

**Partnerschaftliche Ressourcen und sexuelle Gesundheit
transsexueller Frauen und Männer bei Behandlungsbeginn**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. phil.)

an der Fakultät Erziehungswissenschaft, Psychologie und Bewegungswissenschaft
Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Susanne Cerwenka

Hamburg, 2013

Erstgutachterin: Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zweitgutachter: Prof. Dr. Hugo Schmale
Fachbereich Psychologie, AB Arbeits- u. Organisationspsychologie
Universität Hamburg

Promotionsprüfungsausschuss:

Prof. Dr. Peer Briken, Prof. Dr. Matthias Burisch, Prof. Dr. Alexander Redlich

Tag der mündlichen Prüfung: 30. Mai 2013

Annahme der Dissertation: 24. April 2013

Erstgutachterin: Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zweitgutachter: Prof. Dr. Hugo Schmale
Fachbereich Psychologie, AB Arbeits- u. Organisationspsychologie
Universität Hamburg

1. Disputationsgutachter: Prof. Dr. Peer Briken
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

2. Disputationsgutachter: Prof. Dr. Matthias Burisch
Fachbereich Psychologie, AB Psychologische Methoden
Universität Hamburg

Vorsitzender: Prof. Dr. Alexander Redlich
Fachbereich Psychologie, AB Pädagogische Psychologie und Motivation
Universität Hamburg

Danksagung

Allen voran gilt mein Dank den Studien-Teilnehmenden im empirischen Forschungsprojekt ENIGI (European Network for the Investigation of Gender Incongruence) in den kollaborierenden Kliniken in Belgien, Deutschland, den Niederlanden und Norwegen. Durch ihre Offenheit und Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie wurde die vorliegende Dissertationsarbeit erst ermöglicht.

Weiters möchte ich meinen besonderen Dank aussprechen an meine Doktormutter Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt, die mir seit dem Jahr 2007 bei der beruflichen wie auch persönlichen Entwicklung und Entfaltung eigener Ideen einen förderlichen und unterstützenden Rahmen bietet. Durch die Kombination von konstruktivem Input auf fachlicher Ebene und Akzeptanz auf persönlicher Ebene motivierte und bestärkte sie mich kontinuierlich in meiner Arbeit und prägte meine Herangehensweise an das Thema. Bei Prof. Dr. Hugo Schmale möchte ich mich herzlich bedanken für seine Bereitschaft, die zweite Dissertationsbegutachtung zu übernehmen. Das von ihm entwickelte Fragebogenverfahren zur Ermittlung der Passung von zwei potentiellen Partnern bzw. Partnerinnen, auf dessen Basis ich über fünf Jahre lang partnersuchende Frauen und Männer für eine online-Partneragentur betreut habe, hat meine Affinität zum Thema entscheidend mitgeprägt. Weiters möchte ich Prof. Dr. Peer Briken und Prof. Dr. Matthias Burisch für ihre Unterstützung im Rahmen der Disputationsbegutachtung danken, ebenso wie Prof. Dr. Alexander Redlich für seine Bereitschaft, den Vorsitz der Prüfungskommission zu übernehmen.

Besonders bedanken möchte ich mich auch bei den kooperierenden Wissenschaftlerinnen bzw. Co-Autorinnen der Publikationen in den beteiligten Ländern, insbesondere MD PhD Griet De Cuypere, PhD Peggy T. Cohen-Kettenis und MD PhD Ira R. Hebold Haraldsen, deren konstruktive, hilfreiche und wertschätzende Unterstützung entscheidend zur Qualität der Arbeit beitrug. Für den fachlichen, kollegialen und persönlichen Austausch möchte ich besonders PhD Gunter Heylens, Els Elaut, PhD Baudewijntje Kreukels, Muriel Bruchhage und PhD Muirne Paap danken. Nicht zuletzt möchte ich mich bei den Co-Autoren sowie Kolleginnen und Kollegen im Hamburger Team bedanken, allen voran Dr. Timo O. Nieder für den fachlichen Austausch und die konstruktiven Anregungen bei der Publikationsarbeit

sowie Dr. Wilhelm F. Preuss für die persönliche Unterstützung und den fachlichen Input aus der klinischen Praxis. Weiters möchte ich mich herzlich bedanken bei Dr. Katinka Schweizer und Dipl.-Psych. Franziska Brunner für die fachliche Unterstützung, vor allem aber auch für den kollegialen und emotionalen Rückhalt. Weiters bedanke ich mich für die Zusammenarbeit insbesondere bei Dipl.-Psych. Christina Handford, Mag. Catharina Schneider und Dr. Verena Schönbacher. Bei Prof. Dr. Peer Briken und Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt möchte ich mich darüber hinaus für die strukturelle Förderung und Bereitstellung der Möglichkeiten, am Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf mitzuarbeiten, bedanken.

Meinem Bruder Ewald danke ich für die emotionale Unterstützung und das Lektorat der Dissertationsschrift.

Schlussendlich danke ich meinem Freund Ralf, durch den ich auf persönlicher Ebene den Wert partnerschaftlicher Ressourcen erfahren darf und der mich in allen Phasen der Arbeit entscheidend ermutigte.

Dipl.-Psych. Susanne Cerwenka

Inhaltsverzeichnis

1 Zusammenfassung / Abstract.....	9
2 Vorwort.....	13
3 Einleitung.....	17
4 Diagnostische Kategorien.....	18
4.1 ICD-10: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F) und DSM-IV-TR: Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen.....	18
4.2 Historischer Überblick zur Entwicklung der Behandlungspraxis	20
4.3 Klassifikationsansätze für Personen mit der Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung.....	22
5 Empirische Befunde zum Forschungsthema.....	26
5.1 Die Bedeutung von sozialen und partnerschaftlichen Ressourcen.....	26
5.2 Empirische Befunde zu Partnerbeziehungen transsexueller Frauen und Männer.	31
5.3 Empirische Befunde zu sexuellen Erfahrungen transsexueller Frauen und Männer	33
6 Forschungslücken und Problemstellungen.....	37
7 Die ENIGI-Studie: European Network for the Investigation of Gender Incongruence	39
7.1 Projektbeschreibung	39
7.2 Durchführung und Messinstrumente.....	39
7.3 Kollaborierende Behandlungszentren	41
7.4 Datenerhebung und Stichprobe	42
7.5 Datenspeicherung und Datenverarbeitung.....	42
7.6 Darstellung des eigenen Anteils an der ENIGI-Studie	43
8 Methodik der vorliegenden Arbeit.....	43
8.1 Eingesetzte Messinstrumente	43
8.2 Untersuchte Stichproben.....	44
8.3 Statistische Analyse und Auswertung.....	45
9 Kurzdarstellung der Publikationen und Ergebnisse	46
9.1 Publikation I: Age of Onset and Sexual Orientation in Transsexual Males and Females.....	46
9.1.1 Titel und Abstract der Publikation.....	46
9.1.2 Hauptfragestellungen und Hypothesen	47
9.1.3 Stichprobe	47
9.1.4 Hauptergebnisse und Fazit.....	47

9.2 <i>Publikation II: Sexuelle Orientierung und Partnerwahl transsexueller Frauen und Männer vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen</i>	48
9.2.1 Titel und Abstract der Publikation	48
9.2.2 Hauptfragestellungen und Hypothesen	49
9.2.3 Stichprobe	49
9.2.4 Hauptergebnisse und Fazit	50
9.3 <i>Publikation III: Sexual Behavior of Gender Dysphoric Individuals before Gender-confirming Interventions: A European Multi-Center Study</i>	51
9.3.1 Titel und Abstract der Publikation	51
9.3.2 Hauptfragestellungen und Hypothesen	52
9.3.3 Stichprobe	52
9.3.4 Hauptergebnisse und Fazit	52
9.4 <i>Publikation IV: Intimate Partnerships and Sexual Health in Gender Dysphoric Individuals before the Start of Medical Treatment</i>	53
9.4.1 Titel und Abstract der Publikation	53
9.4.2 Hauptfragestellungen und Hypothesen	53
9.4.3 Stichprobe	54
9.4.4 Hauptergebnisse	54
10 Darstellung des eigenen Anteils an den Publikationen	55
11 Diskussion und Schlussfolgerungen für partnerschaftliche Ressourcen transsexueller Frauen und Männer	56
12 Einschränkungen und Empfehlungen für die weitere empirische Forschung	63
13 Empfehlungen für die klinische Praxis	64
14 Literaturverzeichnis	67
15 Erklärung und eidesstattliche Versicherung gemäß Promotionsordnung des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg vom 20. August 2003	83
15.1) Erklärung gemäß §9 Abs. (1), c)	83
15.2 Eidesstattliche Versicherung gemäß §9 Abs. (1), d).....	83
16 Anhang	85
16.1 <i>Publikation I: Age of Onset and Sexual Orientation in Transsexual Males and Females</i>	87
16.2 <i>Publikation II: Sexuelle Orientierung und Partnerwahl transsexueller Frauen und Männer vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen</i>	99
16.3 <i>Publikation III: Sexual Behavior of Gender Dysphoric Individuals before Gender-confirming Interventions: A European Multi-Center Study</i>	111
16.4 <i>Publikation IV: Intimate Partnerships and Sexual Health in Gender Dysphoric Individuals before the Start of Medical Treatment</i>	135

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien nach ICD-10 für F64.0 Transsexualismus (Dilling et al., 2011)	19
Tabelle 2: Diagnostische Kriterien nach DSM-IV-TR für 302.85 Geschlechtsidentitätsstörungen bei Jugendlichen oder Erwachsenen (Saß et al., 2003).....	19
Tabelle 3: Übersicht der in ENIGI eingesetzten standardisierten Fragebögen und dementsprechend gemessener psychologischer Konstrukte	40

1 Zusammenfassung / Abstract

Einleitung

Partnerschaftliche Ressourcen stellen im Allgemeinen wichtige Schutzfaktoren für das psychische Wohlbefinden und die sexuelle Gesundheit dar. Personen mit transsexuellen Entwicklungswegen, die unter einer sogenannten Geschlechtsdysphorie leiden, empfinden ihr psychisches Geschlechtsidentitätserleben als unvereinbar mit dem physischen und nach der Geburt zugewiesenen Geschlecht (Geburtsgeschlecht) und der entsprechenden Geschlechtsrolle. Während des Transitions-Prozesses, im Rahmen dessen in der Regel das transsexuelle Coming-Out, der Geschlechtsrollenwechsel sowie endokrinologische, chirurgische und/oder sonstige geschlechtsanpassende Behandlungsmaßnahmen stattfinden, sind sie mit der Bewältigung besonderer psychischer Belastungen und Herausforderungen konfrontiert. In der psychotherapeutischen Begleitung kommt daher der Partnerbeziehung sowie der partnerschaftlichen Sexualität eine entscheidende Bedeutung als soziale Ressource zu. In der seit 2007 laufenden nordeuropäischen multizentrischen Studie ENIGI (European Network for the Investigation of Gender Incongruence, Kreukels et al. 2012) werden Patientinnen und Patienten, die sich an die kooperierenden *Gender-Identity-Kliniken* der Universitätskliniken Amsterdam, Niederlande (P. Cohen-Kettenis), Gent, Belgien (G. de Cuypere), Hamburg, Deutschland (H. Richter-Appelt) und Oslo, Norwegen (I. Haraldsen) mit einer Geschlechtsidentitätsproblematik wenden, in einem mehrschrittigen standardisierten Diagnostik- und Evaluationsprozess untersucht.

Ziel

Ziel der vorliegenden publikationsbasierten Dissertation war zunächst, die Partnerschaftskonstellationen sowie partnerschaftliche sexuelle Erlebens- und Verhaltensweisen von Personen mit einer transsexuellen Entwicklung von Mann zu Frau (transsexuelle Frauen) und von Frau zu Mann (transsexuelle Männer) bei Behandlungsbeginn zu beleuchten. Personen, die sich noch keinen körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen unterzogen haben, wurden dabei im Kontext verschiedener Klassifikationsansätze für Geschlechtsidentitätsstörungen differenziert untersucht. In einem weiteren Schritt wurden die Befunde im Hinblick auf das psychische Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten untersucht und diskutiert. Aus den Gesamtergebnissen wurden Schlussfolgerungen über die partnerschaftlichen Ressourcen und die sexuelle Gesundheit transsexueller Frauen und Männer bei Behandlungsbeginn

gezogen sowie Empfehlungen für eine ressourcenorientierte psychotherapeutische Begleitung entwickelt.

Methode

Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Geschlechtsidentität nach DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) und einem Mindestalter von 17 Jahren, die in den kollaborierenden Gender-Identity-Kliniken vorstellig wurden und noch keine hormonellen oder chirurgischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen vollzogen hatten, wurden mittels standardisierter Messinstrumente per Selbstauskunft untersucht. Bei kontinuierlich wachsender Stichprobengröße seit Beginn der Studie variieren die Stichprobengröße der zur Dissertation vorgelegten Publikationen von N=93 Personen (für eine ausschließlich deutsche Stichprobe) bis N=380 (internationale Stichprobe).

Ergebnisse

Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Dissertation ließ sich anschaulich zeigen, dass transsexuelle Frauen und transsexuelle Männer zum Zeitpunkt der klinischen Erstvorstellung über unterschiedliche Muster von Partnerschaftskonstellationen und damit verbundenen partnerbezogenen sexuellen Erlebens- und Verhaltensweisen verfügten. So lebten beispielsweise transsexuelle Frauen großteils in Partnerschaftskonstellationen, in denen sich ihre Partner bzw. Partnerinnen als sexuell auf Männer orientiert erlebten, was in Diskrepanz zu ihrem weiblichen Geschlechtsidentitätserleben stand. Transsexuelle Männer lebten dagegen überwiegend in Partnerschaftskonstellationen, in denen sich die Partner bzw. Partnerinnen als sexuell auf Männer orientiert erlebten, komplementär zu ihrem männlichen Geschlechtsidentitätserleben. Sowohl bei transsexuellen Frauen als auch bei transsexuellen Männern zeigten Personen in Partnerschaftskonstellationen, in denen sich die sexuellen Identitäten beider Partner zueinander komplementär verhielten, eher vermeidende und negative partnerbezogene sexuelle Erlebens- und Verhaltensweisen als Personen in nicht-komplementären Partnerschaftskonstellationen.

Diskussion und Schlussfolgerungen

In beiden Geschlechtergruppen scheinen eher günstige Merkmale partnerschaftlicher Ressourcen hinsichtlich Partnerschaftskonstellation (vom Partner/der Partnerin in der neuen Geschlechtsrolle entsprechend der subjektiv empfundenen Geschlechtsidentität

wahrgenommen und begehrt zu werden) mit eher ungünstigen Merkmalen hinsichtlich partnerbezogener Sexualität (eher vermeidende und negative partnerbezogene sexuelle Erlebens- und Verhaltensmuster) verbunden zu sein. Umgekehrt scheinen eher ungünstige Merkmale hinsichtlich Partnerschaftskonstellation (vom Partner/der Partnerin in der alten Geschlechtsrolle entsprechend dem Geburtsgeschlecht wahrgenommen und begehrt zu werden) mit eher günstigen Merkmalen hinsichtlich partnerbezogener Sexualität (positiv erlebte partnerschaftliche Sexualität) assoziiert zu sein. Strukturelle Merkmale (Partnerschaftskonstellation) und funktionale Merkmale (Erleben partnerbezogener Sexualität) von partnerschaftlichen Ressourcen scheinen auf unterschiedlichen Ebenen zum psychischen Wohlbefinden und zur sexuellen Gesundheit transsexueller Frauen und Männer bei Behandlungsbeginn beizutragen. In der psychotherapeutischen Begleitung während der Transitionsphase kommt daher der Einbezugnahme der Partnerin bzw. des Partners unter Berücksichtigung dieser unterschiedlichen Dimensionen entscheidende Bedeutung für die Aufrechterhaltung und Förderung positiver partnerschaftlicher Ressourcen und sexueller Gesundheit zu.

2 Vorwort

Bei Personen, die sich bei geschlechtsspezifisch männlichen Körpermerkmalen weiblich erleben, spricht man meist von (transsexuellen) Frauen (auch Mann-zu-Frau transsexuelle Personen, kurz MF-TS) genannt, vice versa bei Personen mit geschlechtsspezifisch weiblichen Körpermerkmalen und männlichem Geschlechtsidentitätserleben von (transsexuellen) Männern (auch Frau-zu-Mann transsexuelle Personen, kurz FM-TS) (Nieder & Richter-Appelt, 2009). Wenn transsexuelle Frauen und Männer erstmals im klinischen Kontext Hilfe suchen, steht meist der Wunsch nach körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen im Vordergrund. Im Rahmen eines multimodalen Behandlungsansatzes soll mittels hormoneller und/oder chirurgischer Maßnahmen sowie psychotherapeutischer Begleitung eine nachhaltige Reduktion des Erlebens von Geschlechtsdysphorie erreicht werden. Aus dieser Belastungsperspektive war der Fokus in der wissenschaftlichen Forschung bislang überwiegend an pathogenetischen und psychopathologischen Aspekten orientiert. Diskussionen über die Rolle verschiedener psychiatrischer Komorbiditäten für Ätiologie und Prognose transsexueller Entwicklungswege nehmen einen breiten Raum ein (vgl. De Cuypere & Vercruyse, 2009; Lawrence, 2011). Zwar wird Transsexualität an sich in neuerer Zeit zunehmend entpathologisiert und als „Normvariante“ des Geschlechtsidentitätserlebens verstanden, die „das ganze Spektrum von psychischer Gesundheit bis Krankheit enthält“ (vgl. Rauchfleisch, 2012, S. 24). Die positiven Ressourcen, auf die Betroffene bei der Bewältigung ihres transsexuellen Entwicklungsweges hin zum Coming-Out und während weiterer Schritte im Laufe des Transitionsprozesses zurückgreifen, wurden bislang jedoch noch kaum fokussiert. Wissenschaftliche Perspektiven auf die Bedeutung psychologischer Ressourcen als protektive Faktoren für die psychische und physische Gesundheit sind allgemein noch relativ jung und können sich erst seit den vergangenen drei Jahrzehnten zunehmend etablieren. Positiv erlebte soziale Ressourcen wurden bereits in unterschiedlichen Kontexten als hoch signifikante Schutzfaktoren für die erfolgreiche Bewältigung von Problemen und belastenden Lebensereignissen beschrieben. Die Bedeutung salutogenetischer Aspekte ist daher auch im klinischen Bereich nicht zu unterschätzen. Aus einer Ressourcenperspektive abgeleitete, selbstwertstärkende und entwicklungsfördernde Interventionen eröffnen häufig neue Perspektiven für individuelle und unkonventionelle Wege (Friedrich, 2010).

Die Herangehensweise zur Untersuchung von Partnerbeziehungen transsexueller Frauen und Männer in der vorliegenden Arbeit war vor dem Hintergrund persönlichen Interesses und beruflicher Vorerfahrung zunächst von explorativem Charakter. Bei einer umfassenden Literaturrecherche stellte sich heraus, dass in diesem Bereich noch kaum empirische Forschung vorlag. Im Verlaufe der wissenschaftlichen und praktischen Auseinandersetzung mit dem Thema wurde zunehmend deutlich, dass Partnerschaften und partnerschaftliche Sexualität für transsexuelle Frauen und Männer einen besonderen Stellenwert einnehmen. Personen, die darunter leiden, von ihrer Umwelt im „falschen“ Geschlecht wahrgenommen zu werden, und sich gleichzeitig im „falschen“ Körper zu erleben, sind gerade innerhalb des intimen Rahmens ihrer Paarbeziehung intensivst mit beiden Konfliktfeldern konfrontiert. Wie transsexuelle Frauen und Männer diese Herausforderungen bewältigen und welche positiven Ressourcen sie dabei aus ihren partnerbezogenen Erfahrungen schöpfen können, stellt in der klinischen Praxis einen bedeutsamen Faktor für das psychische Wohlbefinden und die sexuelle Gesundheit der Betroffenen dar. Gerade im Kontext der empirischen Befunde über hohe Prävalenzraten von Suizidalität bei Personen mit Geschlechtsidentitätsstörungen (vgl. Heylens et al., 2013) ist die Förderung positiver partnerschaftlicher Ressourcen in der psychotherapeutischen Arbeit daher nicht zu vernachlässigen. Die vorliegende Dissertation liefert einen wichtigen Beitrag zur Erforschung partnerschaftlicher Ressourcen und sexueller Gesundheit transsexueller Frauen und Männer.

Nach einer Einführung in die Begrifflichkeiten sowie in die diagnostischen Kategorien gibt die Arbeit zunächst einen Überblick über bisherige empirische Forschungsergebnisse aus der Literatur zur Bedeutung sozialer bzw. partnerschaftlicher Ressourcen im Allgemeinen sowie zu Befunden von Partnerschaften und partnerschaftlicher Sexualität transsexueller Personen im Besonderen. Es folgt eine ausführliche Darstellung der multizentrischen Studie ENIGI – European Network for the Investigation of Gender Incongruence, aus deren Daten die im Rahmen der vorliegenden Dissertation dargestellten und diskutierten Befunde hervorgehen. Vor dem Hintergrund der geringen Prävalenzraten für Geschlechtsidentitätsstörungen (1:11,900 bei Personen mit männlichem Geburtsgeschlecht und 1 : 30,400 bei Personen mit weiblichem Geburtsgeschlecht nach APA, 2008) ermöglicht das genannte Forschungsprojekt erstmals aussagekräftige Analysen an einer

außergewöhnlich großen nordeuropäischen Stichprobe. Die der Dissertationsschrift zugrunde liegenden wissenschaftlichen Publikationen sowie ihre Hauptergebnisse werden kurz dargestellt und finden sich in ihrer Vollständigkeit im Anhang. Aus ihren Befunden werden in der vorliegenden Arbeit Schlussfolgerungen für Merkmale partnerschaftlicher Ressourcen sowie die sexuelle Gesundheit transsexueller Frauen und Männer gezogen und diskutiert. Schließlich werden Empfehlungen für eine ressourcenorientierte psychotherapeutische Begleitung während der kritischen Transitionsphase transsexueller Frauen und Männer abgeleitet.

3 Einleitung

Personen mit der Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung nach DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) bzw. mit der Diagnose Transsexualismus nach ICD-10 (Dilling et al., 2011) erleben ihre Geschlechtsidentität als unvereinbar mit dem physischen und nach der Geburt zugewiesenen Geschlecht (Geburtsgeschlecht) und der dazugehörigen gesellschaftlich etablierten Geschlechtsrolle.

Die subjektiv erlebte Geschlechtsidentität (*gender identity*) bezeichnet "...das Gleichbleiben, die Einheit und Fortdauer der eigenen Individualität als männlich, weiblich oder androgyn in mehr oder minder starkem Ausmaß..." (Money, 1994, S. 26) und stellt damit einen Grundpfeiler des individuellen Identitätskerns dar. Sich selbst als Mann oder Frau, dazwischen oder anders wahrzunehmen, spielt eine entscheidende Rolle in der individuellen Identitätsentwicklung und ist eng verknüpft mit dem Erleben der eigenen geschlechtsspezifischen Körpermerkmale sowie sozialen und kulturellen Erwartungen an das eigene Verhalten im Rahmen der zugewiesenen Geschlechtsrolle und der sexuellen Identität. Die Geschlechtsrolle (*gender role*) umschreibt "alles, was eine Person sagt oder tut, um anderen oder sich selbst zu zeigen, in welchem Ausmaß sie männlich, weiblich oder androgyn ist." (Money, 1994, S. 26) In Abhängigkeit vom Erleben der individuellen Geschlechtsidentität und der Partnerwahl lässt sich die sexuelle Identität als heterosexuell, homosexuell, bisexuell oder anders beschreiben (Richter-Appelt, 2007). Die Partnerwahl wiederum beschreibt die sexuelle Orientierung einer Person, das heißt, ob sie sich beispielsweise zu Frauen, zu Männern oder zu beiden Geschlechtern hingezogen fühlt.

Nicht-transsexuelle Menschen erleben sich in ihrer Geschlechtsidentität für gewöhnlich stimmig mit dem Geburtsgeschlecht und in einem breiten Rahmen möglicher Manifestationen männlicher und weiblicher Rollenverhalten nicht in Konflikt mit der Geschlechtsrolle. Auf Personen mit der Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung trifft dies jedoch nicht oder nicht vollständig zu. Sie leiden an einer Unvereinbarkeit zwischen ihrem Geschlechtsidentitätserleben und den geschlechtsspezifischen Körpermerkmalen. Diese als belastend erlebte Diskrepanz wird in der Literatur zunehmend mit dem bereits von Fisk (1973) eingeführten Begriff der Geschlechtsdysphorie (*gender dysphoria*)

bezeichnet (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010) und soll in die Terminologie der 2013 erscheinenden Neuauflage des DSM, Version 5, übernommen werden.

Partnerschaftliche Ressourcen sind als soziale Ressourcen zu verstehen, die sich für Betroffene im Kontext einer bestehenden Partnerbeziehung ergeben. Dabei stellt das Bestehen einer Partnerbeziehung bereits an sich eine Ressource dar (vgl. Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Partnerschaftliche Ressourcen lassen sich in unterschiedliche strukturelle und funktionale Merkmale differenzieren, die je nach qualitativem Erleben mehr oder weniger positiv auf das psychische Wohlbefinden einer Person wirken können (Barrera, 1986).

Der Begriff der sexuellen Gesundheit ist durch die WHO (2011) definiert als „Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden.“ Sexuelle Gesundheit ist für die WHO (2011) weiters „untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden.“

4 Diagnostische Kategorien

4.1 ICD-10: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F) und DSM-IV-TR: Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen

Nach der in Deutschland derzeit gültigen Fassung der von der Weltgesundheitsorganisation WHO weltweit herausgegebenen ICD-10 (Dilling et al., 2011) ergeben sich für die Diagnose F64.0 „Transsexualismus“ drei Kriterien:

A.	„Die Betroffenen haben den Wunsch, als Angehörige des anderen Geschlechtes zu leben und als solche akzeptiert zu werden, in der Regel verbunden mit dem Wunsch, den eigenen Körper durch chirurgische und hormonelle Behandlungen dem bevorzugten Geschlecht 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.“

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien nach ICD-10 für F64.0 Transsexualismus (Dilling et al., 2011)

In Bezug auf das Kriterium A wurde vielfach kritisch diskutiert, dass sich aus der Kopplung von Diagnose und Behandlungswunsch ein dilemmatischer Zirkelschluss ergebe, demzufolge nur derjenige transsexuell sei, der anhaltend und überzeugend körpermedizinische geschlechtsanpassende Maßnahmen anstrebt, und bei Vorliegen einer Transsexualität wiederum hormonelle oder/und chirurgische geschlechtsanpassende Behandlungen indiziert seien (vgl. Becker, 2004). Lediglich das Ziel einer Person, sich „dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen“ (Dilling et al., 2004, S. 241), sei im Rahmen der Diagnosestellung als nicht hinreichend anzusehen. In der klinischen Realität zeigen sich jedoch für Personen mit Geschlechtsdysphorie sehr heterogene transsexuelle Entwicklungswege und „alle Arten von Übergängen mit unterschiedlichem Ausgang: vom teilweisen bis zum ausschließlichen sozialen Leben im anderen Geschlecht, mit oder ohne somatische Maßnahmen von hormoneller Behandlung bis zur Operation“ (Becker, 2004).

Das derzeit (noch) gültige DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) gibt für die Diagnosestellung einer „Geschlechtsidentitätsstörungen bei Jugendlichen oder Erwachsenen (302. 85)“ vier Kriterien vor:

A.	„Starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht (nicht lediglich das Verlangen nach kulturellen Vorteilen, die als mit der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht verbunden erlebt werden)“
B.	„Andauerndes Unbehagen im Geburtsgeschlecht oder das Gefühl von Unstimmigkeit in der Geschlechtsrolle dieses Geschlechts“
C.	„Ausschluss somatischer Intersex-Syndrome“
D.	„Klinisch relevantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien nach DSM-IV-TR für 302.85 Geschlechtsidentitätsstörungen bei Jugendlichen oder Erwachsenen (Saß et al., 2003)

Im Gegensatz zum ICD-10 wird im DSM-IV differentialdiagnostisch das Bestehen einer anderen psychischen Erkrankung, insbesondere einer Schizophrenie, grundsätzlich nicht als Ausschlusskriterium angesehen. Weiters zeigt sich in der Terminologie des Kriteriums A

ein konträrgeschlechtliches Identitätserleben als klinisch-diagnostisch hinreichend. Durch die Abwesenheit des Kriteriums etwaig gewünschter somatomedizinischer Behandlungsmaßnahmen wird einer Heterogenität unterschiedlicher transsexueller Entwicklungswege mehr Spielraum eingeräumt.

4.2 Historischer Überblick zur Entwicklung der Behandlungspraxis

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts fand das sogenannte *cross-dressing*, also der „Wechsel zur Kleidung des anderen Geschlechts – und, oft damit verbunden, der Wechsel des sozialen Geschlechts“ (Herrn, 2012, S. 41) erstmals Eingang in sexualpathologische Abhandlungen (z.B. Krafft-Ebing, 1894) und wurde im Zusammenhang mit dem Begriff „Transvestitismus“ diskutiert (Hirschfeld, 1926). Die institutionalisierte Behandlung Betroffener zum Zwecke einer damals so genannten „Geschlechtsumwandlung“ konnte sich allerdings erst ab Mitte des 20. Jahrhunderts etablieren, als das Thema, vor allem in den USA, zunehmend in den medizinischen Fokus rückte. Money bereitete in den 1950er Jahren den Weg für eine Differenzierung zwischen *sex* (biologisches Geschlecht) und *gender* (soziales bzw. kulturelles Geschlecht) bzw. *gender role* (Geschlechtsrolle) (vgl. Money, 1994). Stoller führte Anfang der 1960er Jahre den Begriff *gender identity* (Geschlechtsidentität) ein (Stoller, 1964). Zu dieser Zeit wurde auch erstmals der Begriff *transsexuality* (Transsexualismus) von Harry Benjamin geprägt (Benjamin, 1964). Aufbauend auf den von Fisk (1973) eingeführten Begriff der *gender dysphoria* (Geschlechtsdysphorie) gründete Benjamin 1979 die *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA). Transsexuelle Personen erhielten damit im Rahmen der staatlichen Gesundheitsversorgung erstmals legalisierten Zugang zu hormonellen und chirurgischen Behandlungsmaßnahmen, um ihre geschlechtsspezifischen Körpermerkmale dem Geschlechtsidentitätserleben entsprechend verändern zu lassen. Ausgehend vom Bild des „Gefangenseins im falschen Körper“ (als Frau gefangen im Körper eines Mannes bzw. als Mann gefangen im Körper einer Frau) entfaltete sich eine medizinische Diskussion über Selektionskriterien zur Auswahl von geeigneten Personen für somatomedizinische Interventionen. Geleitet vom Bedürfnis, die „wahren, echten Transsexuellen“ zu identifizieren, sollten zunächst (unwiderrufliche) Fehlentscheidungen vermieden werden, zumal immer wieder von hohen Suizidraten unter operierten Personen, die ihre Entscheidung bereut hatten, berichtet wurde (Meyerowitz, 2002). Klare

Entscheidungsregeln für Diagnostik und Indikationsstellung waren damit auch auf die Reduktion von Unsicherheit aufseiten der Behandlerinnen und Behandler angelegt. Transsexuelle Personen hatten zunächst eine psychotherapeutische Behandlung zu absolvieren, um die Unveränderbarkeit und Unumkehrbarkeit ihrer transsexuellen Entwicklung zu demonstrieren. Erst deren „Scheitern“ bzw. das damit einhergehende Eingeständnis, dass allein mit Hilfe psychotherapeutischer Maßnahmen die Unvereinbarkeit des Geschlechtsidentitätserlebens mit den geschlechtsspezifischen Körpermerkmalen nicht zu überwinden ist, legitimierte die körpermedizinischen Maßnahmen im Sinne einer *ultima ratio* (Burzig, 1982; Pfäfflin, 1994). Im Fokus auf Selektions- und Zugangskriterien für körpermedizinische geschlechtsanpassende Maßnahmen spiegeln sich aber auch gesellschaftliche Bedürfnisse nach Aufrechterhaltung und Herstellung geschlechtlicher Eindeutigkeit (entweder eindeutig Mann oder eindeutig Frau) wider. So waren in der klinischen Praxis stereotype Erwartungen an das Geschlechtsrollenverhalten von Mann und Frau häufig auf Seite der Therapeutinnen und Therapeuten, aber auch auf Seite der transsexuellen Personen präsent (vg. Meyerowitz, 2002). Transsexuelle Entwicklungswege abseits der Binarität beider Geschlechter und heteronormativer Vorstellungen waren im klinischen Kontext nicht vorgesehen (Nieder & Richter-Appelt, 2011). Als „echte Transsexuelle“ wurde ausschließlich Personen diagnostiziert, die in Bezug auf ihr Geschlechtsidentitätserleben eine heterosexuelle Orientierung angaben. Als geeignet für den Zugang zu körpermedizinischen Interventionen wurden demnach nur Personen angesehen, die nach der „Geschlechtsumwandlung“ bzw. dem „Geschlechtswechsel“ einen heterosexuellen Lebensstil zeigen wollten (Fisk, 1973; Sigusch, 1995; Becker, 2006). Im Kontext dieser klinischen Perspektive entstand für Betroffene häufig der Druck, den Behandlerinnen und Behandlern ein entsprechend eindeutiges, männliches oder weibliches Geschlechtsidentitätserleben zu demonstrieren bzw. dass sie „eigentlich“ das andere Geschlecht seien und schon immer waren (Nieder & Richter-Appelt, 2011). Gleichzeitig war es „vorteilhaft“, eine darauf bezogene heterosexuelle Orientierung zeigen, um Zugang zu gewünschten körpermedizinischen Behandlungen zu erhalten (Meyerowitz, 2002). In der neueren Zeit liegt der Behandlungsfokus vor allem auf der Reduktion des Leidensdrucks im Kontext der Geschlechtsdysphorie, wobei psychotherapeutische und körpermedizinische Interventionen gleichermaßen infrage kommen. Die Perspektive auf körpermedizinische geschlechtsanpassende Maßnahmen als *ultima ratio* gilt mittlerweile

als grundlegend überholt. Insbesondere ist es heute nicht (mehr) Aufgabe der Psychotherapie, zu prüfen, ob es sich um eine früher so genannte *wahre* Transsexualität handelt, oder gar die Transsexualität zu „heilen“ (Becker, 2006; Nieder, 2010).

4.3 Klassifikationsansätze für Personen mit der Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung

Als ersten Ansatz für Typologien von Personen mit Geschlechtsdysphorie konnte sich wie beschrieben mit Beginn der institutionalisierten Behandlung in den 1960er Jahren die Klassifikation nach der sexuellen Orientierung etablieren. Bis zur Jahrtausendwende wurde sie teilweise als Kriterium zur Diagnose und Indikationsstellung verwendet (Sigusch, 1994; Meyerowitz, 2002). Besonders die Forschenden-Gruppe um Ray Blanchard in Kanada forcierte die Perspektive der Klassifizierung transsexueller Personen nach ihrer sexuellen Orientierung. So entwickelte Blanchard (1989a, 1989b) unter anderem den Ansatz, dass es bei Personen mit männlichem Geburtsgeschlecht grundsätzlich nur zwei fundamentale Arten von Transsexualität gebe, nämlich homosexuell (sexuell hingezogen zu Männern) oder autogynäphil (sexuell erregt von dem Gedanken, eine Frau zu sein). Die sogenannte Autogynäphilie wurde dabei als Paraphilie angesehen, die einer transvestitisch-fetischistischen Entwicklung sowie bestimmten Formen einer transsexuellen Entwicklung von Mann zu Frau zugrunde liege (Lawrence, 2009a, 2009b; Lawrence, 2011). Für nicht-homosexuelle (und damit per definitionem autogynäphile) transsexuelle Personen mit männlichem Geburtsgeschlecht wurde berichtet, dass sie im Vergleich zu homosexuellen transsexuellen Personen mit männlichem Geburtsgeschlecht erst in einem höherem Lebensalter klinisch vorstellig würden und mehr psychische Komorbiditäten zeigen würden (Blanchard et al., 1987; Smith et al., 2005a; De Cuypere et al., 2006; Lawrence, 2010). Das Bestreben, transsexuelle Entwicklungen durch Kategorienbildung in Typologien und Verlaufsformen einzuordnen, bildete sich auch in der Entwicklung der diagnostischen Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Handbuchs psychischer Störungen ab. „Transsexualismus“ findet sich erstmals mit Beginn der 1980er-Jahre als eigenständige Kategorie im DSM-III (APA, 1980) und beinhaltet Hinweise zu Subtypologien nach der „primär vorherrschenden Geschlechtsorientierung“ als Zusatzcodierung (asexuell, homosexuell, heterosexuell oder nicht einstuftbar), die mit Bezug auf das Geburtsgeschlecht zu vergeben war (APA, 1980). In der darauffolgenden, derzeit gültigen Version, dem

DSM-IV-TR (Saß et al., 2003), liegt die Neuerung in der veränderten Terminologie der Zusatzkodierung, die nun auf die Partnerwahl bezogen ist (sexuelle Orientierung auf Männer, auf Frauen, auf beide Geschlechter, weder auf Männer noch auf Frauen; Saß et al., 2003). Die Loskopplung vom Geburtsgeschlecht trägt insofern zur Entpathologisierung bei, als dass sie der sexuellen Selbstdefinition der Betroffenen entsprechend ihrem eigenen Identitätserleben mehr Raum lässt. Zusätzlich wird zum Verlauf ein „Hinweis auf zwei Untergruppen bei biologischen Männern“ (Saß et al., 2003) gegeben.

Der Zusammenhang zwischen Geschlechtsidentitätsstörung und sexueller Orientierung wird bis heute kontrovers diskutiert (Lawrence, 2010; Nieder & Richter-Appelt, 2011), ebenso wie die Hypothese der Bedeutung einer transvestitisch-fetischistischen Vorgeschichte für eine transsexuelle Entwicklung von Mann zu Frau (vgl. Ekins & King, 2010). Vertreter der einen Position verstehen die Bedeutung der sogenannten autogynäphilen Sexualität im Sinne einer erotischen Objektwahl auf den eigenen, als weiblich imaginierten bzw. mit weiblicher Kleidung bekleideten Körper als zentrales (und paraphiles) Motiv für das Bedürfnis nach geschlechtsanpassenden Maßnahmen (Blanchard, 2005; Lawrence, 2007; Lawrence, 2009a, 2009b; Lawrence, 2011). Vertreter konkurrierender Perspektiven beschreiben autogynäphile Aspekte der Sexualität auch bei biologischen (nicht paraphilen) Frauen (Moser, 2009; Moser, 2010) und verweisen auf die Heterogenität transsexueller Entwicklungen, die eine monokausale Rückführung auf transvestitisch-fetischistische Verhaltensweisen (i.S. der Autogynäphilie) obsolet machen würden (Nuttbrock et al., 2011; Ekins & King, 2006; Bockting, 2008). Bei der aktuellen Datenlage lassen sich keine generalisierbaren Aussagen über eine Prognose auf Basis der sexuellen Orientierung treffen (vgl. Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010). Befunde zu psychischen Komorbiditäten in Abhängigkeit von der sexuellen Orientierung bleiben überdies widersprüchlich (vgl. de Vries et al., 2011). Transsexuelle Personen mit weiblichem Geburtsgeschlecht ließen sich bislang in die Typologien unterschiedlicher sexueller Orientierungen kaum einordnen, da bei ihnen lange Zeit überwiegend eine sexuelle Orientierung auf Frauen beobachtet wurde (Pauly, 1974a, 1974b; Blanchard, 1985; Blanchard, 1987; Lewins, 2002). Erst in den letzten Jahren wird in der empirischen Forschung vermehrt von transsexuellen Männern mit anderer sexueller Orientierung (auf Männer oder beide Geschlechter) berichtet (Chivers & Bailey, 2000; De Cuypere et al., 2005; Bockting et al., 2009).

Ein weiterer Kritikpunkt der Klassifikation auf Basis der sexuellen Orientierung, der in den vergangenen Jahren zunehmend Beachtung fand, lässt sich aus wiederholten Befunden über Veränderungen der sexuellen Orientierung im Rahmen der Transitionsphase ableiten (Dozier, 2005; De Cuypere et al., 2005; Schleifer, 2006; Bockting et al., 2009). Dass es sich bei der sexuellen Orientierung um ein über die Lebenszeit veränderliches Phänomen handelt, konnte auch bei einem Anteil von Personen ohne Geschlechtsdysphorie festgestellt werden (Spitzer, 2003; Savin-Williams & Ream, 2007; Diamond & Butterworth, 2008; Peplau & Huppig, 2008). Weiters konnte mehrfach gezeigt werden, dass es sich bei sexueller Orientierung um ein multidimensionales Konstrukt aus zumindest drei Komponenten (Attraktion, Verhalten und Phantasie) handelt (vgl. Vrangalova & Savin-Williams, 2012), was eine valide Messung erschweren kann. Vor diesem Hintergrund sowie der beschriebenen früheren klinischen Behandlungspraxis, die eine Anpassung der sexuellen Selbstdarstellung Betroffener an die vermuteten diagnostischen Konventionen denkbar erscheinen lässt (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010), zeigen sich Subtypologien auf Basis der sexuellen Orientierung nur von begrenzter Gültigkeit.

Andere in den vergangenen Jahrzehnten entwickelte Ansätze zur Klassifikation von Personen mit Geschlechtsidentitätsstörung berücksichtigten entwicklungspsychologische und psychopathologische Merkmale und ließen sich auch für transsexuelle Personen mit weiblichem Geburtsgeschlecht anwenden (vgl. Clare & Tully, 1989; Becker, 2004). Nicht zuletzt aufgrund ihrer Komplexität und der damit schwierigen Operationalisierbarkeit erreichten sie jedoch nur peripher Eingang in die empirische Forschung.

In der jüngeren empirischen Forschung gewann das Konzept des Zeitpunktes der Erstmanifestation der Geschlechtsidentitätsstörung (*age of onset*) als Basis zu Differenzierung unterschiedlicher Verlaufsformen transsexueller Entwicklungen, eingeführt von Person & Ovesey (1974a, 1974b), zunehmend an Bedeutung. Demnach werden vor allem für transsexuelle Personen mit männlichem Geburtsgeschlecht überwiegend zwei unterschiedliche Verlaufsformen diskutiert, die sich im Lebensalter bei Erstmanifestation des Erlebens von Geschlechtsdysphorie unterscheiden. Bei Personen mit einem frühen Beginn (*early onset*) zeigt sich die Geschlechtsidentitätsstörung bereits im Kindesalter, bei Personen mit einem späten Beginn (*late onset*) wird das andersgeschlechtliche Identitätsempfinden erst während oder nach der Pubertät bewusst

erlebt (Person & Ovesey, 1974a, 1974b; Becker, 2004). Die Prävalenz von *early onset* und *late onset* transsexuellen Entwicklungen ist bei transsexuellen Frauen in etwa gleich verteilt. Transsexuelle Frauen mit einer *early onset* transsexuellen Entwicklung berichten häufiger eine sexuelle Orientierung auf Männer, eine nicht-transvestitische Vorgeschichte und suchen in früherem Lebensalter Hilfe im klinischen Kontext im Vergleich zu transsexuellen Frauen mit einer *late onset* transsexuellen Entwicklung (Person & Ovesey, 1974a, 1974b; Becker, 2004; Johansson et al., 2010). Transsexuelle Männer erleben dagegen großteils eine *early onset* transsexuelle Entwicklung sowie eine sexuelle Orientierung auf Frauen (Becker, 2004; Johansson et al., 2010). Allgemein erweisen sich die Zusammenhänge zwischen sexueller Orientierung und *age of onset* als moderat (Johansson et al., 2010).

Bisherige empirische Befunde basieren auf uneinheitlichen Kriterien zur Operationalisierung des *age of onset*. Eine verbindliche Definition zur Messung der Kriterien für eine *early onset* oder *late onset* transsexuelle Entwicklung liegt bislang nicht vor (Lawrence, 2010; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010). Vor dem Hintergrund der beschriebenen Befunde wird das *age of onset* jedoch zunehmend als sinnvolle Klassifikation unterschiedlicher Verlaufsformen transsexueller Entwicklung, vor allem für transsexuelle Frauen, diskutiert. Zwar stellen Typologien transsexueller Entwicklungen ungeachtet des methodischen Ansatzes immer ein reduktionistisches Vorhaben dar, das der Vielfalt möglicher Entwicklungswege kaum gerecht werden kann. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sind sie jedoch für die klinische Praxis von großem Wert, da sie einen entscheidenden Beitrag zu einer kompetenten Gesundheitsversorgung leisten. So kann das durch Typologien bereitgestellte Wissen über typische Erscheinungs- und Verlaufsformen transsexueller Entwicklungen aufseiten der Behandlerin oder des Behandlers Unsicherheiten und Irritationen verringern, die gerade im Kontakt mit geschlechtlich uneindeutigen Erscheinungsformen häufig entstehen, und bedeutsam zur Verbesserung einer multimodalen Behandlung für Frauen und Männer mit einer transsexuellen Entwicklung beitragen. Dieser Ansatz wird auch in der jüngst erschienen siebten Version der internationalen *Standards of Care (SoC 7)* der *World Professional Association of Transgender Health* (WPATH, 2011) reflektiert.

5 Empirische Befunde zum Forschungsthema

5.1 Die Bedeutung von sozialen und partnerschaftlichen Ressourcen

Wenn Personen mit Geschlechtsdysphorie erstmals in klinischen Kontexten Hilfe suchen, finden sich neben dem meist geäußerten Wunsch nach körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen oft auch eine Reihe anderer Probleme. Personen, die eine Diskrepanz zwischen der eigenen Geschlechtsidentität und den an sie herangetragenen gesellschaftlichen Geschlechtsrollenerwartungen erleben, haben komplexe Integrations- und Adaptionisleistungen hinsichtlich unterschiedlicher Rollenbezüge und Einbindungen in soziale Kontexte wie Beruf, Familie, Partnerschaft, Freunde und sonstige Gemeinschaften zu bewältigen, die gerade in der schwierigen Phase der Auseinandersetzung mit dem eigenen Geschlechtererleben und der Identitätsoffenbarung eine zusätzliche Belastung für die Betroffenen darstellen. Es können eine Vielzahl von psychischen und psychosozialen Belastungen im Alltag beobachtet werden, die es in der psychotherapeutischen Behandlung bzw. Begleitung zu bearbeiten gilt. Ressourcenaktivierung wurde als „primäres Wirkprinzip der Psychotherapie“ beschrieben (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 63). Als Schutzfaktoren für das psychische Wohlbefinden spielen dabei soziale Ressourcen, bspw. in Form von sozialen Netzwerken und professionellen Unterstützungssystemen (Möbius, 2010) eine wesentliche Rolle, vor allem dann, wenn sie als positiv erfahren werden. Das Erleben von sozialer Unterstützung und Akzeptanz durch Personen des sozialen Umfeldes trägt entscheidend zur funktionalen Verarbeitung von negativen Erfahrungen, Belastungen und schwierigen Entwicklungsbedingungen bei. Soziale Unterstützung dient allgemein als Schutzfaktor für die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und hilft, das psychische Gleichgewicht zu behalten oder herzustellen und die Auswirkungen von psychosozialen Belastungen und negativen Erfahrungen abzupuffern (Cohen & Wills, 1985; Cohen, 2004; Petermann & Schmidt, 2006). Soziale Unterstützung trägt überdies maßgeblich zur persönlichen Identität bei, da Personen dazu neigen, aus der erhaltenen sozialen Unterstützung zumindest partiell ihren Selbstwert abzuleiten (Kienle et al., 2006). Der positive Zusammenhang zwischen sozialen Ressourcen und psychischer Gesundheit wurde empirisch bereits vielfach belegt. So besteht beispielsweise bei Kindern und Jugendlichen (nicht-klinischer Stichproben) ein negativer Zusammenhang zwischen personalen, familiären sowie sozialen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten (Bettge

& Ravens-Sieberer, 2003) bzw. zwischen sozialen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten (Erhart et al., 2010). Für erwachsene Personen liegen Befunde über einen positiven Zusammenhang zwischen sozialer Teilhabe bzw. sozialen Netzwerken und psychischem Wohlbefinden (Nieminen et al., 2010) vor.

Im klinischen Bereich wurde bislang vor allem bei Personen mit chronischen Erkrankungen ein positiver Effekt von sozialer Unterstützung auf das psychische Wohlbefinden beobachtet. So lässt sich beispielsweise für chronisch kranke Kinder und Jugendliche mit Defiziten in Bezug auf positive familiäre Ressourcen (familiärer Zusammenhalt, elterliches Erziehungsverhalten usw.) und personale Ressourcen (Resilienz, Selbstwirksamkeitserwartung usw.) ein erhöhtes Risiko für psychische Komorbiditäten beobachten (Erhart et al., 2010). Bei erwachsenen Patienten ist soziale Unterstützung verbunden mit weniger psychosozialer Belastung und somit positiv assoziiert mit günstigem Krankheitsverlauf (vgl. Uchino, 2006). Erwachsene Dialysepatienten mit hoher sozialer Unterstützung etwa haben eine höhere Lebensqualität und Lebenszufriedenheit als solche mit wenig sozialer Unterstützung (Plantinga et al., 2010) und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, die über mehr soziale Unterstützung verfügen, fühlen sich durch ihre Erkrankung weniger psychisch belastet (Janowski et al., 2010).

Ähnlich wie chronische Erkrankungen sind auch transsexuelle Entwicklungen mit länger andauernden psychischen Prozessen verbunden, die schwierige Entwicklungsbedingungen darstellen und potentiell psychosoziale Belastungen verursachen. Damit verbundene unterschiedliche Merkmale und Ausprägungen sozialer Ressourcen können wichtige Einflussfaktoren für das psychische Wohlbefinden und die psychische Stabilität transsexueller Personen darstellen, die im Behandlungsverlauf zu berücksichtigen sind. In der empirischen Forschung wurde die Bedeutung positiver Ressourcen als Schutzfaktor für das psychische Wohlbefinden transsexueller Menschen bislang jedoch nur peripher untersucht.

Einige wichtige Aspekte lassen sich aus der empirischen Forschung zu sozialen Beziehungen von Personen mit homo- und bisexueller Orientierung ableiten. Hier wurde bislang vor allem die kritische Phase der Adoleszenz im Zusammenhang mit dem Outing der sexuellen Orientierung untersucht. So gibt es zahlreiche Befunde, dass ein homo- oder

bisexuelles Outing von Jugendlichen während der Pubertät dramatische Konsequenzen für das Bewältigen von Entwicklungsaufgaben im Rahmen alterstypischer Erfahrungen haben kann. Homo- oder bisexuelle Mädchen und Jungen sind infolge des Outings gefährdet, von wichtigen sozialen und Gruppenerfahrungen mit Peers ausgeschlossen zu werden, die gerade für die psychosexuelle Entwicklung in der Pubertät eine bedeutsame Rolle spielen (Detrie & Lease, 2007; Bedard & Marks, 2010). Damit verbundene komplexe Konflikte können negativ auf das Selbstwertgefühl und das psychische Wohlbefinden homo- oder bisexueller Jugendlicher wirken (Pendragon, 2010). Ein starkes soziales Netzwerk kann jedoch psychosozial belastende Erfahrungen abpuffern und positiv zur psychischen Gesundheit beitragen (Langhinrichsen-Rohling et al., 2011). Der Zusammenhang zwischen verschiedenen Merkmalen sozialer Ressourcen und dem psychischen Wohlbefinden variiert in unterschiedlichen Altersstufen. So ist beispielsweise für jüngere Kinder die soziale Unterstützung durch die Eltern wichtiger, für Pubertierende dagegen zunehmend die Unterstützung durch Gleichaltrige (Detrie & Lease, 2007). Auch hinsichtlich des Outings in verschiedenen sozialen Bezügen gibt es differenzierte Muster, von Freunden wird im Allgemeinen eine größere Akzeptanz erlebt als von den Eltern (Beals & Peplau, 2006). Dass die Schwierigkeit, sich einer sozialen Gruppe zugehörig zu fühlen bzw. von anderen Personen eindeutig einer sozialen Gruppe zugeordnet werden zu können, einen signifikanten Stressor darstellt, konnten Langhinrichsen-Rohling et al. (2011) für bisexuelle Jugendliche darlegen. Diese zeigen mehr psychische Probleme und erhalten weniger soziale Unterstützung als adoleszente Mädchen und Jungen, die sich nur zu einem Geschlecht (sowohl dem anderen oder auch dem eigenen) hingezogen fühlen.

Von der Schwierigkeit, sich einer sozialen Gruppe zuordnen zu können, sind transsexuelle Kinder oder Jugendliche in ihrer Entwicklung vergleichsweise umso mehr betroffen, da die Bewusstwerdung der eigenen Geschlechtsidentitätsproblematik nicht nur einen bestimmten Persönlichkeits- oder Identitätsaspekt (wie bei homosexuellen Personen die sexuelle Orientierung) betrifft, sondern den Identitätskern einer Person auf noch basalerer Ebene berührt und die Selbstdefinition in Bezug auf die eigene Geschlechtszugehörigkeit als Mädchen/Junge bzw. Frau/Mann infrage stellt (Wer bin ich, was bin ich?). Überdies erfolgt die Reflektion der eigenen Geschlechtszugehörigkeit entwicklungspsychologisch in einem früheren Alter als die Auseinandersetzung mit der sexuellen Präferenz. Transsexuelle Jugendliche mit geschlechtsatypischem Erleben oder Verhalten sind häufiger von Mobbing

und Stigmatisierung bedroht als diesbezüglich unauffällige Jugendliche (Grossman & D'Augelli, 2006). Damit verbunden erhalten transsexuelle Jugendliche im Durchschnitt weniger soziale Unterstützung von Peers wie auch von den eigenen Eltern, was die Entwicklung positiver Copingstrategien erschwert und mit niedrigerem Selbstwertgefühl, Depressionen, Substanzmissbrauch, Suizidgedanken, suizidalen Handlungen und allgemeinen psychischen Problemen assoziiert ist (Grossman & D'Augelli, 2006; Toomey et al., 2010; Ryan et al., 2010). Auch im Vergleich zu ihren nicht-transsexuellen Geschwistern erfahren transsexuelle Jugendliche mehr Diskriminierung und weniger soziale Unterstützung von den Eltern (Factor & Rothblum, 2007). Wahrgenommene Diskriminierung erhöht das Risiko für depressive Symptome und emotionalen Stress (Almeida et al., 2009). Das Outing gegenüber Gleichaltrigen wird oft als schwierig empfunden, zumal Freundschaften gerade in der Pubertät eine hohe Bedeutung zugeschrieben wird und die Angst vor Ablehnung dementsprechend groß ist (Wilson et al., 2005). Betroffene Kinder und Jugendliche, die sich durch die an sie herangetragenen gesellschaftlichen Erwartungen bezüglich des Geschlechtsrollenverhaltens besonders unter Druck fühlen und dies konflikthaft mit dem eigenen Identitätserleben verarbeiten, entwickeln häufiger psychische Probleme (Yunger et al., 2004) und eine geringere psychosoziale Anpassungsfähigkeit (Egan & Perry, 2001). Lesbische, schwule, bisexuelle und transgender Jugendliche (LGBT), die das Eingehen von partnerschaftlichen und sexuellen Beziehungen im Zusammenhang mit ihrer sexuellen Identität als erschwert empfinden, zeigen weniger Selbstvertrauen und mehr Depressivität als solche, die keine Schwierigkeiten bei der Partnersuche angeben (Glover et al., 2009). Erwachsene transsexuelle Frauen, die in ein soziales Netzwerk eingebettet sind, dem sie sich zugehörig fühlen, und die bereits in der neuen, ihrer Geschlechtsidentität entsprechenden weiblichen Geschlechtsrolle leben, fühlen sich psychisch weniger belastet als solche, die sich in sozialen Umfeldern bewegen, in denen sie sich nicht akzeptiert erleben (Sanchez & Vilain, 2009). Es gibt überdies Hinweise darauf, dass die Zufriedenheit mit den Operationsergebnissen körpermedizinischer geschlechtsanpassender Maßnahmen stark vom Grad sozialer Isolation bzw. Integration sowie von psychischen Problemen beeinflusst ist (z.B. Löwenberg et al., 2010). Pfäfflin und Junge (1992) verdeutlichen in ihrer Literaturübersicht zu katamnestischen Untersuchungen bei transsexuellen Frauen und Männern ebenfalls die prognostisch große Bedeutung von sozialer und psychischer Stabilität für die positive Verarbeitung körpermedizinischer Behandlungen.

Der sozialen Unterstützung durch einen Partner oder eine Partnerin kommt dabei besondere Bedeutung zu, zumal diese/r meist die wichtigste Bezugsperson darstellt (Trösken & Grawe, 2004). Bisherige empirische Befunde konnten zeigen, dass Personen in Partnerschaft über ein höheres Selbstwertgefühl, mehr Selbstvertrauen und soziale Kompetenzen sowie über ein allgemein höheres psychisches Wohlbefinden verfügen als Personen ohne Partner, und diese Faktoren mit höher empfundener Qualität der Partnerschaft zunehmen (Purnine & Carey, 1997; Neumann & Tress, 2005; Collins et al., 2009; Glover et al., 2009). Eine als zufrieden stellend erlebte Partnerschaft kann nicht nur das physische und psychische Wohlbefinden erhöhen, sondern auch die Bewältigung von Stress und negativen Erfahrungen, zum Beispiel im Zusammenhang mit Diskriminierung, erleichtern (Beach et al., 2003; Reis et al., 2000; Uchino, 1996). Gerade im Rahmen der Transitionsphase und der damit verbundenen individuell unterschiedlichen Entwicklungsschritte (transsexuelles Outing, Geschlechtsrollenwechsel, hormonelle und chirurgische körpermedizinische Maßnahmen) sind transsexuelle Frauen und Männer besonders häufig mit Diskriminierungserfahrungen vonseiten ihres sozialen Umfeldes konfrontiert. Eine positiv erlebte Partnerschaft, in der sich die betroffene Person unterstützt, akzeptiert und begehrt fühlt, kann einen Schutzfaktor für die Bewältigung dieser Anforderungen darstellen. Liebe und Partnerschaft zeigten sich als hoch bedeutsam für die psychische Gesundheit psychosomatischer Patientinnen und Patienten, weswegen ein therapeutischer Fokus auf partnerschaftsbezogene Themen zu einer Verbesserung des allgemeinen psychischen Wohlbefindens beitragen kann (Neumann & Tress, 2005).

Für (nicht-transsexuelle) Frauen konnte gezeigt werden, dass partnerschaftliche Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf das sexuelle Wohlbefinden haben (Cohen et al., 2008; Lamont, 2012). Ihre sexuelle Zufriedenheit in einer Partnerschaft hängt stark von der Empathie des Partners ab, sowie von dessen emotionaler Unterstützung und Eingehen auf bzw. das Verständnis für ihre sexuellen Wünsche (Lamont, 2012). Für das sexuelle Wohlbefinden von Frauen und Männern wurden vier entscheidende Einflussfaktoren gefunden: die Zufriedenheit mit der sexuellen Beziehung auf körperlicher und emotionaler Ebene, die Zufriedenheit mit der sexuellen Gesundheit, die Funktionsfähigkeit und der Stellenwert von Sexualität im Leben allgemein (Laumann et al., 2006). Bei (nicht-transsexuellen) Frauen und Männern ist die Zufriedenheit mit dem eigenen sexuellen

Körperbild und den Genitalien positiv korreliert mit der allgemein wahrgenommenen Attraktivität sowie der Häufigkeit sexueller Aktivitäten und der Bewertung sexueller Empfindungen (Faith & Schare, 1993; Reinholtz & Muehlenhard, 1995; Algars et al., 2011; Lemer et al., 2012). Eine negative Wahrnehmung der eigenen Genitalien ist dagegen mit geringerem sexuellen Selbstvertrauen und größeren sexuellen Ängsten verbunden (Morrison et al., 2005). Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ist ein negatives Körperbild mit unangenehmeren sexuellen Erfahrungen und mehr sexuellen Funktionsstörungen korreliert (Sanchez & Kiefer, 2007). Hemmnisse bei der Sexualität, z.B. aufgrund von körperlichen Einschränkungen, sind überdies mit einem geringeren subjektiven sexuellen Wohlbefinden und höherer psychischer Belastung assoziiert (Hull, 2008).

Personen, die ihr Geburtsgeschlecht als unvereinbar mit ihrer Geschlechtsidentität erleben, sehen sich insbesondere vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen mit besonderen Herausforderungen konfrontiert, einen passenden Partner zu finden, von dem sie sich ihrem Geschlechtsidentitätserleben entsprechend wahrgenommen und begehrt fühlen. Das konflikthafte Erleben der eigenen geschlechtsspezifischen Körpermerkmale stellt weiters einen bedeutsamen Faktor für das Erleben partnerschaftlicher Sexualität dar. Daraus ableitbare Merkmale partnerschaftlicher Ressourcen können demnach auf das psychische Wohlbefinden und die sexuelle Gesundheit transsexueller Frauen und Männer wirken.

5.2 Empirische Befunde zu Partnerbeziehungen transsexueller Frauen und Männer

Prozesse im Rahmen der Transitionsphase, wie beispielsweise das transsexuelle Outing und der Geschlechtsrollenwechsel, sind begleitet von vielfältigen Umbrüchen und Veränderungen in sozialen Bezügen. Transsexuelle Frauen verlieren zu einem höheren Anteil ihren Arbeitsplatz (De Cuypere et al., 2006) und es kommt häufiger zum Zerbrechen von Ehe oder Partnerschaft und zur Scheidung (Devor, 1993; Brown, 2009) als bei transsexuellen Männern. Die Transitionsphase stellt die Betroffenen häufig vor die Herausforderung der Entwicklung einer neuen Paaridentität, zumal das Outing sowohl die Partnerschaft an sich destabilisieren als auch den Partner bzw. die Partnerin in seiner bzw. ihrer eigenen sexuellen Identität infrage stellen kann (Alegria, 2010, Brown, 2009). Dies

betrifft vor allem transsexuelle Frauen mit einer *late onset* Entwicklung, die vor Beginn der Behandlung häufig noch in der dem Geburtsgeschlecht entsprechenden, männlichen Rolle leben und ihre Partnerschaften (meist mit heterosexuellen Frauen) noch als Männer eingegangen sind (Becker, 2004). Der Geschlechtsrollenwechsel ist für viele transsexuelle Frauen generell mit großen Schwierigkeiten verbunden, vor allem vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen, da sie häufig aufgrund ihrer anatomischen Voraussetzungen (bspw. Stimme, Bart, Körperbau) als „frühere Männer“ (Becker, 1998, S. 149) erkennbar bleiben und von der Umwelt als Männer wahrgenommen werden. In der Öffentlichkeit als Frau aufzutreten und in der neuen, weiblichen Geschlechtsrolle zu leben, ist für sie meist mit größeren Ängsten verbunden (Lewins, 2002).

Transsexuelle Männer profitieren häufig von der gesellschaftlich größeren Toleranz für geschlechtsatypische Verhaltensweisen bei biologischen Frauen (Dozier, 2005). Einige von ihnen leben bereits seit mehreren Jahren vor der klinischen Erstvorstellung als Männer und sind optisch gut angepasst an die ihrem Geschlechtsidentitätserleben entsprechende männliche Rolle, sodass sie von der Umwelt oft schon vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Behandlungen nicht als biologische Frauen „erkannt“ werden. Von ihren Partnern bzw. Partnerinnen werden sie größtenteils als Männer wahrgenommen und akzeptiert, auch wenn die körperlichen Geschlechtsmerkmale (noch) weiblich sind (Lewins, 2002; Kraemer et al., 2010). Partnerschaftlichen Werten wie Sensibilität und Kommunikationsfähigkeit wird im Allgemeinen eine größere Bedeutung zugemessen als körpergeschlechtlichen Realitäten (Kraemer et al., 2010). Die Partnerinnen definieren sich selbst meist als heterosexuell oder bisexuell und entsprechen damit der männlichen Geschlechtsidentität der transsexuellen Männer (Devor, 1993). In Partnerschaften transsexueller Männer mit biologischen Frauen wird die männliche bzw. weibliche Rollenverteilung von beiden Partnern im Vergleich zu einer herkömmlichen Mann-Frau-Beziehung häufig als stereotyper empfunden (Kins et al., 2008). Partnerinnen, die sich selbst als bisexuell oder heterosexuell definieren, zeigen eine größere Flexibilität und Akzeptanz bezüglich körperlicher Veränderungen im Rahmen körpermedizinischer Behandlungsmaßnahmen als lesbisch identifizierte Partnerinnen (Brown, 2009). Für sexuell auf Männer orientierte transsexuelle Männer vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen scheint es besonders belastend zu sein, bei Kontakten

mit heterosexuellen Männern als Frau wahrgenommen zu werden (Coleman et al., 1993; Schleifer, 2006).

Vorliegende Befunde zeigen mehrheitlich, dass transsexuelle Männer vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen im Vergleich zu transsexuellen Frauen zu einem größeren Anteil in Partnerschaft leben (Dixen et al., 1984; Kockott & Fahrner, 1988; Pfäfflin & Junge, 1992) obwohl es jüngere Untersuchungen gibt, die keine Häufigkeitsunterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen (De Cuypere et al., 2005). In beiden Geschlechtergruppen sind Personen, deren sexuelle Orientierung auf Frauen gerichtet ist, zu einem größeren Anteil in einer Partnerschaft als diejenigen mit einer anderen sexuellen Orientierung (Lewins, 2002). Wiederholt wurde jedoch von Veränderungen der sexuellen Orientierung im Laufe des Transitionsprozesses sowie einer Änderung der Partnerwahl vorwiegend zu Männern hin berichtet, sowohl bei transsexuellen Frauen (z.B. Dalaskos, 1998; Lawrence, 2005), als auch bei transsexuellen Männern (Devor, 1993; De Cuypere et al., 2005; Dozier, 2005; Schleifer, 2006; Bockting et al., 2009). Über die spezifischen Partnerschaftskonstellationen transsexueller Frauen und Männer vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen liegen bis dato kaum empirische Untersuchungen vor, die die sexuellen Identitäten beider Partner mit einbeziehen.

5.3 Empirische Befunde zu sexuellen Erfahrungen transsexueller Frauen und Männer

Sexuelles Erleben und Verhalten von transsexuellen Frauen und Männern ist in der vorliegenden empirischen Literatur ein vernachlässigtes Thema. Wie vorangegangen beschrieben wurde, liegen allenfalls Befunde zur sexuellen Orientierung oder Sexualpartnerwahl in der Vorgeschichte vor, die teilweise zur Diagnose- und Indikationsstellung verwendet wurden (Sigusch, 1995; Meyerowitz, 2002). Abseits davon standen vor allem Aspekte der sexuellen Funktionsfähigkeit wie Orgasmusfähigkeit und sexuelle Zufriedenheit als Ergebnis (*Outcome*) geschlechtsanpassender chirurgischer Eingriffe im Fokus. Empirische Untersuchungen zu partnerbezogenen sexuellen Aktivitäten vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen sind selten. Dabei stellt in der klinischen Praxis für Personen mit der Diagnose einer Geschlechtsdysphorie gerade der Umgang mit dem eigenen Körper und insbesondere den

als unpassend empfundenen Genitalien ein Konfliktfeld dar, das sich nicht nur auf die Partnerschaftsqualität auswirkt, sondern auch stark mit dem eigenen männlichen bzw. weiblichen Selbsterleben und der Selbstakzeptanz verbunden ist.

Einige Befunde deuten darauf hin, dass insgesamt ein größerer Anteil transsexueller Männer im Vergleich zu transsexuellen Frauen vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen noch keinerlei sexuelle Erfahrungen mit einem Partner gemacht hat, was zumindest partiell auf das niedrigere durchschnittliche Alter transsexueller Männer bei klinischer Erstvorstellung zurückzuführen sein könnte (Verschoor & Poortinga, 1988). Für transsexuelle Personen scheint es allgemein schwierig zu sein, mit der Partnerin bzw. dem Partner über die männlichen oder weiblichen Aspekte des eigenen Körpers respektive die Genitalien zu sprechen und sich an diesen Körperstellen berühren zu lassen (Iantaffi & Bockting, 2011).

Es gibt Hinweise darauf, dass ein Anteil transsexueller Frauen die eigenen Genitalien durch Penetration aktiv in die partnerschaftliche Sexualität miteinbezieht (Selvaggi et al., 2007), obgleich für manche Sexualität eine untergeordnete Rolle zu spielen scheint (Hines, 2006). Transsexuelle Frauen mit höherem Alter bei klinischer Erstvorstellung und sexueller Orientierung auf Frauen berichten häufiger von transvestitisch-fetischistischen Verhaltensweisen in der Vorgeschichte als jüngere und solche mit anderen sexuellen Orientierungen (Johnson & Hunt, 1990; Docter & Fleming, 2001; Lawrence, 2005; Smith et al., 2005a; Nuttbrock et al., 2011).

Sexuell auf Frauen orientierte transsexuelle Männer vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen berichten häufig von Tabuzonen betreffend den eigenen Körper, die vom Partner bzw. von der Partnerin nicht berührt werden dürfen (Kraemer et al., 2010). Die femininen Körperteile werden in der Regel aus der Sexualität ausgeklammert (Coleman et al., 1993). Dennoch trägt die Übernahme der männlichen Rolle bei sexuellen Aktivitäten für viele transsexuelle Männer zur Selbstakzeptanz und zum männlichen Selbstbewusstsein bei (Devor, 1993; Hines, 2006; Schleifer, 2006), z.B. indem sie den aktiveren Part übernehmen und die sexuellen Bedürfnisse der (weiblichen) Partnerin, unter anderem auch mit Hilfsmitteln wie Harnisch und Dildo, befriedigen (Kraemer et al., 2010). Vom Sexualpartner als Frau oder in der weiblichen Rolle

wahrgenommen zu werden, wird dagegen als sehr belastend beschrieben, vor allem von sexuell auf Männer orientierten transsexuellen Männern (Coleman et al., 1993; Schleifer, 2006). Auch sie suchen vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen überwiegend „schwule“ Beziehungen, in denen die weiblichen Genitalien meist nicht angefasst werden dürfen, aus Angst, als Frau wahrgenommen zu werden (Coleman et al., 1993; Schleifer, 2006). Über transsexuelle Männer gibt es nur wenige Befunde zu transvestitisch-fetischistischen Verhaltensweisen in der Vorgeschichte (Smith et al., 2005b; Bockting et al., 2009), die auf keinen Zusammenhang mit der sexuellen Orientierung hindeuten (Smith et al., 2005b).

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Sexualleben für geschlechtsanpassende Maßnahmen zeigten sich bislang uneinheitliche Befunde. Retrospektiv bezeichneten sich in einer deutschen Studie transsexuelle Frauen überwiegend „sexuell unzufrieden“, transsexuelle Männer hingegen überwiegend „sexuell zufrieden“ (Kockott & Fahrner, 1988). In einer ebenfalls retrospektiven belgischen Studie beschrieb sich hingegen der Großteil transsexueller Frauen und nur etwa die Hälfte der transsexuellen Männer vor geschlechtsanpassenden Maßnahmen als „sexuell zufrieden“ (De Cuypere et al., 2005). Johansson et al. (2010) liefern Hinweise darauf, dass vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen insgesamt Personen mit einem *late onset* unzufriedener mit ihrem Sexualleben sind als Personen mit einem *early onset*.

Intraindividuelle Veränderungen des sexuellen Erlebens wurden wiederholt im Laufe der Transitionsphase festgestellt, was vor allem mit der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung respektive der Suppression oder Medikation von Testosteron sowie chirurgischen Maßnahmen zu assoziieren ist. Obwohl ein kleinerer Anteil transsexueller Frauen infolge der körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen von sexuellen Funktionsstörungen, insbesondere Schmerzen und Sensibilitätsstörungen, berichtet (Rauchfleisch et al., 1998; Weyers et al., 2009; Krege et al., 2001; De Cuypere et al., 2005), beschreibt der Großteil transsexueller Frauen wie auch transsexueller Männer ihr Sexualleben als deutlich verbessert im Vergleich zu vorher (Kockott & Fahrner, 1988; De Cuypere et al., 2005; Johansson et al., 2010). Nach genitalchirurgischen Eingriffen sind transsexuelle Frauen und Männer überwiegend zufrieden mit ihrem Sexualleben (Lief & Hubschman, 1993, Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997, Rauchfleisch et al., 1998, De

Cuypere et al., 2005, Bockting et al., 2009; Brown, 2009; Löwenberg et al., 2010). Die Zufriedenheit mit dem Sexualleben korreliert positiv mit der Zufriedenheit mit den neuen primären Geschlechtsmerkmalen (De Cuypere et al., 2005) und ist unabhängig von der Orgasmuszufriedenheit (Lief und Hubschman, 1993).

Von transsexuellen Frauen wird überwiegend ein Rückgang der Masturbationshäufigkeit (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Lawrence, 2005) sowie der Fähigkeit, einen Orgasmus zu erreichen (Lief & Hubschman, 1993), beschrieben. Gleichzeitig wird das Orgasmuserleben jedoch meist als positiv verändert erlebt (Rehman et al., 1999), nämlich länger, intensiver und sanfter (De Cuypere et al., 2005). Während vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen vor allem vaginale und anale Penetration praktiziert wurde, berichten sie, danach überwiegend rezeptiven vaginalen Geschlechtsverkehr auszuüben (Selvaggi et al., 2007).

Transsexuelle Männer berichten dagegen meist von einer gleich gebliebenen oder gestiegenen Masturbationsfrequenz (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; De Cuypere et al., 2005; Wierckx et al., 2011) und einer verbesserten Orgasmuszufriedenheit im Zuge hormoneller oder chirurgischer Maßnahmen (Lief & Hubschman, 1993; Wierckx et al., 2011). Der Orgasmus wird häufig als stärker, aber auch kürzer beschrieben (De Cuypere et al., 2005; Wierckx et al., 2011). Es wird überwiegend beschrieben, dass mit der zunehmenden Maskulinisierung des Körpers auch das sexuelle Interesse sowie die sexuelle Erregbarkeit ansteigen (Coleman et al., 1993; Bockting et al., 2009; Brown, 2009; De Cuypere et al., 2005) und das sexuelle Verlangen als weniger kontrollierbar erlebt wird (Bockting et al., 2009), was sicherlich auch hormonell bedingt ist. Transsexuelle Männer erleben sich dann in der partnerschaftlichen Sexualität zunehmend offener und gewähren ihren Partnerinnen bzw. Partnern mehr Zugang zum eigenen Körper, was von diesen teilweise als irritierend erlebt wird (Brown, 2009). Ein Teil sexuell auf Männer orientierter transsexueller Männer berichtete davon, eine Bereitschaft für rezeptiven vaginalen Geschlechtsverkehr entwickelt zu haben (Coleman et al., 1993; Bockting et al., 2009), eine größere Rolle bei sexuellen Aktivitäten spielt jedoch ein etwaiger Neopenis (Selvaggi et al., 2007). Als Mann ohne Penis zu leben, wird von den meisten besonders beim Kennenlernen einer neuen Partnerin oder eines neuen Partners als problematisch und schamhaft erlebt (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Coleman et al., 1993). Der

fehlende Penis bzw. der nicht passende Körper stößt insbesondere bei schwulen Männern nicht immer auf Akzeptanz (Schleifer, 2006). Aufgrund der für viele Betroffenen bislang unbefriedigenden medizinischen Operations-Möglichkeiten entscheidet sich dennoch ein großer Anteil gegen eine Phalloplastik (Coleman et al., 1993; Bockting et al., 2009).

6 Forschungslücken und Problemstellungen

Obgleich sich aus der Darstellung des Forschungsstandes andeutet, dass positiv erlebte partnerschaftliche Ressourcen bedeutsame Schutzfaktoren für das psychische Wohlbefinden und die sexuelle Gesundheit transsexueller Frauen und Männern bei Behandlungsbeginn darstellen können, erlauben vorliegende empirische Befunde kaum differenzierte Aussagen über unterschiedliche Partnerschaftskonstellationen und partnerschaftliche Sexualität sowie deren spezifische Bedeutung für das psychische Wohlbefinden.

Aufbauend auf den dargestellten bisherigen Klassifikationsansätzen zu Geschlechtsidentitätsstörungen sind dabei neben Unterschieden zwischen Personen verschiedenen (Geburts-)Geschlechts bedeutsame Differenzen zwischen Personen mit unterschiedlicher sexueller Orientierung und unterschiedlichem *age of onset* zu erwarten. Insbesondere im Hinblick auf die Adoleszenz als kritische Entwicklungsphase mit vielfältigen körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen lassen sich bei transsexuellen Frauen und Männern im Rahmen einer Manifestation der Geschlechtsdysphorie entweder bereits vor der Pubertät (*early onset*) oder während bzw. nach der Pubertät (*late onset*) jeweils spezifische Belastungen im Zusammenhang mit Partnerschaften und der erlebten Sexualität vermuten. Da jedoch betreffend den Beginn der Erstmanifestation der transsexuellen Entwicklung wie eingangs dargestellt keine verbindliche Definition vorlag, war zunächst die Entwicklung einer Operationalisierung des *age of onset* nötig. Auf dieser Basis sollte im ersten Schritt eine sinnvolle Unterscheidung zwischen Personen mit einem *early onset* (EO) und einem *late onset* (LO) getroffen werden können. Im nächsten Schritt wurden Partnerschaften und sexuelle Erfahrungen transsexueller Frauen und Männer sowie psychisches Wohlbefinden unter Einbezug der bisher diskutierten Klassifikationsansätze differenziert untersucht. Auf die im Rahmen der einzelnen Publikationen untersuchten Fragestellungen und Hypothesen wird

im Abschnitt 9 (Kurzdarstellung der Publikationen und Ergebnisse) detailliert eingegangen.

Von den vorliegenden empirischen Forschungsbefunden zur Bedeutung partnerschaftlicher Ressourcen im Allgemeinen sowie zu partnerbezogenen und sexuellen Erfahrungen transsexueller Frauen und Männer im Speziellen ließen sich weiters Annahmen über die Bewertung unterschiedlicher Merkmale partnerschaftlicher Ressourcen ableiten. So war anzunehmen, dass für transsexuelle Frauen und transsexuelle Männer in einer Partnerschaft das Wahrgenommen- und Begehrtwerden in der neuen Geschlechtsrolle entsprechend der subjektiv empfundenen Geschlechtsidentität sowie eine positiv erlebte partnerschaftliche Sexualität eher positive bzw. günstige Merkmale partnerschaftlicher Ressourcen darstellen. Aus einem Wahrgenommen- und Begehrtwerden durch den Partner in der alten Geschlechtsrolle entsprechend dem Geburtsgeschlecht und eher vermeidenden und negativen partnerbezogenen sexuellen Erlebens- und Verhaltensmustern ließen sich dagegen weniger positive bzw. eher ungünstige Merkmale partnerschaftlicher Ressourcen ableiten. Vor diesem Hintergrund wurden die in den Publikationen diskutierten Befunde schließlich im Hinblick auf deren Evaluation partnerschaftlicher Ressourcen und sexueller Gesundheit transsexueller Frauen und transsexueller Männer bei Beginn der Behandlung analysiert.

7 Die ENIGI-Studie: European Network for the Investigation of Gender Incongruence

7.1 Projektbeschreibung

Die Studie ENIGI – European Network for the Investigation of Gender Incongruence (Kreukels et al., 2012) wird seit Januar 2007 in den *Gender-Identity-Kliniken* der Universitätskliniken Hamburg, Deutschland (H. Richter-Appelt), Amsterdam, Niederlande (P. Cohen-Kettenis), Gent, Belgien (G. de Cuypere), und Oslo, Norwegen (I. Haraldsen) durchgeführt. Das multizentrische Forschungsprojekt setzt sich zum Ziel, den klinischen Diagnostik- und Behandlungsprozess bei Jugendlichen und Erwachsenen, die erstmals psychotherapeutische und/oder medizinische Behandlung im Rahmen einer möglichen transsexuellen Entwicklung suchen, zu optimieren. Eingeschlossen werden Patientinnen und Patienten mit ausreichenden Landessprachkenntnissen ab dem Alter von 17 Jahren, ausgeschlossen werden solche mit akut psychotischen Störungen. Studienteilnehmende erklären schriftlich ihr Einverständnis zur Teilnahme sowie pseudonymisierten Speicherung und Auswertung der Daten. Die Durchführung der Studie wurde von den zuständigen Ethikkommissionen genehmigt.

7.2 Durchführung und Messinstrumente

Im Rahmen der ENIGI-Studie wurde ein mehrschrittiger standardisierter Diagnostik- und Evaluationsprozess entwickelt, der von Patientinnen und Patienten in allen vier Behandlungszentren in einem Zeitraum von maximal 12 Monaten durchlaufen wird. Zum Zeitpunkt klinischer Erstvorstellung werden zunächst mittels der adaptierten Version des Dutch Biographic Questionnaire on Transsexualism (Doorn et al., 1994) Angaben zu soziodemographischen Daten, sozialen Kontakten, psychischen und physischen Belastungen, zur psychosexuellen Entwicklung, Sexualität, zu Beziehungen und medizinischen Behandlungen erfasst.

Im zweiten Schritt werden verschiedene standardisierte Messinstrumente vorgegeben. Eine Übersicht über die eingesetzten Fragebögen sowie deren gemessene Konstrukte zeigt die Tabelle 3.

Messinstrumente	Gemessene Konstrukte
<ul style="list-style-type: none"> • Utrecht Gender Dysphoria Scale UGDS (Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1997); • Gender Identity Interview GII (Deogracias et al., 2007); • Gender Identity Questionnaire GIQ (Richter-Appelt et al., 2005); 	Geschlechtsdysphorie bzw. Geschlechtsidentität
<ul style="list-style-type: none"> • Symptom-Checklist-90-Revised SCL-90-R (Deogracias, 1996) 	psychische Belastung bzw. psychisches Wohlbefinden
<ul style="list-style-type: none"> • Short Form Health Survey SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992); • Quality of Life QoL (Life as a whole: Bradburn & Noll, 1969; Social Readjustment Rating Scale: Holmes & Rahe, 1967); 	gesundheitsbezogene Lebensqualität bzw. allgemeine Lebensqualität
<ul style="list-style-type: none"> • Body Image Scale BIS (Lindgren & Pauly, 1975); • Hamburg Body Drawing Scale (Strauß & Appelt, 1988) 	Körperbild bzw. Körperzufriedenheit

Tabelle 3: Übersicht der in ENIGI eingesetzten standardisierten Fragebögen und dementsprechend gemessener psychologischer Konstrukte

Im dritten Schritt werden klinisch-strukturierte Interviews zur Erfassung psychischer Komorbiditäten nach DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) auf Achse I (Mini-International Neuropsychiatric Interview M.I.N.I.; Sheehan et al., 1998) sowie auf Achse II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV SKID-II; dt. Version: Wittchen et al., 1997) von Projektmitarbeitenden, die nicht Behandelnde der Studienteilnehmenden sind, durchgeführt. Weiters wird von den Interviewenden die physische Erscheinung (Physical Appearance Scale, Smith et al., 2005b) auf einem Kontinuum von „sehr männlich“ bis „sehr weiblich“ eingeschätzt.

Zum Abschluss der Diagnostikphase erfolgt eine diagnostische Einschätzung durch die behandelnde Klinikerin bzw. den behandelnden Kliniker anhand einer im Rahmen der Studie entwickelten, standardisierten Evaluation der DSM-IV-TR-Kriterien für Geschlechtsidentitätsstörung (DIA) sowie die globale Einschätzung des Funktionsniveaus nach DSM-IV-TR (Saß et al., 2003), Achse V (Global Assessment of Functioning GAF, Endicott et al., 1976).

7.3 Kollaborierende Behandlungszentren

Das Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ist Anlaufstelle für erwachsene und jugendliche Patientinnen und Patienten aus dem norddeutschen Raum. Das Patientenspektrum ist breit und umfasst geschlechtsdysphorische Personen mit unklarer Geschlechtsidentität bis hin zu Personen, die bereits seit Jahren in der neuen Geschlechtsrolle leben. Der standardisierte diagnostische Prozess wird in Zusammenarbeit mit den behandelnden bzw. begleitenden psychologischen bzw. ärztlichen Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten durchgeführt, die auch Indikationen für körpermedizinische geschlechtsanpassende Maßnahmen (hormonelle und/oder chirurgische Interventionen) stellen. In der Folge werden die Kosten für einen Großteil der Behandlungsmaßnahmen von der Krankenkasse übernommen. Pro Jahr stellen sich durchschnittlich 40 Patientinnen und Patienten in der Institutsambulanz vor, die in die ENIGI-Studie mit eingeschlossen werden können.

Die Gender-Identity-Klinik der Universitätsklinik Amsterdam, Niederlande, behandelt Patientinnen und Patienten aus dem ganzen Land, die mit dem Wunsch, körpermedizinische geschlechtsanpassende Maßnahmen durchführen zu lassen, vorstellig werden. In Zusammenarbeit mit Psychologinnen bzw. Psychologen und Psychiaterinnen bzw. Psychiatern werden im Rahmen eines standardisierten Diagnostikprozesses auf interdisziplinärer Basis Behandlungsempfehlungen, gegebenenfalls für hormonelle und in weiterer Folge chirurgische Maßnahmen, ausgesprochen. Auf dieser Grundlage werden die Behandlungskosten großteils vom nationalen Gesundheitssystem getragen. Pro Jahr wenden sich durchschnittlich 140 Patientinnen und Patienten an die Klinik, die in die ENIGI-Studie mit aufgenommen werden können.

Die Gender-Identity-Klinik des Universitätskrankenhauses Gent, Belgien, behandelt überwiegend Patientinnen und Patienten aus dem flämisch sprechenden Landesteil (85%), wobei die Diagnostik in einem standardisierten Prozess durch spezialisierte Psychiaterinnen bzw. Psychiater erfolgt. Patientinnen und Patienten erhalten überdies psychotherapeutische Begleitung im Prozess körpermedizinischer geschlechtsanpassender

Maßnahmen. Die Kosten für hormonelle und chirurgische Behandlungsmaßnahmen werden größtenteils von den Krankenkassen übernommen. An die Klinik Gent wenden sich pro Jahr durchschnittlich 35 Personen mit der Problematik einer Geschlechtsidentitätsstörung, die für eine Teilnahme an der ENIGI-Studie akquiriert werden können.

Die Gender-Identity-Klinik des Universitätskrankenhauses Rikshospitalet Oslo, Norwegen, versorgt in Alleinstellung Patientinnen und Patienten aus ganz Norwegen, die zur diagnostischen Abklärung an die Klinik verwiesen werden. Nach Durchlaufen des diagnostischen Prozesses erarbeiten die behandelnden Psychiaterinnen bzw. Psychiater und Psychologinnen bzw. Psychologen in einem multidisziplinären Team Behandlungsempfehlungen, gegebenenfalls für hormonelle und chirurgische geschlechtsanpassende Maßnahmen. Das nationale Gesundheitssystem übernimmt die Kosten für dementsprechende Behandlungen. Im Durchschnitt können in Oslo pro Jahr ca. 50 Patientinnen und Patienten, die sich mit dem Wunsch nach geschlechtsanpassenden Maßnahmen an die Klinik wandten, in die ENIGI-Studie mit eingeschlossen werden.

7.4 Datenerhebung und Stichprobe

Seit Januar 2007 bis dato werden in den kollaborierenden Behandlungszentren mit den beschriebenen Messinstrumenten Daten erhoben, sodass sich die Stichprobe kontinuierlich vergrößert. Die Stichprobenkennwerte der Teilstichproben in den kollaborierenden Behandlungszentren erwiesen sich dabei als weitestgehend vergleichbar.

7.5 Datenspeicherung und Datenverarbeitung

Die Überführung der Daten in digitalisierte Matrizen und die Datenspeicherung erfolgen regelmäßig einmal pro Jahr für alle kooperierenden Behandlungszentren zentral in Oslo, Norwegen, per Teleformat-Datentransfersystem. Alle vier Behandlungszentren erhalten anschließend jeweils vollständige SPSS-Datenmatrizen, die zunächst bereinigt und aufbereitet werden und anschließend zur Auswertung verwendet werden können.

7.6 Darstellung des eigenen Anteils an der ENIGI-Studie

Seit Beginn der ENIGI-Studie im Jahr 2007 unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Richter-Appelt bin ich am Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf zunächst als Praktikantin, nachfolgend als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin tätig. Dabei war ich zunächst mit der Implementierung der ENIGI-Studie in Hamburg betraut und bin seither an der Durchführung, Organisation, Datenerhebung, Datenerfassung, statistischen Aufbereitung und Auswertung der Daten beteiligt. Weiters bin ich in der klinischen Arbeit mit transsexuellen Personen beschäftigt und führe klinisch-strukturierte Interviews mit Studienteilnehmenden durch. Zu meinen Tätigkeiten gehört überdies der regelmäßige Austausch mit den Forschungsgruppen der kollaborierenden Gender-Identity-Kliniken. Zu diesem Zweck erfolgen seit dem Jahr 2007 auch ein- bis zweimal jährlich regelmäßige Projekttreffen in Hamburg, Gent, Amsterdam und Oslo. In meinem Aufgabenbereich liegt auch die Verantwortung für die Datenspeicherung und Digitalisierung der in Hamburg erhobenen Daten per Teleformat-System vor Ort in der Gender-Identity-Klinik des Rikshospitalet Oslo. In enger Abstimmung mit der Projektleiterin gehört zu meinen Tätigkeiten darüber hinaus die Vorbereitung und Durchführung von Ergebnisauswertungen, die Anleitung von studentischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Diplomandinnen und Diplomanden, das Verfassen von Publikationen, Forschungsberichten, Ergebnispräsentationen auf nationalen und internationalen wissenschaftlichen Kongressen sowie die Mitarbeit bei der Erstellung von Anträgen zur Projektfinanzierung und bei der Planung und Konzeption neuer internationaler Forschungsprojekte, wie beispielsweise einer katamnestischen Untersuchung zur ENIGI-Studie.

8 Methodik der vorliegenden Arbeit

8.1 Eingesetzte Messinstrumente

Neben den soziodemographischen Daten wurden die im Rahmen der vorliegenden Dissertation untersuchten Variablen zu Partnerschaft und Sexualität mittels der adaptierten Version des Dutch Biographic Questionnaire on Transsexualism (Doorn et al., 1994)

erhoben (siehe oben), die von den Studienteilnehmenden bei klinischer Erstvorstellung ausgefüllt wird. Eine detaillierte Beschreibung der im Einzelnen analysierten Items findet sich in den vollständigen Forschungsarbeiten im Anhang der vorliegenden Arbeit.

Die psychische Belastung bzw. das psychische Wohlbefinden wurde mittels der Symptom-Checkliste von Derogatis (1996) SCL-90-R erhoben (deutsche Version: Franke, 1995), die von den Studienteilnehmenden nach dem klinischen Zweitgespräch beantwortet wurde (siehe oben). Der Fragebogen untersucht die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome für den Zeitraum der vergangenen sieben Tage, wobei sich von den neun Subskalen Somatisierung (12 Items), Zwanghaftigkeit (10 Items), Unsicherheit im Sozialkontakt (9 Items), Depressivität (13 Items), Ängstlichkeit (10 Items), Aggressivität/Feindseligkeit (6 Items), Phobische Angst (7 Items), Paranoides Denken (6 Items) und Psychotizismus (10 Items) drei globale Kennwerte ableiten. Der „Global Severe Index GSI“ misst die allgemeine psychische Belastung. Die internen Konsistenzen der Skalen liegen für klinischen Stichproben zwischen $\alpha=0,79$ und $\alpha=0,89$ und sind als gut zu bewerten.

Die diagnostische Einschätzung der Kriterien für eine Geschlechtsidentitätsstörung im Erwachsenenalter sowie retrospektiv für die Kindheit und Jugendzeit nach DSM-IV-TR-Kriterien (Saß et al., 2003) wurde dem im Rahmen der Studie konstruierten, von den behandelnden Klinikern ausgefüllten Evaluationsbogen DIA entnommen (siehe oben).

8.2 Untersuchte Stichproben

Unterschiedliche Stichprobengrößen in den einzelnen Publikationen ergeben sich aus der wie beschrieben fortlaufenden Datensammlung im Zeitraum von 2007 bis 2012 und einer Selektion bezüglich untersuchter Länderstichproben aus praktischen Gründen. Stichprobengröße, Datenerhebungszeitraum und einbezogene Länderstichproben werden in den Kurzbeschreibungen der einzelnen Publikationen (Abschnitt 9) jeweils angeführt. Den untersuchten Stichproben ist gemeinsam, dass ausschließlich Studienteilnehmende miteinbezogen wurden, die die diagnostischen Kriterien für eine Geschlechtsidentitätsstörung nach ICD-10 (Dilling et al., 2011) bzw. DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) erfüllten. Weiters wurden ausschließlich Personen eingeschlossen, die sich noch

keinen körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Behandlungsmaßnahmen (hormonelle und/oder chirurgische Interventionen) unterzogen hatten. Stichprobenkennwerte erwiesen sich wie beschrieben als größtenteils vergleichbar.

8.3 Statistische Analyse und Auswertung

Zur Berechnung erwarteter Effektstärken wurden vorab Poweranalysen durchgeführt. Die statistische Analyse der Daten wurde mit SPSS 18.0 durchgeführt. Zum Mittelwertsvergleich zweier unabhängiger Gruppen in einer intervallskalierten Variable wurde bei erfüllten Voraussetzungen für eine parametrische Testung der T-Test für unabhängige Stichproben eingesetzt, andernfalls ein Medianvergleich mittels nonparametrischem Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Bei entsprechenden Vergleichen von mehreren voneinander unabhängigen Gruppen wurde bei erfüllten Voraussetzungen eine Varianzanalyse durchgeführt, andernfalls der Kruskal-Wallis-H-Test. Bei der Prüfung von Zusammenhängen zwischen zwei dichotomen Variablen fand der Chi-Quadrat-Test bzw. bei erwarteten Häufigkeiten unter 5 der Exakte Test nach Fisher Verwendung, in einem Mehrfelderschema der Kontingenzkoeffizient C, sofern in allen Zellen die erwarteten Häufigkeiten über 5 waren. Die Auswertung der Daten erfolgte in Form einer *complete care analyses*, d.h. alle Patienten, die an der Studie teilgenommen hatten und bei denen nur ein Mindestmaß an Antworten fehlte, wurden in die Analyse einbezogen. Auswertungen auf Einzel-Item-Ebene basieren auf der Anzahl von Personen, die tatsächlich geantwortet haben, fehlende Werte wurden dementsprechend nicht ersetzt.

9 Kurzdarstellung der Publikationen und Ergebnisse

Im Nachfolgenden werden die im Rahmen der kumulativen Dissertation eingereichten Publikationen und deren Hauptergebnisse im Überblick dargestellt. Die vollständigen Forschungsarbeiten finden sich im Anhang (Abschnitt 15). Für die Diskussion der einzelnen Ergebnisse sowie deren Einschränkung sei auf die Publikationen verwiesen.

9.1 Publikation I: *Age of Onset and Sexual Orientation in Transsexual Males and Females*

9.1.1 Titel und Abstract der Publikation

Nieder, T. O., Herff, M., Cerwenka, S., Preuss, W. F., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R. H. & Richter-Appelt, H. (2011). Age of Onset and Sexual Orientation in Transsexual Males and Females. *Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 783–791.

Abstract

Introduction. With regard to transsexual developments, onset age (OA) appears to be the starting point of different psychosexual pathways.

Aim. To explore differences between transsexual adults with an early vs. late OA.

Methods. Data were collected within the European Network for the Investigation of Gender Incongruence using the Dutch Biographic Questionnaire on Transsexualism (Biografische Vragenlijst voor Transseksuelen) and a selfconstructed score sheet according to the DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision*) criteria of Gender Identity Disorder (GID) and Gender Identity Disorder in Childhood (GIDC). One hundred seventy participants were included in the analyses.

Main Outcome Measures. Transsexual adults who, in addition to their GID diagnosis, also fulfilled criteria A and B of GIDC (“a strong cross-gender identification”, “persistent discomfort about her or his assigned sex”) retrospectively were considered as having an early onset (EO). Those who fulfilled neither criteria A nor B of GIDC were considered as having a late onset (LO). Participants who only fulfilled criterion A or B of GIDC were considered a residual (RES) group.

Results. The majority of female to males (FtMs) appeared to have an early OA (EO = 60 [77.9%] compared to LO = 10 [13%] and to RES = 7 [9.1%]). Within male to

females (MtFs), percentages of EO and LO developments were more similar (EO = 36 [38.7%], LO = 45 [48.4%], RES = 12 [12.9%]). FtMs presented to gender clinics at an earlier age than MtFs (28.04 to 36.75). The number of EO vs. LO transsexual adults differed from country to country (Belgium, Germany, the Netherlands, Norway).

Conclusion. OA has a discriminative value for transsexual developments and it would appear that retrospective diagnosis of GIDC criteria is a valid method of assessment. Differences in OA and sex ratio exist between European countries.

9.1.2 Hauptfragestellungen und Hypothesen

Ziel der Untersuchung war die Entwicklung einer eindeutigen und klaren Operationalisierung zur Klassifikation von *early onset* und *late onset*, auf deren Basis in weiterer Folge eine sinnvolle Subtypisierung bei transsexuellen Frauen und transsexuellen Männern vorgenommen werden kann. Aufbauend darauf wurden nachfolgende Alternativhypothesen geprüft:

Transsexuelle Personen mit einer *early onset* oder einer *late onset* transsexuellen Entwicklung unterscheiden sich voneinander in Bezug auf

- (1) Häufigkeitsverteilung der (Geburts-)Geschlechter,
- (2) das Alter bei klinischer Erstvorstellung und
- (3) die sexuelle Orientierung.

9.1.3 Stichprobe

Die Stichprobe umfasste 170 Personen, die sich im Zeitraum von Januar 2007 bis Januar 2009 an die vier kollaborierenden Gender-Identity-Kliniken wandten, und bestand aus 93 transsexuellen Frauen sowie 77 transsexuellen Männer (Sex-Ratio 1.2 : 1).

9.1.4 Hauptergebnisse und Fazit

Die im Rahmen der Publikation entwickelte Operationalisierung basierte auf den retrospektiven diagnostischen Einschätzungen der DSM-IV-TR-Kriterien für Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter (APA, 2000) durch die behandelnden Klinikerinnen und Kliniker mittels DIA-Fragebogen. Personen, die retrospektiv beide Kernkriterien A und B (Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht und andauerndes Unbehagen im Geburtsgeschlecht) erfüllten, wurden als *early onset* (EO) klassifiziert. Personen, die die beiden Kernkriterien A und B nicht erfüllten, wurde als *late onset* (LO)

klassifiziert. Die Operationalisierung ermöglichte eine klare Spezifikation unterschiedlicher Subgruppen transsexueller Personen und erwies sich als gut anwendbar in der klinischen Praxis. Insgesamt konnten 88.9% der Patientinnen und Patienten (n=151) eindeutig einer der beiden Gruppen zugeordnet werden, 11.1% erfüllten entweder Kriterium A oder B (n=19) und wurden einer Residualgruppe zugeordnet.

(1) Transsexuelle Männer zeigten signifikant häufiger einen EO (77.9%, n=60) im Vergleich zu transsexuellen Frauen, bei denen die Verteilung von EO (38.7%, n=36) und LO (48.4%, n=45) ausgeglichener war.

(2) Transsexuelle Frauen mit einem EO (\bar{x} =32.3 Jahre, s=10.8) waren zum Zeitpunkt klinischer Erstvorstellung signifikant jünger als transsexuelle Frauen mit einem LO (\bar{x} =39.2 Jahre, s=12.9). Transsexuelle Männer mit EO (\bar{x} =27.8 Jahre, s=9.9) und LO (\bar{x} =29.7 Jahre, s=9.1) unterschieden sich dagegen nicht signifikant im durchschnittlichen Alter.

(3) Für transsexuelle Frauen deuteten sich unterschiedliche Verteilungsmuster sexueller Orientierung zwischen Personen mit EO und LO an.

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass transsexuelle Frauen und transsexuelle Männer zum Zeitpunkt klinischer Erstvorstellung jeweils zu circa ein Drittel in einer Partnerschaft waren, wobei keine signifikanten Häufigkeitsunterschiede zwischen den Gruppen mit unterschiedlichem *age of onset* feststellbar waren.

9.2 Publikation II: Sexuelle Orientierung und Partnerwahl transsexueller Frauen und Männer vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen

9.2.1 Titel und Abstract der Publikation

Cerwenka, S., Nieder, T. O. & Richter-Appelt H. (2012). Sexuelle Orientierung und Partnerwahl transsexueller Frauen und Männer vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 62, 214–222.

Abstract

Die vielfältigen Partnerschaftskonstellationen von geschlechtsdysphorischen Frauen und Männern unterschiedlicher sexueller Orientierung werden anhand einer Stichprobe von 93 Personen vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen bei

Personen mit weiblichem Identitätserleben und männlichem Körper (MF) sowie männlichem Identitätserleben und weiblichem Körper (FM) beleuchtet. Obwohl beide Geschlechtergruppen mehrheitlich *Single* sind, zeigen sich Unterschiede bezüglich Paarbeziehungsmustern. Außerhalb des Berufslebens leben FM-Personen häufig bereits in der neuen Geschlechtsrolle und haben großteils Partnerschaften, in denen sie in ihrer Geschlechtsidentität als Männer begehrt werden. MF-Personen dagegen leben privat nur zu einem kleinen Anteil bereits in der neuen Geschlechtsrolle und haben meist Partnerinnen, deren sexuelle Orientierung sich auf Männer und nicht auf ihre weibliche Geschlechtsidentität bezieht. Die Befunde implizieren unterschiedliche Ressourcen für geschlechtsdysphorische Frauen und Männer im Verlauf der transsexuellen Entwicklung.

9.2.2 Hauptfragestellungen und Hypothesen

Im Rahmen der Untersuchung sollten die Zusammenhänge zwischen der Partnerwahl transsexueller Frauen und Männern vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen und dem Geschlechtsrollenverhalten bzw. transsexuellen Outing mittels Vergleich der beiden Geschlechtergruppen sowie Vergleich von Personen unterschiedlicher sexueller Orientierungen innerhalb der Geschlechtergruppen beleuchtet werden. Nachfolgend genannte Alternativhypothesen standen zur Prüfung:

Transsexuelle Frauen und transsexuelle Männer sowie Personen mit verschiedenen sexuellen Orientierungen innerhalb der beiden Gruppen unterscheiden sich voneinander in Bezug auf

- (1) die gelebte Geschlechtsrolle im Beruf und privat,
- (2) die Häufigkeit einer aktuellen Partnerschaft und
- (3) die Partnerschaftskonstellation.

9.2.3 Stichprobe

Aus Praktikabilitätsgründen wurde für die Studie ausschließlich die Patientenstichprobe aus dem Behandlungszentrum Hamburg eingeschlossen. Die Stichprobe bestand demnach aus 93 Personen, sich im Zeitraum von Januar 2007 bis Oktober 2010 an das Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wandten, und setzte sich zusammen aus 45 transsexuellen Frauen sowie 48 transsexuellen Männern (Sex-Ratio: 1 : 1.1).

9.2.4 Hauptergebnisse und Fazit

(1) Im Beruf traten sowohl transsexuelle Männer als auch transsexuelle Frauen noch größtenteils in der alten, ihrem Geburtsgeschlecht entsprechenden Rolle auf. Ihr Privatleben jedoch führten transsexuelle Männer signifikant häufiger bereits in der neuen, ihrem Identitätserleben entsprechenden Geschlechtsrolle (77.8%, n=35) im Vergleich zu transsexuellen Frauen (37.2%, n=16). Sexuell auf Frauen orientierte transsexuelle Frauen waren im Durchschnitt älter (Md=40.5 Jahre, Range 18–52) und lebten privat am häufigsten in wechselnden Geschlechtsrollen (55.0%, n=11) im Vergleich zu sexuell auf Männer orientierte transsexuelle Frauen (Md=23.5 Jahre, Range 18–45), die im Privaten häufig bereits kontinuierlich in der neuen Geschlechtsrolle lebten (64.3%, n=9). Bei transsexuellen Männern deuteten sich zwar ebenfalls Altersunterschiede zwischen sexuell auf Frauen orientierten Personen (Md=24 Jahre, Range 17–60) und sexuell auf Männer orientierten Personen (Md=19 Jahre, Range 17–37 Jahre) an. Die beiden Gruppen unterschieden sich jedoch nicht in Bezug auf die im Privaten gelebte Geschlechtsrolle.

(2) Betreffend die Häufigkeit einer aktuellen Partnerschaft zeigten sich keine Unterschiede zwischen transsexuellen Frauen und transsexuellen Männern. In beiden Gruppen waren Personen mit sexueller Orientierung auf Frauen am häufigsten in einer Partnerschaft im Vergleich zu Personen mit anderer sexueller Orientierung (MF: 42.9%, n=9; FM: 51.5%, n=17).

(3) Transsexuelle Frauen unterschieden sich von transsexuellen Männern signifikant in Bezug auf ihre Partnerschaftskonstellationen. Transsexuelle Frauen lebten überwiegend in Partnerschaften, in denen sich die sexuelle Orientierung der Partner bzw. Partnerinnen auf Männer bezog (66.7%, n=10), nicht-passend in Bezug auf ihre weiblichen Geschlechtsidentität. Diese Partnerschaftskonstellation traf vor allem für sexuell auf Frauen orientierte transsexuelle Frauen zu. Transsexuelle Männer waren dagegen überwiegend in Partnerschaften, in denen sich die sexuelle Orientierung der Partnerin bzw. des Partners auf Männer als passend in Bezug auf ihre männliche Geschlechtsidentität zeigte (66.7%, n=14). Dies betraf ebenfalls größtenteils sexuell auf Frauen orientierte transsexuelle Männer.

9.3 Publikation III: *Sexual Behavior of Gender Dysphoric Individuals before Gender-confirming Interventions: A European Multi-Center Study*

9.3.1 Titel und Abstract der Publikation

Cerwenka, S., Nieder, T. O., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R. H., Kreukels B. P. C. & Richter-Appelt, H. (accepted, 17.12.2012). Sexual Behavior of Gender Dysphoric Individuals before Gender-confirming Interventions: A European Multi-Center Study. *Journal of Sex and Marital Therapy*.

Abstract

A transsexual course of development that starts before puberty (early onset, EO) or during or after puberty respectively (late onset, LO) may lead to diverse challenges in coping with sexual activity. The present study explored the sexual behavior of 380 adult EO and LO MFs (male-to-females) and FMs (female-to-males) who had not yet undergone gender-confirming interventions.

Data originate from the ENIGI Initiative (*European Network for the Investigation of Gender Incongruence*) conducted in Belgium, Germany, Netherlands and Norway. Diagnostic information on Gender Identity Disorder according to DSM-IV-TR criteria was obtained by means of self-constructed score sheets. Information on outcome variables was collected by a self-administered questionnaire at first clinical presentation.

EO MFs tended to show sexual attraction towards males more frequently (50.5%), involve genitals less frequently in sexual activity with a partner, and appraise penile sensations and orgasm as more aversive compared to LO MFs. In FMs, sexual attraction towards females (gynephilic) was mainly found in EO FMs (84.0%), while LO FM reported being non-gynephilic more frequently (41.7%).

The study shows that EO and LO MFs differ considerably with regard to coping strategies involving their body during sexual relations and reveals some initial insights into the developmental pathways of LO FMs.

9.3.2 Hauptfragestellungen und Hypothesen

Aufbauend auf der zuvor entwickelten Operationalisierung von *age of onset* (9.1) sollte untersucht werden, inwiefern eine Erstmanifestation der Geschlechtsidentitätsstörung vor der Pubertät oder während/nach der Pubertät mit unterschiedlichen sexuellen Verhaltensmustern und einem unterschiedlichen Umgang in der Sexualität mit dem eigenen, unerwünschten Körper, insbesondere betreffend die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale, verbunden ist. Dementsprechend wurden nachfolgende Alternativhypothesen geprüft:

Transsexuelle Frauen mit EO oder LO bzw. transsexuelle Männer mit EO oder LO unterscheiden sich voneinander in Bezug auf

- (1) partnerbezogene sexuelle Verhaltensweisen
- (2) nicht-partnerbezogene sexuelle Verhaltensweisen

9.3.3 Stichprobe

Die untersuchte Stichprobe bestand aus 380 Patientinnen und Patienten, die sich im Zeitraum von Januar 2007 bis Oktober 2011 an die vier Behandlungszentren gewandt hatten und als *early onset* oder *late onset* kategorisiert werden konnten.

9.3.4 Hauptergebnisse und Fazit

(1) Transsexuelle Frauen mit einem EO zeigten insgesamt einen konflikthafteren Umgang mit partnerbezogenen sexuellen Verhaltensweisen als transsexuelle Frauen mit einem LO. Sie vermieden es signifikant häufiger, ihre eigenen Genitalien in die partnerschaftliche Sexualität mit einzubeziehen (52.8%, n=38) als transsexuelle Frauen mit einem LO (24.2%, n=15) und äußerten signifikant häufiger negative sexuelle Empfindungen am Penis (54.8%, n=46) sowie beim Orgasmus (26.7%, n=27) im Vergleich zu transsexuellen Frauen mit einem LO (35.0%, n=28 bzw. 9.4%, n=9). Bei transsexuellen Männern ließen sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich partnerbezogenen sexuellen Verhaltensweisen zwischen Personen mit einem EO oder LO feststellen.

(2) Im Hinblick auf nicht-partnerbezogene sexuelle Verhaltensweisen zeigten sich betreffend das Masturbationsverhalten keine Hinweise auf Häufigkeitsunterschiede zwischen transsexuellen Frauen und Männern mit einem EO oder einem LO.

9.4 Publikation IV: *Intimate Partnerships and Sexual Health in Gender Dysphoric Individuals before the Start of Medical Treatment*

9.4.1 Titel und Abstract der Publikation

Cerwenka, S., Nieder, T. O., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R. H., Kreukels B. P. C. & Richter-Appelt, H. (under review). *Intimate Partnerships and Sexual Health in Gender Dysphoric Individuals before the Start of Medical Treatment*. *International Journal of Sexual Health*.

Abstract

The study focuses on sexual health aspects in partnered gender dysphoric individuals before the start of medical treatment by examining their partnership constellations, sexual experiences and reports of psychological problems. As part of the cross-national ENIGI-study (*European Network for the Investigation of Gender Incongruence*), 168 adult male-to-females (MFs) and female-to-males (FMs) (sex-ratio 1:1.2) were surveyed by means of self-administered questionnaires previous to any gender-confirming hormonal and surgical interventions (GCI). MFs were often found to have androphilic (female) partners (sexually orientated towards males), non-complementary with their female gender identity. In contrast, FMs frequently had androphilic (female) partners, complementary with their male gender identity and sexual orientations towards females. In both genders, complementary partnership constellations were associated with more avoidance of and more negative sexual experiences.

9.4.2 Hauptfragestellungen und Hypothesen

Basierend auf den vorangegangenen beschriebenen Ergebnissen war das Ziel der Publikation, Charakteristika von transsexuellen Frauen und transsexuellen Männern in verschiedenartigen Partnerschaftskonstellationen zu untersuchen, auf deren Basis sich eine differenzierte Beschreibung unterschiedlicher Merkmale partnerschaftlicher Ressourcen zum Zeitpunkt klinischer Erstvorstellung vornehmen lässt. Dazu sollten Aussagen über die Bedeutung der Partnerschaftskonstellationen für den Umgang mit partnerbezogener Sexualität sowie für das psychische Wohlbefinden gemacht werden, woraus sich nachfolgende Alternativhypothesen ableiten ließen:

Transsexuelle Frauen und transsexuelle Männer mit verschiedenen Partnerschaftskonstellationen (Komplementarität vs. Nicht-Komplementarität der sexuellen Identitäten beider Partner zueinander) unterscheiden sich in Bezug auf

- (1) sexuelle Orientierung,
- (2) *age of onset*,
- (3) partnerbezogene sexuelle Verhaltensweisen und
- (4) psychisches Wohlbefinden.

9.4.3 Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus 168 Patientinnen und Patienten, die sich im Zeitraum von Januar 2007 bis Oktober 2011 an die vier Behandlungszentren gewandt hatten, als EO oder LO klassifiziert werden konnten und zum Zeitpunkt der Untersuchung angaben, aktuell in einer Partnerschaft zu sein. Insgesamt konnten 77 transsexuelle Frauen und 91 transsexuelle Männer (Sex-Ratio 1 : 1:2) in die Stichprobe eingeschlossen werden.

9.4.4 Hauptergebnisse

Zunächst ließ sich für die internationale Gesamtstichprobe replizieren, dass transsexuelle Frauen zu einem signifikant höheren Anteil in nicht-komplementären Partnerschaftskonstellationen waren (50.6%, n=39) im Vergleich zu transsexuellen Männern (6.6%, n=6).

Für transsexuelle Frauen ließ sich zeigen, dass diejenigen in nicht-komplementären Partnerschaftskonstellationen zumeist sexuell auf Frauen orientiert waren (71.8%, n=28) und einen LO (66.6%, n=26) hatten, sowie ihre Genitalien überwiegend in die partnerschaftliche Sexualität einbezogen (87.9%, n=29) und zumindest gelegentlich angenehme sexuelle Empfindungen erlebten (42.1%, n=16). Transsexuelle Frauen in komplementären Partnerschaftskonstellationen hatten vorwiegend eine sexuelle Orientierung auf Männer (66.7%) sowie einen EO (71.4%, n=15). Außerdem vermieden sie meist, ihre Genitalien in die partnerschaftliche Sexualität mit einzubeziehen (75.0%, n=15) und gaben häufig unangenehme sexuelle Empfindungen an (42.9%, n=9). Sowohl transsexuelle Frauen in komplementären als auch in nicht-komplementären Partnerschaftskonstellationen hatten im Durchschnitt klinisch unauffällige Werte im psychischen Wohlbefinden (SCL-90-R) und unterschieden sich voneinander nicht signifikant.

Bei transsexuellen Männern zeigte sich, dass diejenigen in komplementären Partnerschaftskonstellationen großteils eine sexuelle Orientierung auf Frauen (91.3%, n=42) angaben und einen EO (80.4%, n=37) hatten, ihre Genitalien in der partnerschaftlichen Sexualität häufig vermieden (56.8%, n=21) sowie sexuelle Empfindungen oft negativ erlebten (44.4%, n=20). Transsexuelle Männer in nicht-komplementären Partnerschaftskonstellationen waren häufiger sexuell auf Männer orientiert (50.0%, n=3), zeigten ebenfalls einen EO (83.3%, n=5) und neigten dazu, ihre Genitalien in die partnerschaftliche Sexualität öfter mit einzubeziehen (66.7%, n=4), wobei sie zumindest gelegentlich angenehme sexuelle Empfindungen hatten (50.0%, n=3). Obgleich sich zwischen transsexuellen Männer in komplementären und nicht-komplementären Partnerschaftskonstellationen keine signifikanten Unterschiede betreffend das psychische Wohlbefinden (SCL-90-R) ermitteln ließen, fielen bei transsexuellen Männern in nicht-kompatiblen Partnerschaftskonstellationen klinisch auffällig hohe Durchschnittswerte in den Skalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt und Depressivität auf.

10 Darstellung des eigenen Anteils an den Publikationen

Im Zusammenhang mit allen Publikationen war ich maßgeblich an der Konzeption der Methodik, der Datenerhebung, Datenauswertung und Interpretation der Daten beteiligt. Als Co-Autorin habe ich darüber hinaus wesentlich am Entwurf und der Überarbeitung des Artikels sowie der abschließenden Bearbeitung im Rahmen des peer-review-Verfahrens mitgewirkt. Als Erstautorin habe ich weiters die Publikationen konzipiert und Manuskripte erstellt, mit den Co-Autorinnen und dem Co-Autor diskutiert und überarbeitet. Im engen Austausch mit den Co-Autorinnen und dem Co-Autor habe ich inhaltliche und strukturelle Überarbeitungen im Rahmen des peer-review-Verfahrens durchgeführt. Die von den Gutachtern geforderten Revisionen wurden von mir erarbeitet und in Absprache mit den Co-Autorinnen und dem Co-Autor abschließend bearbeitet.

11 Diskussion und Schlussfolgerungen für partnerschaftliche Ressourcen transsexueller Frauen und Männer

Anhand der Ergebnisse der zur Dissertation eingereichten Publikationen ließ sich anschaulich zeigen, dass transsexuelle Frauen und transsexuelle Männer zum Zeitpunkt der klinischen Erstvorstellung über unterschiedliche Muster von Partnerschaftskonstellationen und damit verbundenen partnerbezogenen sexuellen Erlebens- und Verhaltensweisen verfügten.

Insbesondere ältere transsexuelle Frauen mit einer sexuellen Orientierung auf Frauen und einem *late onset* führten ihr Privatleben häufiger noch in der alten Geschlechtsrolle und verfügten großteils über Partnerschaftskonstellationen, in denen sich ihre Partnerinnen als sexuell auf Männer orientiert erlebten, was in Diskrepanz zu ihrem weiblichen Geschlechtsidentitätserleben stand. Transsexuelle Frauen in diesen „nicht-komplementären“ Partnerschaftskonstellationen berichteten von einem eher positiven Erleben und Zugang zur partnerschaftlichen Sexualität. Jüngere transsexuelle Frauen, die häufiger eine sexuelle Orientierung auf Männer und ein *early onset* zeigten, lebten zwar öfter bereits in der neuen Geschlechtsrolle und hatten häufiger Partner, die sich als sexuell auf Frauen orientiert definierten, komplementär zu ihrem weiblichen Geschlechtsidentitätserleben. Ihre partnerschaftliche Sexualität erlebten sie dennoch durchschnittlich negativer und vermeidender als transsexuelle Frauen in „nicht-komplementären“ Partnerschaften.

Transsexuelle Männer lebten zum Zeitpunkt der klinischen Erstvorstellung vergleichsweise bereits deutlich häufiger in der neuen Geschlechtsrolle, vor allem im Privatleben. Zum Großteil waren sie sexuell auf Frauen orientiert, zeigten einen *early onset* und lebten in komplementären Partnerschaften, in denen sich die Partnerinnen als sexuell auf Männer orientiert erlebten, passend zur männlichen Geschlechtsidentität der Patienten. Betreffend das Erleben partnerschaftlicher Sexualität neigten sie jedoch dazu, eher vermeidende und unangenehme sexuelle Empfindungen zu berichten im Vergleich zu transsexuellen Männern, die eine sexuelle Orientierung auf Männer angaben und sich häufiger in „inkompatiblen“ Partnerschaften befanden.

Unterschiedliche Ausprägungen von Partnerschaftskonstellationen und partnerbezogenen sexuellen Erlebens- und Verhaltensweisen transsexueller Frauen und transsexueller Männer ließen sich vor allem auf die beiden differenzierenden Variablen *age of onset* und sexuelle Orientierung zurückführen und wurden in den einzelnen Publikationen ausführlich dargelegt. So wurde für transsexuelle Frauen das *age of onset* als differenzierende Variable in der psychosexuellen Entwicklung diskutiert, die mit der Entwicklung unterschiedlicher sexueller Verhaltens- und Erlebensmuster verbunden sein könnte. Transsexuelle Frauen mit einem LO berichteten häufiger von einer Vorgeschichte transvestitisch-fetischistischer Verhaltensweisen als solche mit EO und zeigten häufiger eine sexuelle Orientierung auf Frauen sowie ein späteres transsexuelles Coming-Out, weswegen sie ihre Partnerinnen häufig noch in der alten, dem Geburtsgeschlecht entsprechenden Rolle kennen gelernt hatten (Burns et al., 1990; Docter & Fleming, 2001; Becker, 2004; Lawrence, 2010; Alegría, 2010). Über transsexuelle Männer liegen aus der empirischen Forschung bislang keine äquivalente Befunde über transvestitisch-fetischistische Handlungen vor (Smith et al., 2005b; Bockting et al., 2009). Bis dato wurden jedoch großteils sexuell auf Frauen orientierte Personen mit einem EO untersucht und Berichte von transsexuellen Männern mit einem LO und mit sexueller Orientierung auf Männer sind selten. Im Vergleich zu transsexuellen Frauen liefern auch die Befunde der vorliegenden Arbeit ein vergleichsweise homogenes Bild der Partnerschaften transsexueller Männer. Erste Hinweise auf Spezifika von Partnerschaften transsexueller Männer mit sexueller Orientierung auf Männer konnten jedoch gegeben werden. Die vorliegenden Befunde beziehen sich auf den Zeitpunkt des Behandlungsbeginns und damit auf Personen, die sich noch keinen körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen unterzogen haben. Um einen Längsschnittvergleich zu ermöglichen, sollten Partnerschaften und partnerschaftliche Sexualität daher in einer katamnestic Studie erneut untersucht werden.

Bei der Evaluation der vorliegenden Befunde hinsichtlich ihrer Bedeutung für partnerschaftliche Ressourcen ergeben sich für die beiden Geschlechtergruppen ähnliche Muster. Sowohl bei transsexuellen Frauen als auch bei transsexuellen Männern scheinen eher günstige Merkmale partnerschaftlicher Ressourcen in Bezug auf die Partnerschaftskonstellation mit eher ungünstigen Merkmalen in Bezug auf die partnerschaftliche Sexualität verbunden zu sein. Entgegen den aus dem bisherigen

Forschungsstand abgeleiteten Annahmen berichteten Personen mit Partnern, deren selbstdefinierte sexuelle Orientierung komplementär zu ihrem Geschlechtsidentitätserleben ist, nicht von einem unbelasteteren Zugang zur partnerschaftlichen Sexualität als Personen in „nicht-komplementären“ Partnerschaftskonstellationen. Gerade Personen in „komplementären“ Partnerschaften schienen häufiger vermeidende und negative partnerbezogene sexuelle Erlebens- und Verhaltensweisen, und damit eine eingeschränkte sexuelle Gesundheit, zu zeigen. Weiters schienen nach vorliegenden Befunden in beiden Geschlechtergruppen eher ungünstige Merkmale partnerschaftlicher Ressourcen hinsichtlich Partnerschaftskonstellationen von eher günstigen Merkmalen hinsichtlich partnerschaftlicher Sexualität begleitet und demnach mit vergleichsweise weniger Einschränkungen in Bezug auf die sexuelle Gesundheit verbunden zu sein.

Da die beiden untersuchten Merkmale der Partnerschaftskonstellation und partnerschaftlichen Sexualität nicht positiv miteinander assoziiert waren, sondern eher gegenläufige Ausprägungen zeigten, scheinen sie unterschiedliche Dimensionen partnerschaftlicher Ressourcen darzustellen. Soziale Ressourcen lassen sich allgemein in unterschiedliche Dimensionen zerlegen, die nicht notwendigerweise mit einander korrelieren müssen (Barrera, 1986). Bisherige Untersuchungsansätze zur Messung von sozialen Ressourcen basieren meist auf einer Differenzierung von strukturellen und funktionalen Merkmalen. Strukturelle Merkmale sozialer Ressourcen werden häufig auch als soziale Integration bezeichnet und sind vor allem durch die Art und Anzahl der Verknüpfungen verschiedener sozialer Beziehungen und Rollen charakterisiert (Hanson et al., 1997; Cohen, 2004; Holt-Lunstad et al., 2010; Nieminen et al., 2010). Funktionale Merkmale beinhalten qualitative Komponenten der Beziehungen wie beispielsweise die erlebte Verfügbarkeit und subjektive Wahrnehmung der erhaltenen sozialen Unterstützung (Holt-Lunstad et al., 2010). Auf der funktionalen Ebene lassen sich zumindest drei Dimensionen sozialer Ressourcen unterscheiden: informationelle Unterstützung durch Einholen eines Ratschlags oder von Informationen, instrumentelle Unterstützung durch Bereitstellung von materiellen Hilfen oder Arbeiten sowie emotionale Unterstützung, z.B. durch Erleben von Wärme, Trost und aktivem Zuhören. Die vorhandene Partnerschaftskonstellation lässt sich demnach als strukturelles Merkmal partnerschaftlicher Ressourcen beschreiben, während das Erleben partnerschaftlicher

Sexualität als funktionales Merkmal partnerschaftlicher Ressourcen zu begreifen ist, die sich in die Dimension der emotionalen Unterstützung eingliedern lässt.

Die Bedeutung von strukturell unterschiedlichen Partnerschaftskonstellationen im Zusammenhang mit der sexuellen Identität einer Person wurde in der empirischen Forschung bislang vor allem im Kontext sexuell übertragbarer Erkrankungen, insbesondere HIV/AIDS, untersucht. Dabei wurde primär von einer Diskrepanz zwischen sexueller Identität und Sexualpartnerwahl bei Männern berichtet, die mit einer Neigung zu sexuell riskanten Verhaltensweisen korrelierte. So liegen mehrfach empirische Befunde für einen Anteil von Männern mit heterosexueller Selbstidentifikation und homosexuellen Verhaltensweisen mit einer erhöhten Neigung zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr vor (z.B. Goldbaum et al., 1996; Pathela et al., 2006; Siegel et al., 2008). Das psychische Wohlbefinden dieser Männer war zumeist jedoch nicht Gegenstand der Untersuchung. Befunde von Frauen mit lesbischer Selbstidentifikation deuten darauf hin, dass diejenigen, die in der Vorgeschichte Partnerinnen hatten, die zu ihrer sexuellen Identität passten (lesbische Frauen), über geringere psychische Belastung und positivere sexuelle Erfahrungen berichteten als solche, die in der Vorgeschichte auch Erfahrungen mit nicht zur sexuellen Identität passenden Partnern gemacht hatten (Schick et al., 2012). Die Kongruenz zwischen sexueller Identität und Sexualpartnerwahl scheint von entscheidender Bedeutung für das psychische und sexuelle Wohlbefinden zu sein, wobei die psychische Belastung besonders während sexueller Interaktionen auftritt, wenn eine Diskrepanz gegebenenfalls manifest wird (Schick et al., 2012). Diese Befunde spiegeln sich in den im Rahmen der vorliegenden Dissertation untersuchten Partnerschaften transsexueller Frauen und Männer nicht vollständig wider. Es lassen sich dennoch Hinweise ableiten, dass strukturell eher ungünstige Merkmale partnerschaftlicher Ressourcen mit einer höheren psychischen Belastung verbunden sein könnten.

Die Bedeutung des Erlebens partnerschaftlicher Sexualität als funktionales Merkmal partnerschaftlicher Ressourcen bildet sich wie eingangs beschrieben in den bisherigen empirischen Befunden zu Zusammenhängen zwischen sexueller Zufriedenheit und Partnerschaftszufriedenheit bei (nicht-transsexuellen) Frauen und Männern ab (Laumann et al., 2006; Cohen et al., 2008; Lamont, 2012). Für Frauen wurde überdies wiederholt gezeigt, dass sexuelle Zufriedenheit auch mit wahrgenommener Empathie und emotionaler

Unterstützung durch den Partner (Lamont, 2012) sowie einem höheren Selbstwert (Sanchez et al., 2011) verbunden war. Diese Partnerschaftsvariablen könnten demnach bei transsexuellen Frauen und Männern mit eher ungünstigen funktionalen Merkmalen partnerschaftlicher Ressourcen beeinträchtigt sein.

Strukturelle und funktionale Merkmale partnerschaftlicher Ressourcen scheinen auf verschiedenen Ebenen zum psychischen Wohlbefinden beizutragen. Daraus lässt sich auch der vorliegende Befund erklären, demzufolge aus den spezifischen Mustern partnerschaftlicher Ressourcen keine Zusammenhänge mit unterschiedlichen Ausprägungen von psychischer Belastung oder psychischem Wohlbefinden ableitbar waren. In der bisherigen empirischen Forschung wurde allgemein die empfundene Beziehungsqualität als entscheidender Faktor für die Lebenszufriedenheit (z.B. Ruvolo, 1998) sowie das psychische und physische Wohlbefinden festgestellt (z.B. Tesser & Beach, 1998; Neumann & Tress, 2005). Vor dem Hintergrund der Mehrdimensionalität der im Rahmen der Publikationen untersuchten Aspekte von Partnerschaften erscheinen die Zusammenhänge mit dem psychischen Wohlbefinden bei transsexuellen Frauen und Männern jedoch komplexer. In diesem Kontext ist außerdem zu erwähnen, dass es sich bei der sexuellen Orientierung, die der Kategorisierung der Partnerschaftskonstellationen zugrunde liegt, wie bereits beschrieben um ein mehrfaktorielles Phänomen handelt. Die sexuelle Selbstdefinition einer Person als heterosexuell, homosexuell, sexuell auf Frauen oder Männer orientiert usw. ist nicht zwangsläufig gleichzusetzen mit der spezifischen Attraktion für die eigene Partnerin bzw. den Partner, die sich aus mannigfaltigen Aspekten speisen kann. Dies bedeutet gleichzeitig, dass Personen mit Partnern, deren selbstdefinierte sexuelle Orientierung nicht-komplementär zu ihrem Geschlechtsidentitätserleben ist, sich nicht dennoch innerhalb der Partnerschaft in ihrem geschlechtlichen Selbsterleben bestätigt, begehrt und akzeptiert fühlen können. Umgekehrt muss dies nicht zwangsläufig für transsexuelle Personen in komplementären Partnerschaftskonstellationen zutreffen. Motive sowie Aspekte der Attraktion aufseiten der Partner transsexueller Frauen und transsexueller Männer in unterschiedlichen Partnerschaftskonstellationen bleiben unklar.

Weiters können unterschiedliche Dimensionen sozialer Ressourcen aus einer vorhandenen Paarbeziehung wie beschrieben einerseits als Schutzfaktor und Stresspuffer für das psychische und physische Wohlbefinden wirken (Cohen & Wills, 1985; Sarason et al.,

1990), unter bestimmten Bedingungen aber auch mit einem erhöhten Stresserleben verbunden sein (Barrera, 1986), insbesondere wenn sich die vorhandenen sozialen Beziehungen als konfliktreich darstellen (Sarason et al., 1990). Eine maßgebliche Bedeutung bei der Evaluation von sozialen Ressourcen kommt daher deren Geeignetheit zur Bewältigung von Umweltanforderungen oder belastenden Lebensereignissen zu, wobei situationale, intrapersonale und interpersonale Faktoren eine Rolle spielen (Kienle et al., 2006). Partnerschaften sind zudem in komplexen Wechselwirkungen in einen sozialen Kontext eingebettet, beispielsweise durch den Umgang mit eigenen Kindern, der Familie, Verwandten, Freunden und anderen Personen im sozialen Umfeld. In Paarbeziehungen hat sich vor allem die Art des so genannten *dyadischen Copings* (gemeinsamen Bewältigens) von belastenden Ereignissen als bedeutsamer Prädiktor für die Partnerschaftszufriedenheit (Nussbeck et al., 2012) sowie die Lebensqualität und die empfundene psychischen Belastung (Meier et al., 2011) der Partner herausgestellt. Innerhalb der Dyade Partnerschaft wirken sowohl individuelle als auch gemeinsame Bewältigungsmechanismen der beiden Partner interaktionistisch und komplex im Umgang mit belastenden Lebensereignissen zusammen. Dabei wird im Allgemeinen zwischen drei Copingstrategien unterschieden, die in unterschiedlichen Ausprägungen auftreten können (Bodenmann, 2000; Bodenmann, 2002). Beim „gemeinsamen Coping“ arbeiten die Partner aktiv und solidarisch zusammen an der Bewältigung des Problems. Beide Partner haben in symmetrischer Weise Teil an problem- und lösungsbezogenen Aktivitäten. Diese können sachbezogen (z.B. faire Aufgabenteilung bei der Umsetzung der Lösungen) oder emotionsbezogen (z.B. gegenseitiger Austausch von Zärtlichkeiten) umgesetzt werden. Beim „supportiven Coping“ erhält jeweils nur ein Part unidirektional die Unterstützung des Partners, zum Beispiel durch emotionale oder instrumentelle Zuwendung. Beim „delegierten Coping“ erhält ebenfalls nur ein Part Unterstützung, indem er vom Partner entlastet wird, zum Beispiel durch die Delegation von Aufgaben. Ob Partner die dyadischen Coping-Strategien in ihrer Paarbeziehungen als positiv oder negativ bewerten, hängt vor allem von einer längerfristig empfundenen Ausgeglichenheit zwischen Erhalt und Gabe von Unterstützung ab. So ist eine hohe empfundene Unausgeglichenheit in Bezug auf alle drei genannten Coping-Strategien ebenso assoziiert mit einer negativen Bewertung wie dysfunktionale Formen des Copings, beispielsweise bei supportivem Coping den Partner gleichzeitig zu kritisieren (Bodenmann, 2006; Meier et al., 2011). Als positiv werden dagegen meist Unterstützungsformen im Bereich des supportiven Coping erlebt, mittels der ein Partner die

Coping-Bemühungen des anderen funktional unterstützt, z.B. durch empathische Einfühlung oder Unterstützung bei der Analyse von Problemen (Bodenmann, 2006). Die Wahrnehmung von Reziprozität ist jedoch auch von individuellen und gemeinsamen Faktoren beeinflusst (Friedrich, 2010). Im Allgemeinen sind negativ erlebte dyadische Coping-Strategien verbunden mit geringerer Lebensqualität, geringerer Beziehungszufriedenheit und höherer psychischer Belastung (Bodenmann, 2006; Papp & Witt, 2010; Meier et al., 2011). Positiv erlebte dyadische Coping-Mechanismen sind dagegen korreliert mit höherem psychischen und sexuellen Wohlbefinden (Bodenmann et al., 2010).

Transsexuelle Frauen und Männer sind während der Transitionsphase mit besonderen Belastungen konfrontiert, die nicht nur ihre eigene transsexuelle Entwicklung betreffen, sondern auch auf ihre Partnerinnen und Partner wirken und eine große Herausforderung für die dyadischen Copingstrategien innerhalb ihrer Partnerschaft darstellen. So kann es beispielsweise im Rahmen einer starken Beschäftigung der Betroffenen mit Prozessen der eigenen Identitätsfindung und -entwicklung sowie einer notwendigen Neuorientierung der Partner zueinander (Alegria, 2010) leicht zu einer Unbalanciertheit der Reziprozität im Rahmen dyadischer Copingstrategien kommen, die die bei Behandlungsbeginn vorhandenen positiven partnerschaftlichen Ressourcen transsexueller Frauen und Männer im Verlauf signifikant beeinträchtigen kann. Einen weiteren, in dieser Phase für beide Partner besonders belastenden Faktor stellt eine etwaig erlebte Stigmatisierung von außen dar, beispielsweise im Zuge des transsexuellen Coming-Outs oder/und des Geschlechtsrollenwechsels. Für gleichgeschlechtliche Paare wurde gefunden, dass Partner allgemein unterschiedliche Strategien zeigten, mit gesellschaftlicher Stigmatisierung umzugehen. Während einige dies als negativ für ihre Partnerschaft erleben, führt für andere Paare von außen erlebte Stigmatisierung dazu, dass sie sich innerhalb der Dyade einander näher fühlen und stärker zusammenhalten (Frost, 2011).

12 Einschränkungen und Empfehlungen für die weitere empirische Forschung

Abseits der bereits im Rahmen der Publikationen diskutierten Limitationen lassen sich in Bezug auf die Evaluation partnerschaftlicher Ressourcen und sexueller Gesundheit transsexueller Frauen und Männer bei Behandlungsbeginn einige Einschränkungen anführen. Obgleich sich in Bezug auf das Erleben partnerschaftlicher Sexualität deutlich differenzierbare Muster bei transsexuellen Frauen und Männern in unterschiedlichen Partnerschaftskonstellationen zeigten, ist insgesamt davon auszugehen, dass zumindest der Großteil von geschlechtsdysphorischen Personen per se eine Beeinträchtigung der sexuellen Gesundheit erlebt. Weitere Untersuchungen sollten Befunde zum sexuellen Erleben und Verhalten daher kontextuell vor dem Hintergrund eines Vergleichs mit einer nicht-geschlechtsdysphorischen Kontrollgruppe diskutieren.

Unterschiedliche Dimensionen positiver partnerschaftlicher Ressourcen könnten auf komplexe und dynamische Art interagieren und auf das psychische Wohlbefinden und die sexuelle Gesundheit wirken. Zum Zeitpunkt der klinischen Erstvorstellung vorhandene Merkmale positiver Ressourcen können sich überdies im Verlauf der Transitionsphase verändern. Diese Mechanismen können anhand der vorliegenden Arbeit nicht ausreichend abgebildet werden und sollten daher in zukünftigen Studien berücksichtigt werden. Aus den vorliegenden Ergebnissen lassen sich weiters keine Aussagen über Partnerschaftszufriedenheit, -stabilität oder -dauer ableiten. Zur weitergehenden Evaluierung partnerschaftlicher Ressourcen transsexueller Frauen und Männer bedarf es einer differenzierten Beleuchtung ihrer vielfältigen Dimensionen innerhalb einer Partnerschaft sowie deren Bewertung durch die Betroffenen und deren Partner. Weiters sollten individuelle Ressourcen transsexueller Personen miteinbezogen werden, die den Umgang mit partnerschaftlichen Ressourcen beeinflussen, wie z.B. Selbstwirksamkeit und Resilienz, aber auch psychische Probleme und andere Persönlichkeitsakzentuierungen. Die Partnerschaften transsexueller Frauen und Männer sollten vor dem Hintergrund des sozialen und kulturellen Kontextes, in dem sie stattfinden, untersucht werden, sodass auch die Bedeutung außerpartnerschaftlicher Kontakte und Beziehungen für die wahrgenommene soziale Unterstützung berücksichtigt werden kann. Erst aus einem multidimensionalen Ansatz zur Erfassung individueller, sozialer und sonstiger psychologischer Ressourcen lassen sich komplexe Schlussfolgerungen für eine

salutogenetisch orientierte, psychotherapeutische Begleitung transsexueller Personen während der Transitionsphase ableiten.

13 Empfehlungen für die klinische Praxis

Vor dem Hintergrund dyadischer Copingstrategien erscheint in der psychotherapeutischen Begleitung transsexueller Frauen und Männer die Einbezugnahme der Partnerin bzw. des Partners von entscheidender Bedeutung für die Aufrechterhaltung und Förderung positiver partnerschaftlicher Ressourcen. Dabei stellen die Stärkung der Beziehungskompetenzen (Heinrichs et al., 2008) sowie die Förderung individueller positiver Ressourcen (z.B. emotionale, kognitive und soziale Kompetenzen) und systemischer Ressourcen (z.B. dyadisches Coping) wichtige Faktoren für den Erwerb und die Aufrechterhaltung von Bewältigungskompetenzen im konstruktiven, gemeinsamen Umgang mit Anforderungen und belastenden Lebensereignissen dar (Jerusalem, 2009). So eignen sich insbesondere Interventionen zur Vermittlung von Kommunikationsfertigkeiten und Problemlösestrategien, um funktionale Interaktionen und positive dyadische Copingstrategien zu fördern. Die Entwicklung individueller wie auch dyadischer Stressverarbeitungskompetenzen sowie insbesondere die Bearbeitung von Erwartungen an die Partnerschaft und an die Partnerin bzw. den Partner während des Transitionsprozesses kann die Entwicklung realistischer Perspektiven fördern (Schaer & Bodenmann, 2009).

Für transsexuelle Personen mit eher ungünstigen strukturellen partnerschaftlichen Ressourcen im Sinne von Partnern bzw. Partnerinnen, deren selbstdefinierte sexuelle Orientierung sich nicht komplementär zu ihrer erlebten Geschlechtsidentität verhält, bietet sich die Erarbeitung positiver Perspektiven auf andere Aspekte partnerschaftlicher Ressourcen an. Sexuelle Orientierung lässt sich wie dargestellt in unterschiedliche Dimensionen zerlegen und kann im Laufe der Lebensspanne durchaus einer Variabilität unterworfen sein. Die Differenzierung unterschiedlicher Facetten von Partnerattraktion sowie Förderung von Flexibilität in der Interaktion kann zu einer Erweiterung und Bereicherung der (sexuellen) Identitätskonzepte auf beiden Seiten beitragen und eine wechselseitige, ganzheitliche Akzeptanz und Wertschätzung des Partners fördern. So könnten hier beispielsweise Fragen bearbeitet werden wie: Was brauche ich auf welchen Ebenen und in welchem Ausmaß, um mich vom Partner in meiner ganzen Person

akzeptiert, wertgeschätzt und begehrt zu fühlen? Gerade bei bereits länger dauernden Partnerschaften gewinnen häufig das Fundament gemeinsamer (Beziehungs-)Erfahrungen und Erlebnisse sowie emotionale Aspekte entschieden an Bedeutung im Vergleich zur Frage nach der Geschlechtsidentität. In diesem Sinne sollte in der psychotherapeutischen Begleitung auch die Frage gestellt werden, welchen Stellenwert die Geschlechtszugehörigkeit bzw. Geschlechtsidentität an sich bei der Attraktion für den Partner einnimmt und welche anderen positiven Aspekte sich erarbeiten lassen. So lassen sich weitere bereits vorhandene positive partnerschaftliche Ressourcen herausarbeiten, die Schutzfaktoren für die Partnerschaft im Laufe der Transitionsphase darstellen können. Gemeinsam können funktionale Strategien des dyadischen Copings besprochen und entwickelt werden. Auch kann die Anerkennung und Benennung einer positiven, gemeinsam erlebten partnerschaftlichen Sexualität als funktionaler Aspekt partnerschaftlicher Ressourcen bedeutsam zur Wertschätzung der Partnerschaft als selbstwertstärkende und gesundheitsfördernde Kraftquelle beitragen. Vor diesem Hintergrund sollten auch Veränderungen im Rahmen des Transitionsprozesses, die eine Adaption der Paarbeziehung erfordern, wie etwa körperlichen Veränderungen im Rahmen hormoneller und chirurgischer geschlechtsanpassender Maßnahmen, kritisch und offen innerhalb der Partnerschaft diskutiert werden.

Für transsexuelle Personen mit eher günstigen strukturellen partnerschaftlichen Ressourcen im Rahmen von Partnerschaften, in denen die selbstdefinierte sexuelle Orientierung der Partnerin bzw. des Partner komplementär zu ihrer Geschlechtsidentität ist, stellt sich meist das sexuelle Erleben und der Umgang mit dem eigenen Körper bzw. den eigenen Genitalien in der partnerschaftlichen Sexualität als besonders problematisch dar. Hier könnte sich im Rahmen der psychotherapeutischen Begleitung beispielsweise die Bearbeitung der Fragestellung, inwieweit vorhandene positive Ressourcen auch im Bereich der partnerschaftlichen Sexualität nutzbar gemacht werden können, als sinnvoll erweisen. Mittels einer Differenzierung unterschiedlicher Facetten von Partnerattraktion kann die Selbstbestätigung in der erlebten Geschlechtsidentität durch den Partner, die im Alltag im Allgemeinen erfahren wird, unter Umständen auch auf das Selbsterleben in sexuellen Aspekten (zumindest teilweise) erweitert werden. Die Wahrnehmung, Anerkennung und Wertschätzung durch die Partnerin bzw. den Partner mit Bezug zum eigenen Identitätserleben kann als positive partnerschaftliche Ressource besonders thematisiert und

herausgearbeitet werden. Zum dyadischen Coping mit der als problematisch erlebten partnerschaftlichen Sexualität können gemeinsam positive Strategien diskutiert und entwickelt werden, um einen positiveren Zugang zu sexuellem Erleben und sexueller Gesundheit zu ermöglichen.

14 Literaturverzeichnis

- Alegría, C. A. (2010). Relationship challenges and relationship maintenance activities following disclosure of transsexualism. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*(10), 909–916.
- Ålgars, M., Santtila, P., Jern, P., Johansson, A., Westerlund, M. & Sandnabba, N. K. (2011). Sexual Body Image and Its Correlates: A Population-Based Study of Finnish Women and Men. *International Journal of Sexual Health, 23*(1), 26–34.
- Almeida, J., Johnson, R. M., Corliss, H. L., Molnar, B. E. & Azrael, D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence, 38*(7), 1001–1014.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition (DSM-III). Washington: APA Publications Office.
- American Psychiatric Association (APA). (2008). APA Task Force Report 2008. Washington: APA Publications Office.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology, 14*(4), 413–445.
- Beach, S. R. H., Katz, J., Kim, S. & Brody, G. H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*(3), 355–371.
- Beals, K. P. & Peplau, L. A. (2006). Disclosure patterns within social networks of gay men and lesbians. *Journal of Homosexuality, 51*(2), 101–120.
- Becker, S. (1998). Psychotherapie bei Transsexualität. In: *Strauß, B. (Hrsg.). Psychotherapie der Sexualstörungen* (S. 139–151). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Becker, S. (2004). Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung. In *Kockott, G. & Fahrner, E. Sexualstörungen*. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Becker, S. (2006). Abschied vom „echten“ Transsexuellen. Zum Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005. *Zeitschrift für Sexualforschung, 19*(2), 154.
- Bedard, K. K. & Marks, A. K. (2010). Current psychological perspectives on adolescent lesbian identity development. *Journal of Lesbian Studies, 14*(1), 16–25.
- Benjamin, H. (1964). Clinical Aspects of Transsexualism in Male and Female. *American Journal of Psychotherapy, 18*, 458–469.
-

-
- Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2003). [Protective factors for mental health of children and adolescents--empirical results validating a concept]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 65(3), 167–172.
- Blanchard, R. (1989a). The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Archives of Sexual Behavior*, 18(4), 315–334.
- Blanchard, R. (1989b). The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(10), 616–623.
- Blanchard, R., Clemmensen, L. H. & Steiner, B. W. (1987). Heterosexual and homosexual gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 16(2), 139–152.
- Blanchard, Ray. (2005). Early history of the concept of autogynephilia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 439–446.
- Bockting, W., Benner, A. & Coleman, E. (2009). Gay and bisexual identity development among female-to-male transsexuals in North America: Emergence of a transgender sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 688–701.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211–224.
- Bodenmann, G. (2000). Stress und Coping bei Paaren. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Bodenmann, G. (2002). Krankheitsbewältigung: Dyadisches Coping. In Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie von A bis Z: Ein Handwörterbuch*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Bodenmann, G., Atkins, D. C., Schär, M. & Poffet, V. (2010). The association between daily stress and sexual activity. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 271–279.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., Blattner, D. & Galluzzo, C. (2006). Associations among everyday stress, critical life events, and sexual problems. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(7), 494–501.
- Bodenmann, G. & Randall, A. K. (2012). Common Factors in the Enhancement of Dyadic Coping. *Behavior Therapy*, 43(1), 88–98.
- Bradburn, N. M. & Noll, C. E. (1969). The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine Pub. Co.
- Brown, N. R. (2009). “I’m in Transition Too”: Sexual Identity Renegotiation in Sexual-Minority Women’s Relationships with Transsexual Men. *International Journal of Sexual Health*, 21(1), 61–77.
-

-
- Bundesminister für Gesundheit, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (1979). ICD-9 – Internationale Klassifikation der Krankheiten, 9. Revision. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Burns, A., Farrell, M. & Brown, J. C. (1990). Clinical features of patients attending a gender-identity clinic. *The British Journal of Psychiatry*, 157(2), 265–268.
- Burzig, G. (1982). Der Psychoanalytiker und der transsexuelle Patient. Ein Beitrag zur notwendigen Auseinandersetzung mit „psycho“-chirurgischen Eingriffen an den Geschlechtsmerkmalen. *Psyche*, 36, 846–856.
- Chivers, M. L. & Bailey, J. M. (2000). Sexual orientation of female-to-male transsexuals: A comparison of homosexual and nonhomosexual types. *Archives of Sexual Behavior*, 29(3), 259–278.
- Clare, D. & Tully, B. (1989). Transhomosexuality, or the dissociation of sexual orientation and sex object choice. *Archives of Sexual Behavior*, 18(6), 531–536.
- Cohen, J. N., Byers, E. S. & Walsh, L. P. (2008). Factors Influencing the Sexual Relationships of Lesbians and Gay Men. *International Journal of Sexual Health*, 20(3), 162–176.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *The American Psychologist*, 59(8), 676–684.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Cohen-Kettenis, P. T. & Van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263–271.
- Cohen-Kettenis, Peggy T. & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499–513.
- Coleman, E., Bockting, W. O. & Gooren, L. (1993). Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 22(1), 37–50.
- Collins, W. A., Welsh, D. P. & Furman, W. (2009). Adolescent romantic relationships. *Annual Review of Psychology*, 60, 631–652.
- Daskalos, C. T. (1998). Changes in the sexual orientation of six heterosexual male-to-female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 27(6), 605–614.
-

-
- De Cuypere, G., Elaut, E., Heylens, G., Van Maele, G., Selvaggi, G., T'Sjoen, G., Monstrey, S., et. al. (2006). Long-term follow-up: psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies, 15*(2), 126–133.
- De Cuypere, Griet, T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., Rubens, R., et. al. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior, 34*(6), 679–690.
- De Cuypere, G. & Vercruyssen, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism, 11*, 194–205.
- De Vries, A. L. C. Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied Disciplines, 52*(11), 1195–1202.
- Deogracias, J. J. Johnson, L. L., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Kessler, S. J., Schober, J. M., & Zucker, K. J. (2007). The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults. *Journal of Sex Research, 44*(4), 370–379.
- Derogatis, L. R. (1996). SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual. Minneapolis: NCS Pearson.
- Detrie, P. M. & Lease, S. H. (2007). The relation of social support, connectedness, and collective self-esteem to the psychological well-being of lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Homosexuality, 53*(4), 173–199.
- Devor, H. (1993). Sexual orientation identities, attractions, and practices of female-to-male transsexuals. *Journal of Sex Research, 30*(4), 303–315.
- Diamond, L. M. & Butterworth, M. (2008). Questioning Gender and Sexual Identity: Dynamic Links Over Time. *Sex Roles, 59*(5-6), 365–376.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (8., überarbeitete Aufl.). Huber: Bern.
- Dixen, J. M., Maddever, H., Van Maasdam, J. & Edwards, P. W. (1984). Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical gender reassignment. *Archives of Sexual Behavior, 13*(3), 269–276.
- Docter, R. F. & Fleming, J. S. (2001). Measures of transgender behavior. *Archives of Sexual Behavior, 30*(3), 255–271.
-

-
- 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.
- Dozier, R. (2005). Beards, Breasts, and Bodies: Doing Sex in a Gendered World. *Gender & Society*, 19(3), 297–316.
- Egan, S. K. & Perry, D. G. (2001). Gender identity: A multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 37(4), 451–463.
- Ekins, R. & King, D. (2010). The Emergence of New Transgendering Identities in the Age of the Internet. In Hines S., Sanger T., (Eds.). *Transgender Identities: Towards a Social Analysis of Gender Diversity* (S. 25–42). London: Routledge.
- Endicott J. S. R. (1976). The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766–771.
- Erhart, M., Weimann, A., Bullinger, M., Schulte-Markwort, M. & Ravens-Sieberer, U. (2010). Psychische Komorbidität bei chronisch somatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54(1), 66–74.
- 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), 11–30.
- Faith, M. S. & Schare, M. L. (1993). The role of body image in sexually avoidant behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 22(4), 345–356.
- Fisk, N. (1973). Gender dysphoria syndrome (the how, what and why of the disease). In Laub, D. and Gandy, P. (Eds.). *Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome*. (S. 7–14). Palo Alto, California: Stanford University Press.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version (SCL-90-R). Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Friedrich, S. (2010). Entwicklung einer ressourcenorientierten Haltung. In Möbius, T. & Friedrich, S. (Hrsg.). *Ressourcenorientiert Arbeiten – Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*. (S. 39–49). Wiesbaden: VS Verlag.
- Friedrich, S. (2010). Arbeit mit Netzwerken. In Möbius, T. & Friedrich, S. (Hrsg.). *Ressourcenorientiert Arbeiten – Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*. (S. 63–124). Wiesbaden: VS Verlag.
-

-
- Frost, D. M. (2011). Stigma and intimacy in same-sex relationships: A narrative approach. *Journal of Family Psychology*, 25(1), 1–10.
- Glover, J. A., Galliher, R. V. & Lamere, T. G. (2009). Identity development and exploration among sexual minority adolescents: Examination of a multidimensional model. *Journal of Homosexuality*, 56(1), 77–101.
- Goldbaum, G., Perdue, T. R. & Higgins, D. (1996). Non-gay-identifying men who have sex with men: Formative research results from Seattle, Washington. *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, 111 Suppl 1, 36–40.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. *Psychotherapeut*, 44(2), 63–73.
- Grossman, A. H. & D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 111–128.
- Hanson, B. S., Ostergren, P. O., Elmståhl, S., Isacson, S. O. & Ranstam, J. (1997). Reliability and validity assessments of measures of social networks, social support and control – results from the Malmö Shoulder and Neck Study. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 25(4), 249–257.
- Heinrichs, N., Bodenmann, G. & Hahlweg, K. (2008). Prävention bei Paaren und Familien (eBook). Hogrefe-Verlag.
- Herrn, R. (2012). Verkörperungen des anderen Geschlechts – Transvestitismus und Transsexualität historisch betrachtet. *Bundeszentrale für politische Bildung – Aus Politik und Zeitgeschichte*, 62, 41–48.
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B., Paap, M., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P., Haraldsen, I. & De Cuypere, G. (2013). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: A multi-centre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, published online ahead of print May 9, 2013, doi: 10.1192/bjp.bp.112.121954
- Hines, S. (2006). Intimate Transitions: Transgender Practices of Partnering and Parenting. *Sociology*, 40(2), 353–371.
- Hirschfeld, M. (1926). Geschlechtskunde auf Grund dreißigjähriger Forschung und Erfahrung bearbeitet. I. Band: Die körperseelischen Grundlagen. Stuttgart: Püttmann.
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
-

-
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7): e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316
- Hull, T. H. (2008). Sexual Pleasure and Wellbeing. *International Journal of Sexual Health*, 20(1-2), 133–145.
- Iantaffi, A. & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture, Health & Sexuality*, 13(3), 355–370.
- Janowski, K., Steuden, S. & Kuryłowicz, J. (2010). Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain. *European spine journal: Official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 19(4), 613–623.
- Jerusalem, M. (2009). Ressourcenförderung und Empowerment. In Bengel, J. & Jerusalem, M. (Hrsg.). *Handbuch der Psychologie: Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie: BD 12* (1. Aufl., S. 175–187). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T. & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1429–1437.
- Johnson, S. L. & Hunt, D. D. (1990). The relationship of male transsexual typology to psychosocial adjustment. *Archives of Sexual Behavior*, 19(4), 349–360.
- Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In *Gesundheitspsychologie* (S. 107–123). Heidelberg: Springer DE.
- Kins, E., Hoebeke, P., Heylens, G., Rubens, R. & De Cuypere, G. (2008). The female-to-male transsexual and his female partner versus the traditional couple: a comparison. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(5), 429–438.
- Kockott, G. & Fahrner, E. M. (1988). Male-to-female and female-to-male transsexuals: A comparison. *Archives of Sexual Behavior*, 17(6), 539–546.
- Kraemer, B., Hobi, S., Rufer, M., Hepp, U., Büchi, S. & Schnyder, U. (2010). Partnerschaft und Sexualität von Frau-zu-Mann transsexuellen Männern. *PPmP Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 60(01), 25–30.
- Krafft-Ebing, R. von. (1894). *Psychopathia sexualis* (1., Aufl.). Matthes & Seitz Berlin.
-

-
- Krege, S., Bex, A., Lümmer, G. & Rübber, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *BJU International*, 88(4), 396–402.
- 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: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(6), 445–450.
- Lamont, J. (2012). Female sexual health consensus clinical guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC*, 34(8), 769–775.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Lamis, D. A. & Malone, P. S. (2011). Sexual attraction status and adolescent suicide proneness: The roles of hopelessness, depression, and social support. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 52–82.
- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J.-H., Wang, T., Levinson, B., Gingell, C., et al. (2006). A Cross-National Study of Subjective Sexual Well-Being Among Older Women and Men: Findings From the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 143–159.
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(2), 147–166.
- Lawrence, A. A. (2007). Becoming what we love: Autogynephilic transsexualism conceptualized as an expression of romantic love. *Perspectives in Biology and Medicine*, 50(4), 506–520.
- Lawrence, A. A. (2009a). Erotic target location errors: An underappreciated paraphilic dimension. *Journal of Sex Research*, 46(2-3), 194–215.
- Lawrence, A. A. (2009b). Transgenderism in nonhomosexual males as a paraphilic phenomenon: Implications for case conceptualization and treatment. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 188–206.
- Lawrence, A. A. (2010). Sexual orientation versus age of onset as bases for typologies (subtypes) for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 514–545.
- Lawrence, A. A. (2011). Autogynephilia: An Underappreciated Paraphilia. In Balon R. (ed). *Sexual Dysfunction: Beyond the Brain-Body Connection. Adv Psychosom Med.*, 31, 135–148. Basel: Karger.
-

-
- Lemer, J. L., Salafia, E. H. B. & Benson, K. E. (2012). The Relationship between College Women's Sexual Attitudes and Sexual Activity: The Mediating Role of Body Image. *International Journal of Sexual Health*, 120831073210001.
- Lewins, F. (2002). Explaining stable partnerships among FTMs and MTFs: A significant difference? *Journal of Sociology*, 38(1), 76–88.
- Lief, H. I. & Hubschman, L. (1993). Orgasm in the postoperative transsexual. *Archives of Sexual Behavior*, 22(2), 145–155.
- Lindgren, T. W. & Pauly, I. B. (1975). A body image scale for evaluating transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 4(6), 639–656.
- Löwenberg, H., Lax, H., Rossi Neto, R. & Krege, S. (2010). Komplikationen, subjektive Zufriedenheit und sexuelles Erleben nach geschlechtsangleichender Operation bei Mann-zu-Frau-Transsexualität. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 23(04), 328–347.
- Meier, C., Bodenmann, G., Mörgeli, H. & Jenewein, J. (2011). Dyadic coping, quality of life, and psychological distress among chronic obstructive pulmonary disease patients and their partners. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 6, 583–596.
- Meyerowitz, J. (2002). *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*. Cambridge: Harvard University Press.
- Money, J. (1994). The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20(3), 163–177.
- Morrison, T., Bearden, A., Ellis, S. R. & Harriman, R. (2005). Correlates of Genital Perceptions among Canadian Post-Secondary Students. *Electronic Journal of Human Sexuality*, 8.
- Moser, C. (2009). Autogynephilia in women. *Journal of Homosexuality*, 56(5), 539–547.
- Moser, C. (2010). Blanchard's Autogynephilia Theory: a critique. *Journal of Homosexuality*, 57(6), 790–809.
- Möbius, T. (2010). Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. In *Möbius, T. & Friedrich, S. (Hrsg.). Ressourcenorientiert Arbeiten – Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*. (S. 13–30). Wiesbaden: VS Verlag.
- Neumann, E. & Tress, W. (2005). Bindung und Liebe in den Partnerschaften von Psychotherapiepatienten. Verminderte Beziehungsqualität als Hinweis auf psychische Erkrankungen. *Psychotherapeut*, 50(6), 394–403.
-

-
- Nieder, T. (2010). Transsexuelle Entwicklungen und therapeutische Praxis. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 23(01), 63–70.
- Nieder, T. O. & Richter-Appelt, H. (2009). Neue Perspektiven psychischer Aspekte von Transsexualität. *Gynäkologische Endokrinologie*, 7(3), 147–152.
- Nieder, Timo 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.
- Nieminen, T., Martelin, T., Koskinen, S., Aro, H., Alanen, E. & Hyypä, M. T. (2010). Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. *International Journal of Public Health*, 55(6), 531–542.
- Nussbeck, F. W., Hilpert, P. & Bodenmann, G. (2012). Der Zusammenhang von positivem und negativem Interaktionsverhalten in der Partnerschaft mit Partnerschaftszufriedenheit und Trennungsabsichten. *Zeitschrift für Familienforschung – Journal of Family Research*, 24(1).
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Mason, M., Hwahng, S., Rosenblum, A., Macri, M. & Becker, J. (2011). A further assessment of Blanchard's typology of homosexual versus non-homosexual or autogynephilic gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 247–257.
- Organization, W. H. (2004). ICD-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. World Health Organization.
- Papp, L. M., & Witt, N. L. (2010). Romantic partners' individual coping strategies and dyadic coping: implications for relationship functioning. *Journal of Family Psychology* 24(5), 551–559.
- Pathela, P., Hajat, A., Schillinger, J., Blank, S., Sell, R. & Mostashari, F. (2006). Discordance between sexual behavior and self-reported sexual identity: A population-based survey of New York City men. *Annals of Internal Medicine*, 145(6), 416–425.
- Pauly, I. B. (1974a). Female transsexualism: part II. *Archives of Sexual Behavior*, 3(6), 509–526.
- Pauly, I. B. (1974b). Female transsexualism: part I. *Archives of Sexual Behavior*, 3(6), 487–507.
- Pendragon, D. K. (2010). Coping behaviors among sexual minority female youth. *Journal of Lesbian Studies*, 14(1), 5–15.
-

-
- Peplau, L. A. & Huppin, M. (2008). Masculinity, Femininity and the Development of Sexual Orientation in Women. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 12(1-2), 145–165.
- Person, E. & Oversey, L. (1974a). The transsexual syndrome in males: I. Primary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28(1), 4–20.
- Person, E. & Ovesey, L. (1974b). The transsexual syndrome in males: II. Secondary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28(2), 174–193.
- Petermann, F. & Schmidt, M. H. (2006). Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung*, 2, 118–127.
- Pfäfflin, F. (1994). Zur transsexuellen Abwehr. *Psyche*, 48, 904–931.
- Pfäfflin, F. & Junge, A. (1992). Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität. Stuttgart- New York: Schattauer-Verlag.
- Plantinga, L. C., Fink, N. E., Harrington-Levey, R., Finkelstein, F. O., Hebah, N., Powe, N. R. & Jaar, B. G. (2010). Association of social support with outcomes in incident dialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 5(8), 1480–1488.
- Purnine, D. M. & Carey, M. P. (1997). Interpersonal communication and sexual adjustment: The roles of understanding and agreement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1017–1025.
- Rauchfleisch, U. (2012). Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauchfleisch, U., Barth, D. & Battegay, R. (1998). Results of long-term follow-up of transsexual patients. *Der Nervenarzt*, 69(9), 799–805.
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C. & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 71–89.
- Reinholtz, R. K. & Muehlenhard, C. L. (1995). Genital perceptions and sexual activity in a college population. *Journal of Sex Research*, 32(2), 155–165.
- Reis, H. T., Collins, W. A. & Berscheid, E. (2000). The relationship context of human behavior and development. *Psychological Bulletin*, 126(6), 844–872.
- Richter-Appelt, H. (2007). Intersexualität – Störungen der Geschlechtsentwicklung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50(1), 52–61.
-

-
- Richter-Appelt, H. (2012). Geschlechtsidentität und -dysphorie. *Bundeszentrale für politische Bildung. Aus Politik und Zeitgeschichte*, 20, 22–28.
- Richter-Appelt, H., Discher, C. & Gedrose, B. (2005). Gender identity and recalled gender related childhood play-behaviour in adult individuals with different forms of intersexuality. *Anthropologischer Anzeiger; Bericht über die biologisch-anthropologische Literatur*, 63(3), 241–256.
- Ruvolo, A. P. (1998). Marital Well-Being and General Happiness of Newlywed Couples: Relationships Across Time. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(4), 470–489.
- 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: Official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 23(4), 205–213.
- Sanchez, D. T. & Kiefer, A. K. (2007). Body Concerns In and Out of the Bedroom: Implications for Sexual Pleasure and Problems. *Archives of Sexual Behavior*, 36(6), 808–820.
- Sanchez, D. T., Moss-Racusin, C. A., Phelan, J. E., & Crocker, J. (2011). Relationship Contingency and Sexual Motivation in Women: Implications for Sexual Satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 40(1), 99–110.
- Sánchez, 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.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, I. G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. In *Sarason B. R., Sarason I. G. & Pierce G. R. (Eds.), Social support: An interactional view* (S. 97–128). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR): Textrevision (1st Aufl.). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Savin-Williams, R. C. & Ream, G. L. (2007). Prevalence and stability of sexual orientation components during adolescence and young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 36(3), 385–394.
-

-
- Schaer, M. & Bodenmann, G. (2009). Prävention in Familie und Partnerschaft. In Bengel, J. & Jerusalem, M. (Hrsg.) *Handbuch der Psychologie: Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie: BD 12* (1. Aufl., S. 328–336). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schick, V., Rosenberger, J., Herbenick, D., Calabrese, S. & Reece, M. (2012). Bidentity: Sexual behavior/identity congruence and women's sexual, physical and mental well-being. *Journal of Bisexuality*, 12(2), 178–197.
- Schleifer, D. (2006). Make Me Feel Mighty Real: Gay Female-to-Male Transgenderists Negotiating Sex, Gender, and Sexuality. *Sexualities*, 9(1), 57–75.
- Selvaggi, G., Monstrey, S., Ceulemans, P., T'Sjoen, G., De Cuypere, G. & Hoebeke, P. (2007). Genital sensitivity after sex reassignment surgery in transsexual patients. *Annals of Plastic Surgery*, 58(4), 427–433.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Dunbar & G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22–33; quiz 34–57.
- Siegel, K., Schrimshaw, E. W., Lekas, H.-M. & Parsons, J. T. (2008). Sexual behaviors of non-gay identified non-disclosing men who have sex with men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 37(5), 720–735.
- Sigusch, V. (1995). *Geschlechtswechsel*. Hamburg: Rotbuch Verlag.
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J. & Cohen-Kettenis, P. T. (2005a). Transsexual subtypes: Clinical and theoretical significance. *Psychiatry Research*, 137(3), 151–160.
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J. & Cohen-Kettenis, P. T. (2005b). Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99.
- Spitzer, R. L. (2003). Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Archives of Sexual behavior*, 32(5), 403–417; discussion 419–472.
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *The International journal of psycho-Analysis*, 45, 220–226.
- Strauß, B. & Appelt, H. (1988). *Psychoendokrinologische Gynäkologie*. Stuttgart, Enke.
-

-
- Tesser, A. & Beach, S. R. H. (1998). Life events, relationship quality, and depression: An investigation of judgment discontinuity in vivo. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 36–52.
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A. & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580–1589.
- Trösken, A. & Grawe, K. (2004). Inkongruenzerleben aufgrund brachliegender und fehlender Ressourcen: Die Rolle von Ressourcenpotentialen und Ressourcenrealisierung für die Psychologische Therapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 36, 51–62.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488–531.
- Verschoor, A. M. & Poortinga, J. (1988). Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 17(2), 173–178.
- Vrangalova, Z. & Savin-Williams, R. C. (2012). Mostly heterosexual and mostly gay/lesbian: Evidence for new sexual orientation identities. *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 85–101.
- Ware, J. E. Jr. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'Sjoen, G., Heylens, G. & Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(3), 752–760.
- WHO (2011). The world health report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life. WHO: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf [03.12.2012]
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Weyers, S., Hoebeke, P., Monstrey, S., De Cuypere, G., T'Sjoen, G., et al. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in female-to-male transsexuals. *Journal of Sexual Medicine* (Bd. 8, S. 190–190). Gehalten auf dem 20th World congress of Sexual Health.
- Wilson, I., Griffin, C. & Wren, B. (2005). The interaction between young people with atypical gender identity organization and their peers. *Journal of Health Psychology*, 10(3), 307–315.
-

- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- World Professional Association for Transgender Health WPATH. WPATH Standards of Care Committee. (2011). *Standards of Care SOC, 7th Version*. www.wpath.org. [03.12.2012]
- Yunger, J. L., Carver, P. R. & Perry, D. G. (2004). Does gender identity influence children's psychological well-being? *Developmental Psychology*, 40(4), 572–582.
-

15 Erklärung und eidesstattliche Versicherung gemäß Promotionsordnung des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg vom 20. August 2003

15.1) Erklärung gemäß §9 Abs. (1), c)

Hiermit erkläre ich,

Susanne Cerwenka,

dass die vorliegende Dissertation nicht Gegenstand eines anderen Prüfungsverfahrens gewesen ist.

Hamburg, 13.02.2013



Susanne Cerwenka

15.2 Eidesstattliche Versicherung gemäß §9 Abs. (1), d)

Hier gebe ich,

Susanne Cerwenka,

meine eidesstattliche Versicherung darüber, dass

die Dissertation von mir selbstständig angefertigt worden ist, ich die wörtlich oder inhaltlich aus anderen Quellen übernommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe und die Inanspruchnahme fremder Hilfen namentlich aufgeführt habe.

Hamburg, 13.02.2013



Susanne Cerwenka

16 Anhang

16.1 Publikation I: Age of Onset and Sexual Orientation in Transsexual Males and Females

- Originalartikel: Journal of Sexual Medicine
-

Age of Onset and Sexual Orientation in Transsexual Males and Females

Timo O. Nieder, MSc,* Melanie Herff, cand. Phil,* Susanne Cerwenka, MSc,* Wilhelm F. Preuss, MD,* Peggy T. Cohen-Kettenis, PhD,[†] Griet De Cuypere, MD, PhD,[‡] Ira R. Hebold Haraldsen, MD, PhD,[§] and Hertha Richter-Appelt, PhD*

*Department of Sex Research and Forensic Psychiatry, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany; [†]Department of Medical Psychology, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands; [‡]Department of Sexology and Gender Problems, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; [§]Department of Neuropsychiatry and Psychosomatic Medicine, Division of Clinical Neuroscience, Rikshospitalet, Oslo, Norway

DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.02142.x

ABSTRACT

Introduction. With regard to transsexual developments, onset age (OA) appears to be the starting point of different psychosexual pathways.

Aim. To explore differences between transsexual adults with an early vs. late OA.

Methods. Data were collected within the European Network for the Investigation of Gender Incongruence using the Dutch Biographic Questionnaire on Transsexualism (Biografische Vragenlijst voor Transseksuelen) and a self-constructed score sheet according to the DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision*) criteria of Gender Identity Disorder (GID) and Gender Identity Disorder in Childhood (GIDC). One hundred seventy participants were included in the analyses.

Main Outcome Measures. Transsexual adults who, in addition to their GID diagnosis, also fulfilled criteria A and B of GIDC (“a strong cross-gender identification,” “persistent discomfort about her or his assigned sex”) retrospectively were considered as having an early onset (EO). Those who fulfilled neither criteria A nor B of GIDC were considered as having a late onset (LO). Participants who only fulfilled criterion A or B of GIDC were considered a residual (RES) group.

Results. The majority of female to males (FtMs) appeared to have an early OA (EO = 60 [77.9%] compared to LO = 10 [13%] and to RES = 7 [9.1%]). Within male to females (MtFs), percentages of EO and LO developments were more similar (EO = 36 [38.7%], LO = 45 [48.4%], RES = 12 [12.9%]). FtMs presented to gender clinics at an earlier age than MtFs (28.04 to 36.75). The number of EO vs. LO transsexual adults differed from country to country (Belgium, Germany, the Netherlands, Norway).

Conclusion. OA has a discriminative value for transsexual developments and it would appear that retrospective diagnosis of GIDC criteria is a valid method of assessment. Differences in OA and sex ratio exist between European countries. **Nieder TO, Herff M, Cerwenka S, Preuss WF, Cohen-Kettenis PT, De Cuypere G, Hebold Haraldsen IR, and Richter-Appelt H. Age of onset and sexual orientation in transsexual males and females. J Sex Med **;**:**_**.**

Key Words. Gender Identity Disorders; Transsexual Development; Onset Age; Sexual Orientation; Early Onset; Late Onset

Introduction

Research on transsexual developments has shown that transsexual individuals show a number of developmental pathways (e.g., [1,2]) with perhaps different etiologies [3,4]. Since the beginning of the 20th century, the role of sexual

orientation (SO) in transsexual developments has been theorized repeatedly [5]. In the last 20 years, most of the research in this field has focused on this subtyping of transsexual individuals [6]. SO has also been linked to onset age (OA) in transsexual individuals [2,4,6–9]. In a recent review by Lawrence [6], the conclusion was drawn that

subtyping on the basis of SO is more promising than on the basis of OA for research and clinical purposes. However, she also states that subtyping on the basis of OA has received little attention since the increase in attention to SO that resulted from a number of studies by Blanchard [7–9]. Another reason for wanting to explore other ways of subtyping transsexual individuals than on the basis of SO is that they may resist giving correct information. Historically, it was feared that the information would be used to deny treatment. This fear may still play a role, even though in most countries, this is no longer the policy (e.g., [10], cf. [11]). For example, a study by Walworth revealed [12] that six out of 52 male-to-female (MtF) transsexual individuals (12%) had concealed their SO toward women from their clinicians.

Yet another reason to explore OA as a way of subtyping is to investigate why some findings suggest a relative fluidity in SO [13,14]. This seems to be more evident in women [15,16] than in men [6,17], but perhaps even more so in transsexual individuals who are in the process of gender transitioning [18–20]. Therefore, it is conceivable that information on SO given by those pursuing hormonal and/or surgical treatment is unreliable [11].

Problems with regard to the measurement of OA, however, also exist [6]. In the literature to date, there is no generally accepted definition concerning the OA of an early-onset (EO) transsexual development [6,11]. For instance, some mental health professionals have defined “EO transsexual developments” as beginning before puberty [21–23]. However, the definition of puberty can be determined by different sets of factors, such as endocrinological, cultural, and legal factors. Other mental health professionals view “a history of life-long gender dysphoric feelings” as a core criterion for an EO transsexual development, but do not specify how severe the gender dysphoria should be to qualify for an EO development [24]. An EO transsexual development could finally be defined as a development in which the person fulfilled some or all DSM-IV-TR criteria of Gender Identity Disorder in Childhood (GIDC).

Aims

The objective of this study was to explore whether it would be possible to make a meaningful distinction between subgroups of transsexual individuals on the basis of OA, if OA were to be clearly defined and measured. We therefore compared participants with regard to OA by using a stan-

dardized measurement of OA, and analyzed whether transsexual OA subgroups differed with regard to a number of variables such as gender, age at initial interview, and SO. The final aim of the study was to investigate differences between applicants from clinics in different European countries with regard to OA. As we had two measures of SO in two phases of the diagnostic process, we were also interested in whether there was any indication that SO was not reported consistently.

Methods

Procedure

The present cross-sectional study is part of a European Network for the Investigation of Gender Incongruence (ENIGI, for detailed information see citation [25]). The study has been approved by the local ethics committees. According to the procedures of the ENIGI initiative, older adolescents and adults applying for cross-sex treatment in Amsterdam (the Netherlands), Gent (Belgium), Hamburg (Germany), and Oslo (Norway) were asked to participate. Applicants with an insufficient command of the local language, those who were clearly psychotic, and adolescents who were younger than 16 years of age were excluded from participation in the study. Data collection took place at each of the four gender clinics starting at the beginning of 2007. As part of the diagnostic phase, all individuals were clinically assessed using a standardized test battery [25]. Furthermore, they were informed of the study’s aim. All gave written informed consent as participants and permission to use data anonymously for research purposes and publication.

Participants

In the present study, diagnostic criteria A (“a strong cross-gender identification”) and B (“persistent discomfort about her or his assigned sex”) of GIDC must retrospectively be fulfilled in order to define a transsexual development in transsexual adults as an EO transsexual development. Information from the Dutch Biographic Questionnaire on Transsexualism (Biografische Vragenlijst voor Transseksuelen [BVT], see below) and a self-constructed score sheet to separately assess each of the current DSM-IV-TR criteria of Gender Identity Disorder (GID) were available for 215 applicants (see below for the measurement). Finally, diagnostic information on GIDC was available for 170 participants (77 female to males [FtMs] and 93

MtFs); data on 45 participants were missing for practical reasons.

Within the entire sample, the sex ratio of 1:1.2 was almost balanced, with a slight predominance of MtFs. The sex ratio differed between the four countries. In Belgium and in the Netherlands, there were fewer FtMs than MtFs (Belgium: 13 FtM to 26 MtF, Netherlands: 29 FtM to 54 MtF). In Germany as well as in Norway there were more FtMs than MtFs (Germany: 21 FtM to 10 MtF; Norway: 14 FtM to 3 MtF).

Of the 170 individuals diagnosed with GID (mean age [\bar{x}] = 32.81, standard deviation [SD] = 12.1), 77 (45.29%) were FtMs (\bar{x} = 28.1, SD = 9.69, with a range of 16 to 54 years), and 93 (54.71%) were MtFs (\bar{x} = 36.8, SD = 12.51, with a range of 17 to 75 years). Age at clinical presentation differed significantly between the sexes (F = 9.58, degrees of freedom [DF] = 1, P < 0.01). FtMs applied to the gender clinics at a significantly younger age than MtF.

Within the group of FtMs, six (9.5%) gave birth to one or more children, whereas in MtFs, 28 (35%) have fathered one or more children. Therefore, highly significant relationships were found between identified gender and parenthood (χ^2 = 13.15; P < 0.001). With regard to relationship status, 36 (65.5%) FtMs identified themselves as single and 19 (34.5%) as living in a relationship. In MtFs, 48 (67.6%) identified themselves as single and 23 (32.4%) as living in a relationship. Sample characteristics are listed in Table 1.

Measures

Within the protocol of ENIGI, a comprehensive set of questionnaires was applied during the initial diagnostic phase. Additionally, structured clinical interviews for the assessment of mental disorders were conducted [25]. For this study, we used

1. a self-constructed score sheet that clinicians had to fill out after having made a clinical diag-

nosis, indicating which GID and GIDC criteria were fulfilled. Additionally, in the course of therapy, the clinicians assessed the SO of the participants, stating whether they considered the transsexual adult to belong to the subtypes “attracted to men,” “attracted to women,” to both, or to neither.

2. items concerning age, relationship status, parenthood, and SO taken from an adjusted version of the Dutch Biographic Questionnaire on Transsexualism (BVT, [22]), which the participants completed on their own. For SO, participants were asked to indicate whether they felt sexually attracted to females (gynephilic), to males (androphilic), to both genders (based on the Kinsey scales), or to gender incongruent (transgenderphilic) individuals.

Statistical Analysis

Chi-square tests were performed on nominal data (gender, relationship status, parenthood, SO, country) as well as on each of the DSM-IV-TR GID criteria. They were used to assess relationships between groups (e.g., EO and late onset [LO]) and dichotomous variables, which are reported in the text as χ^2 scores or Fisher's exact scores. The contingency coefficient (C) was used for analyses where relationships between nominal variables were assessed. Cohen's kappa measured the agreement between participants' and clinicians' reports on the subjects' SO. t -tests were performed to compare the mean age of OA subgroups. Due to small sample size, individuals who neither could have been assessed as having an EO nor a LO transsexual development (residual [RES] group) are simply mentioned descriptively with regard to differences between the countries. SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) was used for all statistical analyses.

Results

Differences Between Groups According to Age of Onset

With regard to OA, three groups of GID individuals were obtained (Table 2). The first group consisted of 96 GID individuals, who fulfilled both diagnostic core criteria (A and B) in childhood (EO group = 56.5%). Fifty-five participants in the second group fulfilled adult GID criteria without having done so in childhood (LO group = 32.4%). A third group consisted of 19 individuals with

Table 1 Sample characteristics

	FtM N = 77 (45.3%)	MtF N = 93 (54.7%)	Total N = 170 (100.0%)
Mean age (SD*)	28.1 (9.7)	36.8 (12.5)	32.81 (12.1)
Relationship status [†]	N (%)	N (%)	N (%)
Single	36 (65.5)	48 (67.6)	84 (66.7)
In a relationship	19 (34.5)	23 (32.4)	42 (33.3)
Parenthood [†]			
Yes	6 (9.5)	28 (35.0)	34 (23.8)
No	57 (90.5)	52 (65.0)	109 (76.2)

*Standard deviation.

[†]Missing data due to participants not answering questions.

FtM = female to male; MtF = male to female.

Table 2 Categorization of the total sample according to GIDC-criteria A and B (DSM-IV 302.6; N = 170)

	EO	LO	RES
Criterion A	+	-	+/-
Criterion B	+	-	+/-
N (%)	96 (56.5)	55 (32.4)	19 (11.2)

EO = early-onset transsexual individuals; LO = late-onset transsexual individuals; RES = residual group: Participants who only fulfilled criterion A or B of GIDC.

adult GID, who only fulfilled either criterion A or B in childhood (RES group = 11.2%).

Gender

Comparing the EO vs. LO groups by gender, it appeared that 60 (85.7%) FtMs as opposed to 36 (44.4%) MtFs belonged to the EO group. Ten (14.3%) FtMs fell into the LO category compared with 45 (55.6%) MtFs. Hence, the relationship of OA of GID and gender was highly significant ($\chi^2 = 27.62$, $P < 0.001$). Nearly twice as many FtMs as MtFs fulfilled the criteria of GIDC and were consequently ascribed EO status. As a consequence of the present sample distribution and seen against the long-established background of considering transsexual developments of MtFs and FtMs to be very different from each other [3], differences between EO and LO transsexual individuals are presented separately in the following for each gender.

Age at Clinical Presentation

Within the group of FtMs, the EO subgroup had a mean age of 27.78 (SD = 9.89), which was similar to the average age of LO-FtMs ($\bar{x} = 29.7$, SD = 9.11). The mean age of MtFs of the EO group was 32.28 (SD = 10.81), whereas the mean age of LO-MtFs was 39.18 (SD = 12.9). Hence, EO-FtMs did not differ significantly from LO-FtMs with regard to age at clinical presenta-

tion ($P = 0.568$), whereas EO-MtFs differed significantly from LO-MtFs with regard to age at clinical presentation ($P = 0.012$).

Relationship Status and Parenthood

With regard to OA and relationship status, in FtMs, there was no significant relationship with an EO and a LO transsexual development ($\chi^2 = 0.00$; Fisher's exact test $P > 0.99$). The same was true for OA groups in MtFs ($\chi^2 = 1.87$; $P = 0.17$).

No significant relationships were found between OA and parenthood, neither in FtMs ($\chi^2 = 0.97$; Fisher's exact test $P > 0.99$) nor in MtFs ($\chi^2 = 1.50$; $P = 0.22$).

Sexual Orientation

Table 3 shows that, within FtMs, there were 53 (94.6%) EO-FtMs vs. five (62.5%) LO-FtMs, who *self-identified* as being sexually attracted to females. One (1.8%) EO-FtM person vs. two (25%) LO-FtMs self-identified as being sexually attracted to males. One of each OA group in FtMs (EO-FtM: 1.8%, LO-FtM: 12.5%) reported being sexually attracted to both genders and one (1.8%) EO-FtM self-identified as being sexually attracted to transgender individuals.

Within MtFs, there were 15 (42.90%) EO-MtFs vs. eight (18.2%) LO-MtFs, who self-identified as being sexually attracted to females. Thirteen (37.1%) EO-MtFs vs. 23 (52.3%) LO-MtFs reported as being sexually attracted to males. Two (5.7%) EO-MtFs vs. 10 (22.7%) LO-MtFs reported as being sexually attracted to both genders and five (14.3%) EO-MtFs vs. three (6.8%) LO-MtFs reported as being sexually attracted to transgender individuals.

At the end of the diagnostic process, the *clinicians* also assessed the participants' SO (Table 4). Analogous to self-report data, the clinicians rated the majority of EO-FtMs as being sexually

Table 3 Sexual orientation—self-report (N = 143)

	FtM*		MtF†	
	EO N = 56 (100%) N (%)	LO N = 8 (100%) N (%)	EO N = 35 (100%) N (%)	LO N = 44 (100%) N (%)
Sexually attracted to				
Females	53 (94.6)	5 (62.5)	15 (42.9)	8 (18.2)
Males	1 (1.8)	2 (25.0)	13 (37.1)	23 (52.3)
Both	1 (1.8)	1 (12.5)	2 (5.7)	10 (22.7)
Transgender	1 (1.8)	0 (0.0)	5 (14.3)	3 (6.8)

Missing data is due to participants not answering specific question.

*Transsexual individuals with a transition from female to male.

†Transsexual individuals with a transition from male to female.

EO = early-onset transsexual individuals; LO = late-onset transsexual individuals; FtM = female to male; MtF = male to female.

Table 4 Sexual orientation—clinician's rating (N = 144)

Sexually attracted to	FtM		MtF	
	EO N = 57 (100%) N (%)	LO N = 10 (100%) N (%)	EO N = 34 (100%) N (%)	LO N = 43 (100%) N (%)
Females	53 (93.0)	5 (50.0)	14 (41.2)	17 (39.5)
Males	3 (5.3)	3 (30.0)	14 (41.2)	4 (9.3)
Both	1 (1.8)	2 (20.0)	5 (14.7)	18 (41.9)
Neither	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	4 (9.3)

Missing data is due to clinicians not answering specific question.

EO = early-onset transsexual individuals; LO = late-onset transsexual individuals; FtM = female to male; MtF = male to female.

attracted to females (53; 93%; compared to five [50%] LO-FtMs). Comparable percentages of clinicians considered EO-MtFs to be sexually attracted to females and males (14, 41.2%). However, 18 (41.9%) LO-MtFs were rated as being sexually attracted to both genders, 17 (39.5%) LO-MtFs were considered to be sexually attracted to females, four (9.3%) to males, and four (9.3%) to neither. For an overview of the distribution of SO among FtMs and MtFs according to self-report and clinician's report, see Tables 5 and 6.

Hence, Cohen's kappa (κ) measured a good agreement between participants' and clinicians' ratings of the SO of FtMs ($\kappa = 0.66$). For MtFs, however, self-report and clinician's report data appeared to be quite incongruent. With a negative

Cohen's kappa ($\kappa = -0.39$), the participants' and clinicians' ratings of SO of MtFs largely disagreed.

For both measures of SO as well as for both genders, a relationship between OA and SO could be found, albeit the expected frequencies were lower than 5 in two cells (FtMs self-report: $C = 0.391$, $P = 0.009$ and FtMs clinician's report: $C = 0.415$, $P = 0.001$; MtFs self-report: $C = 0.333$, $P = 0.02$ and MtFs clinician's report: $C = 0.394$, $P = 0.003$). A closer look reveals that a large overlap can be assumed in FtMs: 94.6% (self-report) and 93% (clinician's report) who seemed to be attracted to females were assessed as EO's. However, in MtFs, the overlap between OA and SO was considerably lower than in FtMs. For example, eight (18.2%) LO-MtFs self-identified as being sexually attracted to females, whereas the clinicians assessed 17 (39.5%) LO-MtFs as being so. Comparably, the clinicians assessed 18 (41.9%) LO-MtFs as being sexually attracted to both genders, whereas only 10 (22.7%) LO-MtFs self-identified likewise.

Table 5 Sexual orientation—self-report (EO and LO, N = 143)

Sexually attracted to	FtM	MtF	C (P)
	N = 64 (100%) N (%)	N = 79 (100%) N (%)	
Females	58 (90.6)	23 (29.1)	0.53 (0.00**)
Males	3 (4.7)	36 (45.6)	
Both	2 (3.1)	12 (15.2)	
Transgender	1 (1.6)	8 (10.1)	

Missing data is due to participants not answering specific question.
EO = early-onset transsexual individuals; LO = late-onset transsexual individuals; FtM = female to male; MtF = male to female; **highly significant.

Table 6 Sexual orientation—clinicians' rating (EO and LO, N = 144)

Sexually attracted to	FtM	MtF	C (P)
	N = 67 (100%) N (%)	N = 77 (100%) N (%)	
Females	58 (86.7)	31 (40.3)	0.44 (0.00**)
Males	6 (9.0)	18 (23.4)	
Both	3 (4.4)	23 (29.9)	
Neither	0 (0.0)	5 (6.4)	

Missing data is due to clinicians not answering specific question.
EO = early-onset transsexual individuals; LO = late-onset transsexual individuals; FtM = female to male; MtF = male to female; **highly significant.

Differences Between the Four Countries

When comparing the four European countries with regard to the applicants' OA, the data of the present study show that the proportion of EO vs. LO transsexual developments in FtMs was similar. A summary of these results is shown in Table 7. Despite the fact that in Germany as well as in the Netherlands there were LO-FtM transsexual developments (whereas in Belgium and in Norway there were only EO-FtMs [Belgium] or EO- and RES-FtMs [Norway]), in all four countries, there were far more EO-FtMs than LO-FtMs. According to the country-specific comparisons of OA in MtFs, again, this group showed more heterogeneity. With 53.7%, LO-MtFs were the largest subgroup in the Netherlands (compared to 29.6% EO-MtFs and 16.7% RES-MtFs). However, the only other country where the number of LO-MtFs trumped the number of EO-MtFs was Norway. In

Table 7 Gender and international differences of onset age (N = 170)

Country	FtM				MtF				Total
	EO N (%)	LO N (%)	RES N (%)	Total N (%)	EO N (%)	LO N (%)	RES N (%)	Total N (%)	N (%)
Belgium	13 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (16.9)	12 (46.2)	11 (42.3)	3 (11.5)	26 (28.0)	39 (22.9)
Germany	15 (71.5)	4 (19.0)	2 (9.5)	21 (27.3)	7 (70.0)	3 (30.0)	0 (0.0)	10 (10.8)	31 (18.2)
Netherlands	20 (69.0)	6 (20.7)	3 (10.3)	29 (37.7)	16 (29.6)	29 (53.7)	9 (16.7)	54 (58.1)	83 (48.8)
Norway	12 (85.7)	0 (0.0)	2 (14.3)	14 (18.2)	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0.0)	3 (3.2)	17 (10.0)
N (%)	60 (77.9)	10 (13.0)	7 (9.1)	77 (100.0)	36 (38.7)	45 (48.4)	12 (12.9)	93 (100.0)	170

EO = early-onset transsexual individuals; LO = late-onset transsexual individuals; FtM = female to male; MtF = male to female; RES = residual group.

Norway, the sample of MtFs consisted of only three participants. In Belgium, the distribution of OA in MtFs was almost equal (with 46.2% EO-MtFs to 42.3% LO-MtFs to 11.5% RES-MtFs). In Germany, EO-MtFs (70%) outnumbered LO-MtFs (30%) noticeably.

Discussion

The main focus of this study was to investigate differences between subgroups of transsexual individuals based on OA, and to compare four European clinics with regard to these subgroups of applicants.

We found that EO and LO transsexual individuals differed from each other in several aspects. First, far more FtMs than MtFs appeared to have had an EO transsexual development. As expected, EO-MtFs, who had been strongly gender dysphoric since childhood, showed up at gender clinics at significantly younger ages than LO-MtFs. However, this was not found for FtMs. In total, FtMs were at a younger age at clinical presentation than MtFs. With regard to OA, the FtM group showed less heterogeneity than the MtF group. In all four countries, there were far more FtMs belonging to the EO group than MtFs. Among the MtF group, this ratio was approximately balanced. The fact that LO-MtFs applied for treatment at older ages than the other groups may indicate that the discovery or acceptance of their gender dysphoria occurred later in their lives or took longer to complete [26]. Another or additional reason may be that LO-MtFs have more to lose. Although not significantly different, the percentages show that with 39.5%, there were more LO-MtFs than EO-MtFs (24.2%) who lived in a relationship. In addition, nearly twice as many LO-MtFs as EO-MtFs had children. The LO-MtFs therefore could have been more hesitant to undergo gender reassignment, even though they might have been feeling this desire for a longer period. Finally, it

may be that LO-MtF developments are based on different causal mechanisms to LO-FtM developments. For instance, from the study by Smith et al. [1], it seems that sexual arousal in early puberty plays a very different role in FtMs than in MtFs. Perhaps the sexual arousal accompanying the cross-dressing in the earlier stages in MtFs had been so confusing that it took a longer time before they actually became aware of their gender dysphoria or, they first had to overcome the fear of losing this source of sexual arousal, if the arousal had not yet disappeared completely.

We found different distributions with regard to SO depending on the source of information. This was especially the case for LO-MtFs. Among FtMs, both sources indicated that a large majority had a gynephilic SO. Among LO-MtFs, however, clinicians' ratings resulted in higher numbers of non-androphilic individuals than the self-report measures indicated. This discrepancy may have been due to the fact that at the beginning of the clinical diagnostic process, MtFs possibly gave socially desirable answers. The clinicians gave their ratings after 6–8 months of having had repeated contacts with the applicant. Additionally, the process of gender transition provides an opportunity to reflect on one's life path, and to consider alternatives for the future. Especially during a process involving considerable change, such as gender transitioning, people may be more open to new sexual experiences than was the case previously (cf. moratorium). In our experience of working with transsexual adults who are transitioning, they briefly experiment with (or at least consider having) sexual experiences not consistent with their histories, but later return to their gynephilic or androphilic preferences. These and other factors may have influenced the assessment of SO, too. Moreover, although one cannot exclude the possibility that the clinicians misunderstood or misinterpreted the information on their patients' SO, or that the SO actually changed over time, it is more likely that

the applicants were more willing to share their true feelings only after they trusted that this would not be used to deny them their gender reassignment. The fact that the discrepancy in information was primarily observed in the LO-MtF group supports this explanation, because this group would run the highest “risk” of being rejected for treatment if SO would indeed play a role in their eligibility for treatment. The fear of being rejected by MtFs (but not FtMs) may be related to the conceptualization of certain forms of MtF transsexual developments as being moderated by autogynephilia [4], a sexual arousal to the thought or image of oneself as a female (for a critique, see [27]). Its counterpart, autoandrophilia, has received much less attention in the literature [28] and created far less controversy than autogynephilia. Lawrence [6] assumed that currently MtF applicants no longer report an exclusively androphilic orientation in order to obtain access to treatment, because, in most clinics, this would not exclude them from treatment. However, our data suggest that despite such an official policy, some MtF applicants may still believe that they are not eligible for gender reassignment if they report being attracted to females.

Although FtMs still appear to be predominantly gynephilic, there is evidence that SO in FtMs also is more varied than has long been assumed [29–31]. It may be that Blanchard’s initial findings [7–9] are no longer applicable to today’s transsexual people [32,33].

In our sample, it would appear that there is an overlap between OA and SO with regard to their ability to differentiate between different transsexual developments. However, in her recent review, Lawrence [6] reported the possible overlap between OA and SO as being very low with reference to studies using different indicators of OA (e.g., cross-dressing or cross-gender fantasies [34], self-reported first cross-gender wishes [35] and gender dysphoria [19,36]). Within the present study, OA was assessed with regard to presence or absence of criteria A and B of the GIDC. Therefore, a *cross-gender identification* (e.g., marked by cross-dressing or cross-gender fantasies and self-reported first cross-gender wishes) as well as a *persistent discomfort about the assigned sex* (e.g., marked by gender dysphoria) had to have been present to indicate an EO transsexual development. When using this approach to assessing OA, the overlap of OA and SO differed between MtFs and FtMs. For instance, in FtMs, EO was largely overlapping with gynephilic orientation, whereas EO did not overlap with androphilic orientation to

the same extent in MtFs. However, among MtFs, the overlap between OA and SO was considerably smaller. Percentages of subjects in the various SO groups differed largely with regard to self-report and clinician’s report. As a result, the amount of overlap differed, depending on the way SO was measured. Additionally, recent dimensional research into MtFs showed that “sexual orientation and gender identity dimensions cannot be used to classify patients into two distinct categories” [37]. Taking both points into account, the conclusion should be drawn that it seems wise to distinguish between different transsexual developments on the basis of both SO and OA.

Some mental health professionals regularly subtype “two and only two” distinct kinds of transsexual people “with intermediate or indeterminate cases likely to be rare or nonexistent” ([3], p. 429) on the basis of SO (cf. [6,29]). The use of OA for the differentiation of transsexual developments supports the idea that there are more than two unique subgroups of transsexual people. In our study, we found a group of transsexual individuals for whom a clear-cut diagnosis of GIDC does not seem to be assessable retrospectively. This RES group consisted of individuals who fulfilled either criterion A or criterion B from the GIDC diagnosis and therefore could not be categorized as EO or LO. It remains unclear whether the RES group forms a *true* in-between group, suggesting another yet unknown developmental pathway, or is the result of measurement or reliability problems. However, the existence of the RES group calls into questions the adequacy of simplistic categorizations within the field of transsexual developments altogether. There are always individuals who do not fit definitions, and categorical typologies are not capable of encompassing all individuals concerned.

Similarly, in the present study, country-specific analyses revealed interesting similarities, but also differences, particularly with regard to the distribution of OA groups. Whether this reflects true differences in the types of applicants attending the different clinics or might have been the result of the clinicians’ evaluations will be examined more extensively in a future study. However, results of another study within ENIGI indicated that the symptoms of gender dysphoria were interpreted in a similar fashion in all four countries [38].

Limitations

It was interesting that a number of findings appeared to be very consistent across the four study countries, while other findings were quite varied.

Although diagnostic and treatment protocols were standardized between the four countries as much as possible, there were still some minor differences, due to local circumstances. With the current subject numbers (of some countries in particular), it is not yet possible to analyze the findings in a more detailed way to find out whether such differences may have influenced our results. If country-specific differences of sex ratio still occur after the numbers of participants have increased as a consequence of the ongoing process of data collection, the analysis of these differences could introduce an interesting new aspect to the debate on the predominant origin of transsexual developments.

We assessed SO by clinicians' report as well as self-report. Although this generated interesting findings in itself, it is unclear which report more closely reflected the participants' situation. In further studies, the context in which participants provide such sensitive information needs to be considered carefully.

Conclusions

In our study, subgroups based on OA appeared to differ in a number of interesting ways when OA was measured by assessing GIDC criteria A and B retrospectively [25]. The data of the present study support the idea that a distinction of transsexual developments based on OA may be useful for future research purposes.

Acknowledgments

We would like to thank all those who made this research possible. First of all, we are most grateful to the participants of this study. We would also explicitly like to thank the collaborating medical and psychosocial staff and colleagues of all four GID clinics in Belgium (esp. Els Elaut and Gunter Heylens), in the Netherlands (esp. Baudewijntje Kreukels) and in Norway (esp. Muirne Paap). Moreover, we are very grateful to the Hamburg gender team, particularly Urszula Martyniuk, who has done a lot of structured clinical interviews for psychiatric assessment. We are thankful to Annika Januszewski, who has created part of the tables and to Christina Handford for improving English grammar and expression. Last but not least, we thank Katinka Schweizer for her input at the beginning of the ENIGI protocol in Hamburg.

Corresponding Author: Hertha Richter-Appelt, PhD, Department of Sex Research and Forensic Psychiatry, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, D-20246 Hamburg, Germany. Tel: +49 40 74105 54371; Fax: +49 40 74105 56406; E-mail: hrichter@uke.de

Conflict of Interest: None.

Statement of Authorship

Category 1

(a) Conception and Design

Timo O. Nieder; Hertha Richter-Appelt

(b) Acquisition of Data

Timo O. Nieder; Wilhelm F. Preuss; Griet De Cuypere; Ira R. Hebold Haraldsen; Peggy T. Cohen-Kettenis; Hertha Richter-Appelt

(c) Analysis and Interpretation of Data

Timo O. Nieder; Melanie Herff; Susanne Cerwenka; Hertha Richter-Appelt

Category 2

(a) Drafting the Article

Timo O. Nieder; Hertha Richter-Appelt

(b) Revising it for Intellectual Content

Timo O. Nieder; Peggy T. Cohen-Kettenis; Hertha Richter-Appelt

Category 3

(a) Final Approval of the Completed Article

Timo O. Nieder; Hertha Richter-Appelt

References

- Smith YL, van Goozen SH, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Transsexual subtypes: Clinical and theoretical significance. *Psychiatry Res* 2005;137:151–60.
- Lawrence AA. Male-to-female transsexual subtypes: Sexual arousal with cross-dressing and physical measurements. *Psychiatry Res* 2008;157:319–20.
- Lawrence AA. Gender identity disorders in adults: Diagnosis and treatment. In: Rowland DL, Incrocci L, eds. *Handbook of sexual and gender identity disorders*. Hoboken, NJ: Wiley; 2008:423–56.
- Lawrence AA. Transgenderism in nonhomosexual males as a paraphilic phenomenon: Implications for case conceptualization and treatment. *Sex Relat Ther* 2009;24:188–206.
- Hirschfeld M. *Die Transvestiten. Über den Erotischen Verkleidungstrieb* [Transvestites: The erotic drive to cross dress]. Berlin: Med. Verlag Alfred Pulvermacher; 1910.
- Lawrence AA. Sexual orientation versus age of onset as bases for typologies (subtypes) for gender identity disorder in adolescents and adults. *Arch Sex Behav* 2010;39:514–45.
- Blanchard R. The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Arch Sex Behav* 1989;18:315–34.
- Blanchard R. Nonhomosexual gender dysphoria. *J Sex Res* 1988;24:188–93.
- Blanchard R. Typology of male-to-female transsexualism. *Arch Sex Behav* 1985;14:247–61.
- Serano J. *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Berkeley: Seal Press; 2007.
- Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Arch Sex Behav* 2010;39:499–513.
- Walworth JR. Sex-reassignment surgery in male-to-female transsexuals: Client satisfaction in relation to selection criteria. In: Bullough B, Bullough VL, Elias J, eds. *Gender blending*. Amherst, NY: Prometheus Books; 1997:352–69.

- 13 Savin-Williams RC, Ream GL. Prevalence and stability of sexual orientation components during adolescence and young adulthood. *Arch Sex Behav* 2007;36:385–94.
- 14 Spitzer RL. Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Arch Sex Behav* 2003;32:403–17.
- 15 Diamond LM, Butterworth M. Questioning gender and sexual identity: Dynamic links over time. *Sex Roles* 2008;59:365–76.
- 16 Peplau LA, Huppim M. Masculinity, femininity and the development of sexual orientation in women. *JGLMH* 2008;12: 145–65.
- 17 Pillard RC, Bailey JM. A biologic perspective on sexual orientation. *Psychiatr Clin North Am* 1995;18:71–84.
- 18 De Cuypere G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, De Sutter P, Hoebeke P, Monstrey S, Vansteenwegen A, Rubens R. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav* 2005;34:679–90.
- 19 Lawrence AA. Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav* 2005;34:147–66.
- 20 Daskalos CT. Changes in the sexual orientation of six heterosexual male-to-female transsexuals. *Arch Sex Behav* 1998; 27:605–14.
- 21 O'Gorman EC. A retrospective study of epidemiological and clinical aspects of 28 transsexual patients. *Arch Sex Behav* 1982;11:231–6.
- 22 Doorn CD, Poortinga J, Verschoor AM. Cross-gender identity in transvestites and male transsexuals. *Arch Sex Behav* 1994; 23:185–201.
- 23 Burns A, Farrell M, Brown JC. Clinical features of patients attending a gender-identity clinic. *Br J Psychiatry* 1990;157: 265–8.
- 24 Docter RF. *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York: Plenum; 1988.
- 25 Kreukels BPC, Haraldsen IR, De Cuypere G, Richter-Appelt H, Gijls L, Cohen-Kettenis PT. A European Network for the Investigation of Gender Incongruence: The ENIGI initiative. *Eur Psychiatry* 2010 July 9. [Epub ahead of print].
- 26 Lawrence AA. Becoming what we love: Autogynephilic transsexualism conceptualized as an expression of romantic love. *Perspect Biol Med* 2007;50:506–20.
- 27 Moser C. Blanchard's autogynophilia theory: A critique. *J Homosex* 2010;57:790–809.
- 28 Lawrence AA. Anatomic autoandrophilia in an adult male. *Arch Sex Behav* 2008;38:1050–6.
- 29 Chivers ML, Bailey JM. Sexual orientation of female-to-male transsexuals: A comparison of homosexual and nonhomosexual types. *Arch Sex Behav* 2000;29:259–78.
- 30 Schleifer D. Make me feel mighty real: Gay female-to-male transgenderists negotiating sex, gender, and sexuality. *Sexualities* 2006;9:57–75.
- 31 Bockting W, Benner A, Coleman E. Gay and bisexual identity development among female-to-male transsexuals in North America: Emergence of a transgender sexuality. *Arch Sex Behav* 2009;38:688–701.
- 32 Nuttbrock L, Bockting W, Mason M, Hwahng S, Rosenblum A, Macri M, Becker J. A further assessment of Blanchard's typology of homosexual versus non-homosexual or autogynephilic gender dysphoria. *Arch Sex Behav* 2009 Dec 29 [Epub ahead of print] doi: 10.1007/s10508-009-9579-2.
- 33 Lawrence AA. A validation of Blanchard's typology: Comment on Nuttbrock et al. (2010). *Arch Sex Behav* 2010;39:1011–101.
- 34 Johnson SL, Hunt DD. The relationship of male transsexual typology to psychosocial adjustment. *Arch Sex Behav* 1990; 19:349–60.
- 35 Blanchard R, Clemmensen LH, Steiner BW. Heterosexual and homosexual gender dysphoria. *Arch Sex Behav* 1987;16:139–52.
- 36 Johansson A, Sundbom E, Höjerback T, Bodlund O. A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Arch Sex Behav* 2010;39:1429–37.
- 37 Fisher AD, Bandini E, Ricca V, Ferruccio N, Corona G, Meriggola MC, Jannini EA, Manieri C, Ristori J, Forti G, Mannucci E, Maggi M. Dimensional profiles of male to female gender identity disorder: An exploratory research. *J Sex Med* 2010;7:2487–98.
- 38 Paap M, Kreukels BPC, Cohen-Kettenis PT, Richter-Appelt H, De Cuypere G, Haraldsen I. Assessing the utility of diagnostic criteria: A multisite study on gender identity disorder. *J Sex Med* 2010 Oct 12 [Epub ahead of print] doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02066.x.

Appendix

In the field of transsexual developments, terminology is constantly changing with new terms being created periodically. Hence, for reasons of convenience only, the terms *male-to-female* (MtF) and *female-to-male* (FtM) are used to describe the direction of transition within a transsexual development. Sexual orientation of FtMs and MtFs will be indicated as attraction toward males (androphilic), females (gynephilic), both, or gender incongruent persons. The term transsexual is used as an adjective, rather than an all-encompassing noun, which implies that transsexual individuals have several other characteristics no less important than being transsexual.

16.2 Publikation II: Sexuelle Orientierung und Partnerwahl transsexueller Frauen und Männer vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen

- Originalartikel: Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie
-

Sexuelle Orientierung und Partnerwahl transsexueller Frauen und Männer vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen

Sexual Orientation and Partner-Choice of Transsexual Women and Men before Gender-Confirming Interventions

Autoren

Susanne Cerwenka, Timo Ole Nieder, Hertha Richter-Appelt

Institut

Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Schlüsselwörter

- Transsexualität
- Geschlechtsidentitätsstörung
- sexuelle Orientierung
- Partnerwahl
- Partnerschaften

Keywords

- transsexuality
- gender identity disorders
- sexual orientation
- partner-choice
- relationships

eingereicht 28. September 2011
akzeptiert 11. März 2012

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1309030>
Psychother Psych Med 2012; 62: 214–222
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
20246 Hamburg
hrichter@uke.de

Zusammenfassung

Die vielfältigen Partnerschaftskonstellationen von geschlechtsdysphorischen Frauen und Männern unterschiedlicher sexueller Orientierung werden anhand einer Stichprobe von 93 Personen vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen bei Personen mit weiblichem Identitätserleben und männlichem Körper (MF) sowie männlichem Identitätserleben und weiblichem Körper (FM) beleuchtet. Obwohl beide Geschlechtergruppen mehrheitlich Single sind, zeigen sich Unterschiede bezüglich Paarbeziehungsmustern. Außerhalb des Berufs leben FM-Personen häufig bereits in der neuen, männlichen Geschlechtsrolle und haben großteils Partnerschaften, in denen sie als Männer begehrt werden. MF-Personen leben privat nur zu einem kleinen Anteil bereits in der neuen, weiblichen Geschlechtsrolle und haben meist Partnerinnen, deren sexuelle Orientierung sich auf Männer und nicht auf ihre weibliche Geschlechtsidentität bezieht. Die Befunde implizieren unterschiedliche Ressourcen für geschlechtsdysphorische Frauen und Männer im Verlauf transsexueller Entwicklungen.

Einleitung

Die Identität eines Menschen wird durch viele einzelne Merkmale bestimmt. Nationalität, Freizeitaktivitäten, Krankheiten können als zur Identität gehörend erlebt werden (z. B. ich bin Tennisspieler, ich bin Asthmatiker). Auch das Geschlecht trägt in vielerlei Hinsicht zur Identitätsentwicklung bei. Neben den biologischen Geschlechtsmerkmalen und den sozialen Aspekten der etablierten Geschlechtsrollen von Mann und Frau spielt die subjektiv erlebte Geschlechtsidentität eine entscheidende Rolle in der individuellen Identitätsentwicklung. Ob sich eine Person als

Abstract

Diverse partner relationship constellations of gender dysphoric women and men with different sexual orientations are explored in a sample of 93 persons before gender-confirming interventions in persons with female gender identity and male body characteristics (MF) and persons with male gender identity and female body characteristics (FM). While in both gender groups the majority is single, relationship patterns show differences. Apart from working life, FM already live predominantly in the new, male gender role and have partners by whom they are desired as males. In contrast, only a small proportion of MF already conduct their private lives in the new, female gender role, and they often have relationships with partners sexually attracted to males and not to their female gender identity. The findings indicate a need for differing resources for gender dysphoric women and men in the process of a transsexual course of development.

Mann oder Frau erlebt, hängt von dem Gefühl ab, sich als Mann oder Frau (dazwischen oder darüber hinaus) wahrzunehmen. Orientiert am Erleben der jeweiligen Geschlechtsidentität lässt sich die eigene sexuelle Identität als heterosexuell, homosexuell, bisexuell oder anders beschreiben und drückt aus, ob sich die Person zu Frauen, zu Männern oder zu beiden Geschlechtern hingezogen fühlt [1]. Dabei sind bei nicht-transsexuellen Menschen das biologische Geschlecht, die Geschlechtsrolle und die Geschlechtsidentität als Gesamtheit all dessen, „was eine Person sagt oder tut, um anderen oder sich selbst zu zeigen, in welchem Ausmaß sie männlich, weiblich oder



androgyn ist“ [2] für gewöhnlich deckungsgleich. Auf Personen, die sich geschlechtsdysphorisch¹ erleben, trifft dies jedoch nicht bzw. nicht vollständig zu: Sie erleben ihre Geschlechtsidentität als unvereinbar mit dem nach der Geburt zugewiesenen, biologischen Geschlecht und der dazugehörigen, gesellschaftlich etablierten Geschlechtsrolle. Im Kontext romantischer Partnerschaften lässt sich aus dieser Unvereinbarkeit für Personen im Rahmen einer transsexuellen Entwicklung² die Schwierigkeit ableiten, einen Partner zu finden, der nicht nur zur eigenen sexuellen Identität passt, sondern von dem sie sich auch ihrem Geschlechtsidentitätserleben entsprechend begehrt fühlen.

Der Zusammenhang zwischen Geschlechtsdysphorie, transsexueller Entwicklung und sexueller Orientierung wurde in der empirischen Forschung seit vielen Jahren untersucht und wird bis heute kontrovers diskutiert [3, 4]. Wenngleich die Subtypisierung von Personen mit Geschlechtsdysphorie auf Basis der sexuellen Orientierung von Beginn der institutionalisierten Behandlung in den 1960er und 70er Jahren bis zur Jahrtausendwende teilweise zur Diagnose und Indikationsstellung verwendet wurde [5, 6], ist die sexuelle Orientierung als Bestandteil der individuellen psychosexuellen Entwicklung für das Verständnis der jeweiligen Bedingungen des Erlebens von Geschlechtsdysphorie und dem Verlauf einer möglicherweise transsexuellen Entwicklung unter Umständen hilfreich. Generalisierbare Aussagen über die Prognose verschiedener Formen der Geschlechtsdysphorie und möglicher transsexueller Entwicklungen auf der Basis der sexuellen Orientierung lassen sich hingegen bei der aktuellen Datenlage nicht treffen [7].

Money hatte bereits in den 1950er Jahren eine Differenzierung zwischen sex (biologisches Geschlecht) und gender (soziales bzw. kulturelles Geschlecht) bzw. gender role (Geschlechtsrolle) vorgenommen [2] und Stoller in den 1960er Jahren den Begriff gender Identity (Geschlechtsidentität) eingeführt [8]. In der empirischen Forschung und klinischen Diagnostik von Geschlechtsdysphorie und transsexueller Entwicklung findet die begriffliche Trennung dieser eigenständigen Konstrukte jedoch erst seit den späten 1980er Jahren zunehmend Berücksichtigung. Dabei ermöglicht der Einsatz dieser multidimensionalen Perspektiven eine zuverlässige Erfassung und Beschreibung der komplexen Lebenswelten von Personen, die sich geschlechtsdysphorisch erleben: So kann beispielsweise eine Person zwar in ihrem biologischen Geschlecht männlich sein, sich selbst aber aufgrund ihres weiblichen Geschlechtsidentitätsempfindens als homosexuell definieren, wenn ihr sexuelles Begehren auf Frauen gerichtet ist – unabhängig davon, ob sie ihre Weiblichkeit auch im Geschlechtsrollenverhalten lebt oder nicht. Neuere Untersuchungen erkennen dies in der Terminologie insofern an, als dass die Kategorien homo- und heterosexuell vermehrt auf das Identitätsgeschlecht und/oder die Selbstdefinition der Betroffenen bezogen werden [9, 10]. Die Perspektivenverlagerung vom biologischen Geschlecht hin zum Identitätsgeschlecht als zentralem Bezugspunkt wird auch im gegenwärtigen Sprachgebrauch zunehmend deutlich: Personen, die sich bei männlichen Körpermerkmalen weiblich erleben und versuchen, ihren Körper mithilfe einer Hormonbehandlung und/oder chirurgischer Maßnahmen ihrem weiblichen Identitätserleben anzugleichen, werden transsexuelle Frauen genannt (Mann-zu-Frau transsexuelle

Personen: MF-TS). Personen, die sich bei weiblichen Körpermerkmalen männlich erleben und versuchen, ihren Körper mithilfe einer Hormonbehandlung und/oder chirurgischer Maßnahmen ihrem männlichen Identitätserleben anzugleichen, werden transsexuelle Männer genannt (Frau-zu-Mann transsexuelle Personen: FM-TS) [11].

In der empirischen Forschung richtete sich der Fokus vorwiegend auf MF-TS, bei denen unterschiedliche Ausprägungen sexueller Orientierung beobachtet wurden [12–16]. Bei den bislang seltener befragten FM-TS wurde hingegen überwiegend eine sexuelle Orientierung auf Frauen gefunden [9, 13, 17–19]. Erst seit den 2000er Jahren wird zunehmend auch von FM-TS berichtet, die sich zu Männern oder zu beiden Geschlechtern hingezogen fühlen [10, 20–22]. Einige Berichte deuten überdies darauf hin, dass die sexuelle Orientierung insbesondere im Verlauf einer transsexuellen Entwicklung nicht immer stabil ist. Bei MF-TS sind einige Fälle von Veränderungen der sexuellen Orientierung im Zuge der Behandlung mit Sexualhormonen und deren Suppression bzw. nach körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen dokumentiert [14, 16, 23], seltener bislang bei FM-TS [24].

Im Kontext romantischer Partnerschaften zeigen vorliegende Befunde mehrheitlich, dass FM-TS vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen im Vergleich zu MF-TS zu einem größeren Anteil in Paarbeziehungen leben [25, 26], obwohl es in letzter Zeit auch Untersuchungen gibt, die keine Häufigkeitsunterschiede zwischen den Geschlechtern feststellten [21]. In beiden Geschlechtergruppen sind Personen, deren sexuelle Orientierung auf Frauen gerichtet ist, zu einem größeren Anteil in einer Partnerschaft als diejenigen mit einer anderen sexuellen Orientierung [9]. In diesem Zusammenhang sei auf alternative Konzepte zur Beschreibung der verschiedenen Entwicklungen von FM- und MF-TS abseits der sexuellen Orientierung verwiesen. So werden vor allem für MF-TS zwei unterschiedliche Verlaufsfornen diskutiert, die sich im Zeitpunkt der Erstmanifestation des Erlebens von Geschlechtsdysphorie unterscheiden. Personen mit einem frühen Beginn (early onset) zeigen bereits vor Beginn der Pubertät Symptome, die sich vor dem Hintergrund der (noch) aktuellen diagnostischen Kriterien der Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter (302,85) nach DSM-IV-TR [27] zuordnen lassen. Bei Personen mit einem späten Beginn (late onset) wird das andersgeschlechtliche Identitätsempfinden erst während oder nach der Pubertät bewusst erlebt [28–30]. MF-TS mit einem late onset suchen häufiger erst in einem späteren Alter Hilfe im klinischen Kontext als solche mit einem early onset und sind häufiger gynäphil, d. h. sexuell auf Frauen orientiert [22]. Weitere Befunde zu dieser Gruppe zeigen, dass MF-TS mit höherem Alter bei klinischer Erstvorstellung und mit gynäphiler sexueller Orientierung häufiger transvestitisch-fetischistische Verhaltensweisen in der Vorgeschichte berichten als jüngere MF-TS und solche mit anderer sexueller Orientierung [31]. Die Bedeutung einer transvestitisch-fetischistischen Vorgeschichte für eine transsexuelle Entwicklung von Mann zu Frau wird in der internationalen Literatur kontrovers diskutiert [32]. Vertreter der einen Position verstehen die Bedeutung der autogynäphilen Sexualität im Sinne einer erotischen Objektwahl auf den eigenen als weiblich imaginierten bzw. mit weiblicher Kleidung bekleideten Körper als zentrales (und paraphiles) Motiv für das Bedürfnis nach geschlechtsanpassenden Maßnahmen [33–38]. Vertreter konkurrierender Positionen beschreiben autogynäphile Aspekte der Sexualität auch bei biologischen Frauen und damit nicht zwingend symptominhärent für eine late-onset Ent-

¹Der Begriff Geschlechtsdysphorie (engl.: gender dysphoria) bezeichnet die als belastend erlebte Unvereinbarkeit von Identitätserleben mit dem nach der Geburt zugewiesenen, biologischen Geschlecht.

²von Mann zu Frau (MF-TS) oder von Frau zu Mann (FM-TS).



wicklung von Mann zu Frau [39,40], sie stellen theoretische Schwächen und den unnötig stigmatisierenden Charakter dieser Perspektive in den Vordergrund [41] und verweisen auf die Heterogenität transsexueller Entwicklungen, die keine monokausale Rückführung auf transvestitisch-fetischistische Verhaltensweisen (i.S. der Autogynäphilie) zulassen [31,42,43]. Obgleich die Datenlage Argumente sowohl für die eine als auch für die anderen Positionen liefert, wirkt die oben beschriebene Perspektive, die für mindestens eine Unterform transsexueller Entwicklungen bei MF-TS ein paraphiles Geschehen als zentrales Motiv beschreibt, als eindimensional und wird der Komplexität unterschiedlicher, zusammenwirkender Faktoren nicht gerecht [44].

FM-TS erleben überwiegend einen early onset ihrer Geschlechtsdysphorie [22]. Obgleich sie in der Mehrheit sexuell auf Frauen orientiert sind [22], gibt es auch für sie zunehmende Hinweise auf androphile oder andere sexuelle Orientierungen [32,45].

In Bezug auf den Geschlechtsrollenwechsel sehen sich MF-TS vor den körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen für gewöhnlich mit immensen Schwierigkeiten konfrontiert, da die maskulinen Anteile ihrer anatomischen Gegebenheiten (Stimme, Bart, Körperbau usw.), häufig erkennbar bleiben und in der Wahrnehmung der Mitmenschen Irritationen auslösen können. In der weiblichen Geschlechtsrolle zu leben ist für sie häufig mit größeren Ängsten verbunden [9], als für FM-TS, die zu einem höheren Anteil schon längere Zeit vor der Behandlung mit Sexualhormonen und chirurgischen Eingriffen überzeugend in der männlichen Rolle leben und von ihren Partnern bzw. Partnerinnen auch als Männer wahrgenommen und akzeptiert werden. Die femininen Anteile des Körpers und der Genitalbereich werden dabei häufig verleugnet und in der Regel aus der Sexualität ausgeklammert [46].

In beiden Geschlechtergruppen haben Personen in der neuen, der Geschlechtsidentität entsprechenden Geschlechtsrolle zu einem größeren Anteil Partner, deren Geschlechtszugehörigkeit ihrer eigenen sexuellen Orientierung entspricht, als Personen, die noch in der alten, dem biologischem Geschlecht entsprechenden Geschlechtsrolle leben [19]. Es konnte beobachtet werden, dass in den Ehen von sexuell auf Frauen orientierten MF-TS die Ehefrauen sich selbst meist als heterosexuell definieren und ihre Partner in der männlichen Geschlechtsrolle kennengelernt bzw. geheiratet haben. Offenbart der als männlich wahrgenommene Partner sein weibliches Identitätserleben, führt dies nicht selten zu einer tiefen Verunsicherung aufseiten der Partnerin bzw. Ehefrau bezüglich der eigenen sexuellen Identität und einer Destabilisierung der Paarbeziehung [47]. FM-TS haben dagegen bereits vor Beginn körpermedizinischer geschlechtsanpassender Maßnahmen häufiger Partnerinnen, die sich selbst als heterosexuell oder bisexuell definieren und sich damit auf die männliche Geschlechtsidentität der FM-TS beziehen [48]. Partnerschaftlichen Werten wie Sensibilität und Kommunikationsfähigkeit wird dabei eine größere Bedeutung beigemessen als körpergeschlechtlichen Realitäten [49].

Im Prozess des Outings und der transsexuellen Entwicklung ist gerade die Partnerschaft als wichtige Ressource anzusehen. Die Unterstützung und Begleitung durch einen Partner kann bedeutsam zur positiven Bewältigung der Anforderungen im Zusammenhang mit Geschlechtsrollenwechsel, Hormonbehandlung und chirurgischen Eingriffen beitragen, insbesondere wenn die Paarbeziehung einen Rahmen bietet, in dem sich die betroffene Person in ihrer erlebten Geschlechtsidentität wahrgenommen, akzeptiert und begehrt fühlt.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Situation von Personen mit der Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung vor den körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen im Rahmen einer transsexuellen Entwicklung in Bezug auf Partnerschaften und gelebtes Geschlechtsrollenverhalten zu untersuchen. Insbesondere werden dabei Partnerschaften von Personen unterschiedlicher sexueller Orientierung im Hinblick auf die Passung verglichen. Im Kontext der sexuellen Orientierung beschreibt die Passung die (Un-)Vereinbarkeit der sexuellen Identitäten der jeweiligen Partner miteinander.

Methode

Innerhalb einer am Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) seit Januar 2007 durchgeführten multizentrischen Studie³ wurde ein standardisierter Diagnostik- und Evaluationsprozess entwickelt, der sich zum Ziel setzt, den klinischen Diagnostik- und Behandlungsprozess bei Erwachsenen und Jugendlichen zu optimieren, die erstmals psychotherapeutische und/oder medizinische Behandlung im Rahmen einer möglichen transsexuellen Entwicklung suchen. Die Studie umfasst dabei ein mehrstufiges Vorgehen über einen Zeitraum von maximal 12 Monaten und besteht aus standardisierten Fragebogenverfahren, klinisch-strukturierten Interviews sowie Evaluationen durch die behandelnden Kliniker [50]. Berücksichtigt werden Jugendliche ab 16 Jahren sowie Erwachsene, Ausschlusskriterium ist eine psychotische Störung. Die Teilnehmenden erklären schriftlich ihr Einverständnis zur Teilnahme sowie zur pseudonymisierten Speicherung und Auswertung der Daten. Die Durchführung der Studie wurde von der Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer genehmigt.

Die Variablen wurden direkt im Anschluss an das klinische Erstgespräch durch Selbstauskunft der Studienteilnehmer erhoben. Hierfür wurde den Personen ein im Rahmen der Studie konstruierter, geschlechtsspezifischer biografischer Fragebogen vorgelegt, der eine adaptierte Version des Dutch Biographic Questionnaire on Transsexualism [51] darstellt. Die Erhebung der sexuellen Orientierung erfolgte mittels der Kinsey Homosexual-Heterosexual-Rating-Scale [52]. Die daraus resultierende Kategorisierung der sexuellen Orientierung wurde definiert als „gynäphil“ (sexuell auf Frauen orientiert), „androphil“ (auf Männer), „gynandrophil“⁴ (auf beide Geschlechter) und auf „transgender“ Personen orientiert. Zur Untersuchung der Passung von Partnerschaften wurden jeweils die Angaben der Teilnehmenden zu ihrem eigenen Geschlechtsidentitätserleben und ihrer sexuellen Orientierung mit den diesbezüglichen Angaben zu ihren Partnern verglichen. Exemplarisch ist somit eine Partnerschaft dann als „passend“ kategorisierbar, wenn ein Teilnehmer mit männli-

³Die Studie „Diagnostische Kriterien, Behandlung und Evaluation von Erwachsenen und Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen in 4 Europäischen Ländern“ ist Teil der multizentrischen Studie ENIGI – European Network for the Investigation of Gender Incongruence [50] mit einer Kollaboration zwischen der Gender Clinics in den Universitätskliniken Amsterdam, Niederlande (P. Cohen-Kettenis), Gent, Belgien (G. de Cuyper), Hamburg, Deutschland (H. Richter-Appelt) und Oslo, Norwegen (I. Haraldsen).

⁴Im Gegensatz zu den Begriffen „homosexuell“ und „heterosexuell“ ist zwar „bisexuell“ nicht direkt mit dem Geschlechtsidentitätserleben einer Person verknüpft. Der Stringenz halber sollte jedoch eine Entsprechung zu den Termini „gynäphil“ und „androphil“ Verwendung finden. Da die bisher vorliegenden empirischen Untersuchungen dazu keine Regelung bieten, wird hier der Begriff „gynandrophil“ als Äquivalent für „bisexuell“ eingeführt.



chem Geschlechtsidentitätserleben und gynäphiler sexueller Orientierung eine Partnerschaft führt mit einer Person, die sich als weiblich und sexuell auf Männer orientiert erlebt. Keine Passung der Partnerschaft ist dagegen beispielsweise festzustellen, wenn eine Teilnehmerin mit weiblichem Geschlechtsidentitätserleben und gynäphiler sexueller Orientierung eine Person mit weiblichem Geschlechtsidentitätserleben zur Partnerin hat, die androphil ist. In diesem Fall bezieht sich die sexuelle Orientierung der Partnerin auf Männer und entspricht nicht dem weiblichen Identitätserleben der Teilnehmerin.

Statistische Berechnungen wurden mit SPSS 15.00 durchgeführt. Da die Voraussetzung der Normalverteilung zur parametrischen Testung des Alters in allen Vergleichsgruppen nicht erfüllt war, wurden Altersunterschiede zweier Gruppen unter Verwendung des nonparametrischen Mann-Whitney-U-Tests für unabhängige Stichproben untersucht, beim Vergleich mehrerer Gruppen wurde der Kruskal-Wallis-H-Test eingesetzt. Zusammenhänge zwischen nominalskalierten Variablen wurden im Fall von dichotomen Variablen mit dem nonparametrischen Chi-Quadrat-Test bzw. bei Gruppengrößen unter $n=5$ mit dem Fisher's Exact Probability Test berechnet, bei mehrstufigen Variablen durch Verwendung des Kontingenzkoeffizienten C. Innerhalb der beiden Geschlechtergruppen konnten aufgrund der geringen Fallzahlen keine statistischen Berechnungen vorgenommen werden zu Zusammenhängen zwischen Geschlechtsrollenverhalten, sexueller Orientierung, Partnerschaftshäufigkeit und -passung.

Stichprobe

Für die vorliegende Arbeit wurden ausschließlich Personen berücksichtigt, die sich im Zeitraum von Januar 2007 bis Oktober 2010 an das Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, wandten. Gemeinsam ist allen an der Studie teilnehmenden Personen, dass sie ihre Identität nicht bzw. nicht vollständig deckungsgleich mit ihrem Körper erleben und sich im Rahmen eines Spektrums verorten, welches ein im weitesten Sinne männliches Identitätserleben bei weiblichem Körper und vice versa beschreibt. Insgesamt besteht die Stichprobe aus 93 Personen, bei denen nach ICD-10 [53] eine sogenannte Geschlechtsidentitätsstörung (F64.x) diagnostiziert wurde. Unter ihnen befinden sich 45 Personen, die sich bei maskulinen Körpermerkmalen weiblich erleben (MF-Personen) und 48 Personen, die sich bei femininen Körpermerkmalen männlich erleben (FM-Personen). Die Sex-Ratio liegt damit bei 1:1,07. Zum Zeitpunkt der Erhebung hatte noch keine der teilnehmenden Personen eine körpermedizinische geschlechtsanpassende Maßnahme vollzogen.

Die Gesamtstichprobe ist zum Untersuchungszeitpunkt im Mittel 24 Jahre (Md, Range von 16 bis 60 Jahre). 31,2% ($n=29$) der Personen der Gesamtstichprobe haben „Abitur/Fachabitur“ oder einen höheren Abschluss („Fachhochschule“ oder „Universität/Hochschule“), 68,8% ($n=64$) geben einen Bildungsgrad von „Mittlerer Reife/Realschulabschluss“ oder niedriger an („Hauptschulabschluss“ oder „kein Schulabschluss“).

MF-Personen sind im Mittel 24 Jahre alt (Md) (Range 18–52), ebenso wie FM-Personen (Range 16–60 Jahre). Während in der Gruppe der MF-Personen Hinweise auf eine 2-gipfelige Altersverteilung vorliegen, stellt sich die Altersverteilung der FM-Personen deutlich linksschief dar. Im mittleren Rang unterscheiden sich die beiden Geschlechtergruppen demzufolge signifikant im

Alter zum Zeitpunkt der klinischen Erstvorstellung ($U=768,000$, $p=0,024$). In Bezug auf den Bildungsgrad zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ($\chi^2=0,665$, $p=0,417$).

Im Berufsleben treten sowohl MF- als auch FM-Personen zu großen Teilen noch in der alten, ein kleinerer Anteil auch in wechselnden Geschlechtsrollen auf (► Tab. 1). Ein Viertel bzw. ein Drittel in beiden Geschlechtergruppen führt ihr Berufsleben bereits vollständig in der neuen Geschlechtsrolle (MF: 25,6%, $n=10$, FM: 32,5%, $n=13$). Eine statistische Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Geschlecht und Geschlechtsrolle im Berufsleben erübrigt sich aufgrund der Augenscheinlichkeit.

Zum Zeitpunkt klinischer Erstvorstellung leben nur 37,2% der MF-Personen ($n=16$) im Privatleben bereits vollständig in der neuen, weiblichen Geschlechtsrolle. Dagegen geben 77,8% der FM-Personen ($n=35$) an, privat bereits voll in der neuen, männlichen Geschlechtsrolle zu leben (► Tab. 1). Der Zusammenhang zwischen dem biologischen Geschlecht und der im Privaten gelebten Geschlechtsrolle erweist sich als hochsignifikant ($C=0,380$, $p=0,001$).

Ergebnisse

Sexuelle Orientierung und Geschlechtsrolle

Innerhalb der Gruppe der MF-Personen zeigen 46,7% ($n=21$) der Personen eine gynäphile sexuelle Orientierung und sind mit einem mittleren Alter von 40,5 Jahren (Md) (Range: 18–52 Jahre) zum Zeitpunkt klinischer Erstvorstellung am ältesten im Vergleich zu den Subgruppen anderer sexueller Orientierung. Im Berufsleben treten 70,0% ($n=14$) von ihnen noch in der alten, männlichen Geschlechtsrolle auf, im Privaten leben sie häufig in wechselnden Geschlechtsrollen (55,0%, $n=11$). Androphile MF-Personen (31,1%, $n=14$) sind mit 23,5 Jahren im Mittel (Md) (Range: 18–45 Jahre) dagegen vergleichsweise am jüngsten. Ein

Tab. 1 Alter, Geschlechtsrollen, sexuelle Orientierung, Häufigkeit und Passung von Partnerschaften bei MF- und FM-Personen.

	MF-Personen (N=45)	FM-Personen (N=48)
Alter	Jahre	Jahre
– Median	24,0	24,0
– Range	18–52	16–60
Geschlechtsrolle im Beruf	n (%)	n (%)
– alte Rolle	27 (69,2)	20 (50,0)
– wechselnde Rollen	2 (5,1)	7 (17,5)
– neue Rolle	10 (25,6)	13 (32,5)
Geschlechtsrolle privat	n (%)	n (%)
– alte Rolle	10 (23,3)	4 (8,9)
– wechselnde Rollen	17 (29,5)	6 (13,3)
– neue Rolle	16 (37,2)	35 (77,8)
Sexuelle Orientierung	n (%)	n (%)
– gynäphil	21 (46,7)	35 (72,9)
– gynandrophil	6 (13,3)	3 (6,3)
– androphil	14 (31,1)	7 (14,6)
– auf transgener orientiert	4 (8,9)	3 (6,3)
Häufigkeit von Partnerschaften	n (%)	n (%)
– aktuell in Partnerschaft	15 (33,3)	21 (45,7)
– single	30 (66,7)	25 (54,3)
Passung von Partnerschaften	n (%)	n (%)
– Passung	3 (20,0)	14 (66,7)
– Nicht-Passung	10 (66,7)	2 (9,5)
(– unklare Passung)	2 (13,3)	5 (23,8)



Anteil von ihnen (40,0%, n=4) tritt im Berufsleben bereits in der weiblichen Geschlechtsrolle auf, im Privatleben trifft dies auf zwei Drittel (64,3%, n=9) zu (Tab. 2).

FM-Personen sind zu 72,9% (n=35) als gynäphil zu kategorisieren (Tab. 1) und mit einem mittleren Alter von 24 Jahren (Md) (Range: 17–60 Jahre) geringfügig älter als die Gruppen anderer sexueller Orientierung. In puncto gelebter Geschlechtsrollen im Beruf und Privaten zeigen sich keine deutlichen Unterschiede

zwischen den Gruppen unterschiedlicher sexueller Orientierung (Tab. 3).

Häufigkeit von Partnerschaften

Zum Zeitpunkt klinischer Erstvorstellung leben MF- und FM-Personen mehrheitlich als Single. Nur 33,3% (n=15) der MF-Personen und 45,7% (n=21) der FM-Personen geben an, aktuell in einer Partnerschaft zu leben (Tab. 1). Der Zusammenhang

MF-Personen Sexuelle Orientierung	gynäphil (n=21)	gynandrophil (n=6)	androphil (n=14)	auf transgender orientiert (n=4)
Alter	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre
– Median	40,5	24,0	23,5	32,0
– Range	18–52	21–49	18–45	18–47
Geschlechtsrolle im Beruf	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
– alte Rolle	14 (70,0)	4 (80,0)	6 (60,0)	3 (75,0)
– wechselnde Rollen	2 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
– neue Rolle	4 (20,0)	1 (20,0)	4 (40,0)	1 (25,0)
Geschlechtsrolle privat	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
– alte Rolle	4 (20,0)	3 (60,0)	2 (14,3)	1 (25,0)
– wechselnde Rollen	11 (55,0)	1 (20,0)	3 (21,4)	2 (50,0)
– neue Rolle	5 (25,0)	1 (20,0)	9 (64,3)	1 (25,0)
Häufigkeit von Partnerschaften	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
– aktuell in Partnerschaft	9 (42,9)	1 (16,7)	4 (28,6)	1 (25,0)
– single	12 (57,1)	5 (83,3)	10 (71,4)	3 (75,0)
Passung von Partnerschaften	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
– Passung	1 (11,1)	0 (0,0)	2 (50,0)	0 (0,0)
Partner ist...	homo- o. bisexuelle Frau (n=1)		heterosexueller Mann (n=2)	
– Nicht-Passung	8 (88,9)	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
Partner ist...	heterosexuelle Frau (n=8)	heterosexuelle Frau (n=1)		heterosexuelle Frau (n=1)
– unklare Passung	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (50,0)	0 (0,0)
Partner ist...			sonstiger Partner (n=2)	

Tab. 2 Alter, Geschlechtsrollen, Häufigkeit und Passung von Partnerschaften sowie Partner von MF-Personen unterschiedlicher sexueller Orientierung.

Tab. 3 Alter, Geschlechtsrollen, Häufigkeit und Passung von Partnerschaften sowie Partner von FM-Personen unterschiedlicher sexueller Orientierung.

FM-Personen Sexuelle Orientierung	gynäphil (n=35)	gynandrophil (n=3)	androphil (n=7)	auf transgender orientiert (n=3)
Alter	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre
– Median	24,0	23,0	19,0	23,0
– Range	17–60	19–26	17–37	16–39
Geschlechtsrolle im Beruf	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
– alte Rolle	16 (55,2)	0 (0,0)	3 (50,0)	1 (33,3)
– wechselnde Rollen	4 (13,8)	0 (0,0)	1 (16,7)	2 (66,7)
– neue Rolle	9 (31,0)	2 (100)	2 (33,3)	0 (0,0)
Geschlechtsrolle privat	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
– alte Rolle	4 (11,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
– wechselnde Rollen	4 (11,8)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (33,3)
– neue Rolle	26 (76,5)	2 (100,0)	5 (83,3)	2 (66,6)
Häufigkeit von Partnerschaften	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
– aktuell in Partnerschaft	17 (51,5)	2 (66,7)	2 (28,6)	0 (0,0)
– single	16 (48,5)	1 (33,3)	5 (71,4)	3 (100,0)
Passung von Partnerschaften	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
– Passung	13 (76,5)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Partner ist...	heterosexuelle Frau (n=13)	homo- o. bisexueller Mann (n=1)		
– Nicht-Passung	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)
Partner ist...		heterosexueller Mann (n=1)	heterosexueller Mann (n=1)	
– unklare Passung	4 (23,5)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)
Partner ist...	homo- o. bisexuelle Frau (n=4)		sonstiger Partner (n=1)	



zwischen dem biologischen Geschlecht und dem Bestehen einer Partnerschaft erweist sich als nicht signifikant ($\chi^2=1,44$, $p=0,230$). Über die Hälfte der MF-Personen in einer aktuellen Partnerschaft ist verheiratet (53,3%, $n=8$), während dies lediglich für eine FM-Person (4,8%) zutrifft ($P=11,01$, $p=0,001$). MF-Personen mit einer gynäphilen sexuellen Orientierung haben im Vergleich zu MF-Personen anderer sexueller Orientierung zum höchsten Anteil eine Partnerschaft (42,9%, $n=9$) (• Tab. 2). Ebenso haben in der Gruppe der FM-Personen gynäophile Personen mit 51,5% ($n=17$) im Vergleich zu Personen anderer sexueller Orientierung am häufigsten eine Partnerschaft, unter Berücksichtigung der sehr kleinen Gruppe gynandrophiler FM-Personen ($n=3$), die ebenfalls mehrheitlich in einer Partnerschaft sind (66,7%, $n=2$) (• Tab. 3).

Passung von Partnerschaften

Betrachtet man die aktuellen Partnerschaften der Teilnehmenden, zeigt sich zunächst in der Gruppe der MF-Personen lediglich bei 20,0% ($n=3$) eine Passung (Range: 20–34 Jahre), während 66,7% ($n=10$) der Personen in Partnerschaften lebt, für die keine Passung festgestellt werden kann (Range: 34–52 Jahre). Anders stellt sich das Bild bei FM-Personen dar, die mit 66,7% ($n=14$) häufiger in Partnerschaften mit Passung sind (Range: 17–46 Jahre). Nur 9,5% ($n=2$) der FM-Personen leben in einer Partnerschaft mit Nicht-Passung (je 19 Jahre alt) (• Tab. 1). Einige der Partnerschaften von MF- und FM-Personen konnten in Bezug auf die Passung mittels der im Messinstrument vorgegebenen Antwortalternativen (vgl. Abschnitt „Methode“) nicht eindeutig klassifiziert werden. Dies betrifft 2 MF-Personen (24 bzw. 45 Jahre) und 5 FM-Personen (Range: 24–38 Jahre). Unter Ausschluss dieser nicht zuzuordnenden Passungen erweist sich der Zusammenhang zwischen dem biologischen Geschlecht und der Passung bzw. Nicht-Passung in der Partnerschaft als hochsignifikant ($\chi^2=12,272$, $p<0,001$).

MF-Personen mit Passung in der Partnerschaft ($n=3$) leben privat bereits in der neuen Geschlechtsrolle ($n=2$) oder in wechselnden Rollen ($n=1$) und sind in Paarbeziehungen mit heterosexuellen Männern ($n=2$) oder einer homo- oder bisexuellen Frau ($n=1$).

MF-Personen mit Nicht-Passung in der Partnerschaft ($n=10$) haben dagegen in allen Fällen heterosexuelle Frauen als Partnerinnen (• Tab. 2). Demnach bezieht sich die sexuelle Orientierung der Partnerinnen eigentlich auf Männer und nicht auf die weibliche Geschlechtsidentität der Teilnehmerinnen. Den größten Anteil davon stellen gynäophile MF-Personen ($n=8$), die im Privatleben teils noch in der alten, männlichen Geschlechtsrolle leben ($n=2$), in wechselnden Rollen ($n=4$) oder bereits in der weiblichen Rolle leben ($n=2$).

In den Paarbeziehungen von FM-Personen mit Passung ($n=14$) handelt es sich ebenfalls vorwiegend um gynäophile Teilnehmer mit heterosexuellen Frauen als Partnerinnen ($n=13$). Ihr Privatleben führen sie überwiegend bereits in der neuen, männlichen Geschlechtsrolle ($n=10$). Die beiden Teilnehmer mit Nicht-Passung in der Partnerschaft haben jeweils heterosexuelle Männer als Partner, sodass sich auch hier die sexuelle Orientierung eigentlich auf Frauen und nicht auf die männliche Geschlechtsidentität der Teilnehmer richtet, obgleich beide angeben, privat bereits in der männlichen Rolle zu leben.

Diskussion

▼ Wenn MF- und FM-Personen zum ersten Mal klinisch vorstellig werden, leben sie überwiegend noch nicht kontinuierlich in der ihrer Geschlechtsidentität entsprechenden Geschlechtsrolle. Vor allem das Berufsleben wird von der Mehrzahl der Personen noch in der ursprünglich zugewiesenen, dem biologischen Geschlecht entsprechenden Geschlechtsrolle ausgeübt, teils auch in wechselnden Geschlechtsrollen. Abseits vom Berufsleben bieten sich jedoch für FM-Personen deutlich häufiger als für MF-Personen gesellschaftliche Freiräume, zumindest in Ansätzen dem Geschlechtsidentitätserleben entsprechend leben zu können. Über drei Viertel der FM-Personen führen ihr Privatleben bereits kontinuierlich in der neuen Geschlechtsrolle, während dies lediglich für gut ein Drittel der MF-Personen zutrifft. Für sie scheint der Geschlechtsrollenwechsel sowohl im Berufs- als auch im Privatleben mit größeren Schwierigkeiten verbunden zu sein, was vor den körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen häufig auf die Schwierigkeit zurückzuführen ist, dass die männlichen Körperanteile (u.a. Stimme und Gesichtshaarung) weiterhin die Wahrnehmung der Mitmenschen beeinflussen. Im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Geschlechterrollenstereotypen und -erwartungen könnte in diesem Sinne bei einem Anteil der MF-Personen mit Geschlechtsdysphorie auch zu einem (früheren) Zeitpunkt in der Entwicklung das Bedürfnis nach supportiver Hilfe im klinischen Kontext entstehen, um die eigene Identitätsfrage zu bearbeiten oder/und den Rollenwechsel zu vollziehen.

Wenn MF- und FM-Personen zum ersten Mal klinisch vorstellig werden, leben sie mehrheitlich als Single bzw. alleinstehend. Dieser Befund korrespondiert mit jüngeren Studien [21, 54]. Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich jedoch in den Partnerschaftskonstellationen: FM-Personen haben überwiegend Partner bzw. Partnerinnen, von denen sie als Männer begehrt werden. Gynäophile FM-Personen scheinen dabei im Vergleich zu Personen anderer sexueller Orientierung die höchsten Chancen auf eine Partnerschaft zu haben und gleichzeitig auch am häufigsten Partner bzw. Partnerinnen zu finden, deren sexuelle Orientierung ihre männliche Geschlechtsidentität berücksichtigt. Diese Befunde stützen frühere Beobachtungen, denen zufolge FM-TS meist bereits vor Hormonbehandlung und Mastektomie in Partnerschaften leben, in denen sie von ihren Partnern bzw. Partnerinnen als Mann wahrgenommen und akzeptiert werden. Es wird oft eine eher einseitige auf die Partnerin bezogene Sexualität berichtet [55]. Sexualität spielt für FM-TS dennoch häufig eine wichtige Rolle, insofern, als das Vermögen, den Partner bzw. die Partnerin sexuell befriedigen zu können, auch der Bestätigung des männlichen Selbstbildes dient [24, 49]. Obgleich aufgrund der geringen Gruppengrößen ein Zusammenhang zwischen der Passung von Partnerschaften und der gelebten Geschlechtsrolle statistisch nicht zu überprüfen war, könnte zwischen dem Befund, dass FM-Personen privat überwiegend schon in der neuen Geschlechtsrolle leben, und dem hohen Anteil von Partnerschaften mit Passung in dieser Geschlechtergruppe ein wechselseitiger Zusammenhang bestehen. Das Auftreten in der der Geschlechtsidentität entsprechenden Rolle könnte einerseits die Chance erhöhen, einen „passenden“ Partner bzw. eine „passende“ Partnerin zu finden. Gleichzeitig können Partnerschaften, in denen sich FM-Personen von ihren Partnern bzw. Partnerinnen in ihrer männlichen Geschlechtsidentität begehrt und bestätigt fühlen, eine wichtige Ressource und Unterstützung liefern, um sie zu ermutigen, das eigene



Identitätsempfinden auch in der Geschlechtsrolle öffentlich zu leben. Untersuchungen an einer größeren Stichprobe sind nötig, um diese Hypothesen zu prüfen.

Dass es für MF-Personen schwieriger sein dürfte, Partner bzw. Partnerinnen zu finden, von denen sie sich als Frauen begehrt fühlen, zeigen die Befunde zur überwiegenden Nicht-Passung in ihren Partnerschaften. Insgesamt sind MF-Personen, wenn sie erstmals Hilfe im klinischen Kontext suchen, im Vergleich zu FM-Personen im Mittel älter und häufiger verheiratet. Letztere Beobachtung konnte bereits in früheren Studien gemacht werden [10,19,25,56]. MF-Personen sind häufig in Partnerschaften, in denen sich die sexuelle Orientierung des Partners bzw. der Partnerin auf die alte, männliche Geschlechtsrolle bezieht. Dies scheint vor allem für gynäophile MF-Personen zuzutreffen, die im Vergleich zu MF-Personen anderer sexueller Orientierung im Mittel am Ältesten und zum höchsten Anteil in einer Partnerschaft sind. Für sie scheint auch der Rollenwechsel mit besonderen Schwierigkeiten verbunden zu sein. Viele durchleben ihr Outing erst zu einem späteren Zeitpunkt im Verlauf einer meist länger dauernden Partnerschaft, die sie zuvor in der männlichen Geschlechtsrolle eingegangen waren. Das weibliche Identitätsempfinden mit der (androphilen) Partnerin zu thematisieren, gestaltet sich meist als problematisch und wird daher längere Zeit geheim gehalten, z. B. durch das heimliche Tragen von Frauenkleidung, was den Leidensdruck zusätzlich erhöht. Obwohl sich anhand der geringen Fallzahlen der vorliegenden Stichprobe keine statistischen Zusammenhänge zwischen dem Zeitpunkt der Erstmanifestation der Geschlechtsdysphorie und der Passung von Partnerschaften aufzeigen lassen, indizieren die Befunde, dass dies vor allem Personen betreffen könnte, die einen late onset der Symptomatik zeigen: MF-Personen in Partnerschaften mit Nicht-Passung sind deutlich älter als solche in Partnerschaften mit Passung (Range: 34–52 Jahre bzw. Range: 20–34 Jahre). Die Phase des Outings und des Ausprobierens in der weiblichen Geschlechtsrolle stellt dann meist eine besondere Belastungsprobe für die Partnerschaft dar. Der Geschlechtsrollenwechsel stellt sowohl die Mann-Frau-Relation an sich als auch die Selbstdefinition der Partnerin in Bezug auf ihre eigene sexuelle Identität (als heterosexuell) infrage [24]. Für diese Subgruppe wird zwar häufig von einer „heterosexuellen Vorgeschichte“ mit transvestitisch-fetischistischer Entwicklung berichtet [30,55], für die vorliegende Stichprobe lassen sich diesbezüglich jedoch keine Aussagen treffen. Einerseits zeigen sich bei gynäphilen MF-Personen unter Berücksichtigung der geringen Gruppengrößen keine Hinweise auf Zusammenhänge zwischen der im Privaten gelebten Geschlechtsrolle und dem Bestehen einer Partnerschaft. Andererseits liegen im Rahmen der Fragestellung der vorliegenden Untersuchung keine Daten zu transvestitischem Fetischismus in der Vorgeschichte vor. Vor dem Hintergrund der kontroversen Datenlage (siehe oben) als auch basierend auf der klinischen Erfahrung der Autoren lässt sich aus einer solchen Vorgeschichte kein monokausaler Schluss auf ein spätes transsexuelles Coming-out ziehen, das als gemeinsame Endstrecke multidimensionaler Einflussfaktoren anzusehen ist [57,58]. So sind auch frühere Befunde zu moderaten Zusammenhängen zwischen sexueller Orientierung und age of onset [3,22] nicht kausal interpretierbar und haben vor dem Hintergrund der von einem Anteil der Personen berichteten Änderung der sexuellen Orientierung im Verlauf der transsexuellen Entwicklung nur eingeschränkte Validität. Die zugrunde liegenden, multifaktoriellen Mechanismen sind bislang noch nicht ausreichend erforscht [59], Befunde sprechen jedoch für eine

Fluidität der sexuellen Orientierung im Lebensverlauf auch bei Personen ohne Geschlechtsidentitätsstörung [60–63].

Für FM-Personen deutet sich in der vorliegenden Stichprobe ein gegenläufiger Trend an bezüglich des Zeitpunkts des transsexuellen Coming-outs: FM-Personen in Partnerschaften mit Passung sind überwiegend etwas älter (Range: 17–46 Jahre) als solche in Partnerschaften mit Nicht-Passung (beide 19 Jahre). Weitergehende Explorationen zur Partnerwahl von MF- und FM-Personen sollten daher die Verlaufsform (age of onset) miteinbeziehen, die als differenzierende Variable in der empirischen Forschung zunehmend an Bedeutung gewinnt [7].

Zusammenhänge zwischen dem Geschlechtsrollenverhalten sowie der Partnerwahl und qualitativen Aspekten wie der wahrgenommenen Unterstützung durch oder der Zufriedenheit in der Partnerschaft sollten an einer größeren Stichprobe untersucht werden. Darauf aufbauend ist das Coping in Partnerschaften von MF- und FM-Personen im Verlauf der transsexuellen Entwicklung genauer zu fokussieren. Welchen Stellenwert Personen mit Geschlechtsdysphorie dem Aspekt des Begehrt- und Bestätigtwerdens durch die Partner in der erlebten Geschlechtsidentität zuschreiben, sollte dabei ebenso exploriert werden wie andere Partner- bzw. Partnerschaftsvariablen, die von MF- und FM-Personen im Behandlungsverlauf als positive Ressourcen angesehen werden und daher in eine psychotherapeutische Begleitung miteinbezogen werden sollten. Gerade im Zusammenhang mit den Befunden zur Änderung der sexuellen Orientierung bei einigen MF- und FM-Personen im Zuge körpermedizinischer geschlechtsanpassender Maßnahmen sind Partnerschaftsstabilität und -zufriedenheit im Verlauf der transsexuellen Entwicklung von besonderem Interesse. Durch die vorliegende Untersuchung werden die vielfältigen Partnerschaftskonstellationen von MF- und FM-Personen verdeutlicht. Die fortlaufende Datenerhebung im Rahmen der ENIGI-Studie wird eine Analyse der spezifischen Charakteristiken unterschiedlicher Partnerschaftsmuster von MF- und FM-Personen an einer größeren Stichprobe ebenso ermöglichen wie eine weiterführende statistische Untersuchung der Zusammenhänge zwischen sexueller Orientierung, Geschlechtsrolle und Passung von Partnerschaften.

Einschränkungen

▼ Obgleich sich die vorliegenden Ergebnisse in Teilaspekten gut in Befunde früherer Arbeiten einfügen, kann aufgrund der Tatsache, dass es sich um ein seltenes Phänomen handelt und der daraus folgenden kleinen Gruppengrößen nicht von einer repräsentativen Stichprobe ausgegangen werden. Im Vordergrund steht daher die Hypothesen generierende Bedeutung der Arbeit. Kritisch zu betrachten ist die Erhebung der sexuellen Orientierung per Selbstauskunft in wenigen einzelnen Fragen durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, wurde doch die Auskunft von Personen mit Geschlechtsdysphorie zu ihrer sexuellen Orientierung in der klinischen Praxis früher zur Diagnostik verwendet (siehe oben). Eine Verfälschung bzw. Anpassung der sexuellen Selbstdarstellung an die vermuteten diagnostischen Konventionen scheint bzw. schien daher denkbar [57]. Allerdings stellt auch eine Fremdeinschätzung nicht unbedingt ein geeignetes Mittel der Validierung der subjektiven sexuellen Orientierung einer Person dar. Selbst- und Fremdeinschätzung der sexuellen Orientierung überlappen sich nur zum Teil [22] und unterliegen vielfältigen Störvariablen. In diesem Sinne ist auch die Erhebung der sexuellen Orientierung der Partnerinnen und Partner durch



Befragung der Teilnehmenden nur eingeschränkt zuverlässig und sollte soweit möglich in zukünftigen Untersuchungen durch direkte Befragung ermittelt werden.

Fazit für die Praxis

Wenn FM-Personen zum ersten Mal klinisch vorstellig werden, führen sie ihr Privatleben überwiegend bereits in der männlichen Geschlechtsrolle und leben in Partnerschaften, innerhalb derer sie sich als Männer begehrt fühlen. MF-Personen haben sich dagegen im Privatleben häufig noch nicht geoutet, wenn sie das erste Mal Hilfe im klinischen Kontext suchen. Entsprechend werden sie von ihren Partnern bzw. Partnerinnen meist noch in ihrer alten, männlichen Geschlechtsrolle begehrt. Daraus ergeben sich unterschiedliche Ressourcen für MF- und FM-Personen während der transsexuellen Entwicklung, die in der therapeutischen Begleitung differenziert berücksichtigt werden müssen.

Danksagung

Unser Dank gilt den an der Durchführung dieser Untersuchung beteiligten Personen, allen voran den Teilnehmenden. Ebenso bedanken möchten wir uns bei den kollaborierenden wissenschaftlichen Studienleiterinnen der Gender-Kliniken in Gent, Belgien (Griet De Cuypere), Amsterdam, den Niederlanden (Peggy Cohen-Kettenis) und Oslo, Norwegen (Ira Haraldsen). Am Hamburger Institut sei insbesondere Kerstin Huber und Maike Fliegner für die Durchführung von klinisch-strukturierten Interviews sowie Elena Bennecke und Christina Handford für die Koordination der Datenerhebung gedankt, ebenso wie den kooperierenden Behandelnden Urszula Martyniuk, Wilhelm F. Preuss und Katinka Schweizer. Zuletzt möchten wir uns bei den Reviewern für ihre hilfreichen Kommentare bedanken.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Richter-Appelt H. Intersexualität – Störungen der Geschlechtsentwicklung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50: 52–61
- 2 Money J. Zur Geschichte des Konzepts Gender Identity Disorder. Z Sex Forsch 1994; 7: 20–34
- 3 Lawrence AA. Sexual Orientation versus Age of Onset as Bases for Typologies (Subtypes) for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. Arch Sex Behav 2010; 39: 514–545
- 4 Nieder TO, Richter-Appelt H. Tertium non datur – either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. Psychology & Sexuality 2011; 2: 224–243
- 5 Sigusch V. Leitsymptome transsexueller Entwicklungen [Leading Symptoms of Transsexual Developments]. Dtsch Arztebl 1994; 91: 1455–1458
- 6 Meyerowitz J. How Sex Changed – A History of Transsexuality in the United States. Cambridge: Harvard University Press; 2002
- 7 Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescence and Adults. Arch Sex Behav 2010; 9: 499–513
- 8 Stoller RJA. Contribution to the Study of Gender Identity. Int J Psychoanal 1964; 45: 220–226
- 9 Lewins F. Explaining stable partnerships among FTMs and MTFs: A significant difference? Journal of Sociology 2002; 38: 76–88
- 10 Smith YLS, van Goozen SHM, Kuiper AJ et al. Transsexual subtypes: clinical and theoretical significance. Psychat Res 2005; 137: 151–160
- 11 Nieder TO, Richter-Appelt H. Neue Perspektiven psychischer Aspekte von Transsexualität. Störungen der Geschlechtsidentität. Gynäkologische Endokrinologie 2009; 7: 147–152
- 12 Bentler PM. A typology of transsexualism: gender identity theory and data. Arch Sex Behav 1976; 5: 567–584
- 13 Blanchard R. Typology of male-to-female transsexualism. Arch Sex Behav 1985; 14: 247–261
- 14 Lindemalm G, Körlin D, Uddenberg N. Long-term follow-up of “sex change” in 13 male-to-female transsexuals. Arch Sex Behav 1986; 15: 187–210
- 15 Blanchard R. The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. Arch Sex Behav 1989; 18: 315–334
- 16 Lawrence AA. Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. Arch Sex Behav 2005; 34: 147–166
- 17 Paus IB. Female transsexualism: part I. Arch Sex Behav 1974; 3 (6): 487–507
- 18 Paus IB. Female transsexualism: part II. Arch Sex Behav 1974; 3: 509–526
- 19 Blanchard R, Clemmensen LH, Steiner BW. Heterosexual and homosexual gender dysphoria. Arch Sex Behav 1987; 16: 139–152
- 20 Chivers ML, Bailey JM. Sexual orientation of female-to-male transsexuals: a comparison of homosexual and nonhomosexual types. Arch Sex Behav 2000; 29: 259–278
- 21 De Cuypere G, T'Sjoen G, Beerten R et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. Arch Sex Behav 2005; 34: 679–690
- 22 Nieder TO, Herff M, Cerwenka S et al. Age of Onset and Sexual Orientation in Transsexual Males and Females. J Sex Med 2011; 8: 783–791
- 23 Daskalos CT. Changes in the sexual orientation of six heterosexual male-to-female transsexuals. Arch Sex Behav 1988; 27: 605–614
- 24 Dozier R. Beards, breasts, and bodies – Doing sex in a gendered world. Gender Soc 2005; 19: 297–316
- 25 Dixen JM, Maddever H, Van Maasdam J et al. Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical gender reassignment. Arch Sex Behav 1984; 13: 269–276
- 26 Kockott G, Fahrner EM. Male-to-female and female-to-male transsexuals: a comparison. Arch Sex Behav 1988; 17: 539–546
- 27 Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe; 2003
- 28 Person E, Ovesey L. The transsexual syndrome in males. I. Primary transsexualism. Am J Psychother 1974; 28: 4–20
- 29 Person E, Ovesey L. The transsexual syndrome in males. II. Secondary transsexualism. Am J Psychother 1974; 28: 174–193
- 30 Becker S. Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung. In: Kockott G, Fahrner E-M, Hrsg. Sexualstörungen. Stuttgart: Thieme; 2004; 153–201
- 31 Nuttbrock L, Bockting W, Mason M et al. A further assessment of Blanchard's typology of homosexual versus non-homosexual or autogynephilic gender dysphoria. Arch Sex Behav 2011; 40: 247–257
- 32 Ekins R, King D. The Emergence of New Transgendering Identities in the Age of the Internet. In: Hines S, Sanger T, Hrsg. Transgender Identities: Towards a Social Analysis of Gender Diversity. London: Routledge; 2010; 25–42
- 33 Blanchard R. Early history of the concept of autogynephilia. Arch Sex Behav 2005; 34: 439–446
- 34 Blanchard R. Deconstructing the feminine essence narrative. Arch Sex Behav 2008; 37: 434–438 discussion 410–505
- 35 Lawrence AA. Becoming what we love: autogynephilic transsexualism conceptualized as an expression of romantic love. Perspect Biol Med 2007; 50: 506–520
- 36 Lawrence AA. Erotic Target Location Errors: An Underappreciated Paraphilic Dimension. J Sex Res 2009; 46: 194–215
- 37 Lawrence AA. Transgenderism in nonhomosexual males as a paraphilic phenomenon: implications for case conceptualization and treatment. Sexual and Relationship Therapy 2009; 24: 188–206
- 38 Lawrence AA. Autogynephilia: An Underappreciated Paraphilia. In: Balon R, Hrsg. Sexual Dysfunction: Beyond the Brain-Body Connection. Adv Psychosom Med 2011; 135–148
- 39 Moser C. Autogynephilia in women. J Homosex 2009; 56: 539–547
- 40 Moser C. Blanchard's Autogynephilia Theory: A Critique. J Homosex 2010; 57: 790–809
- 41 Serano JM. The Case Against Autogynephilia. International Journal of Transgenderism 2010; 12: 176–187
- 42 Ekins R, King D. The Transgender Phenomenon. London: Sage; 2006
- 43 Bockting WO. Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. Sexologies 2008; 17: 211–224



- 44 *Dreger AD*. The controversy surrounding "The man who would be queen": a case history of the politics of science, identity, and sex in the Internet age. *Arch Sex Behav* 2008; 37: 366–421
- 45 *Schleifer D*. Make Me Feel Mighty Real: Gay Female-to-Male Transgenderists Negotiating Sex, Gender, and Sexuality. *Sexualities* 2006; 9: 57–75
- 46 *Coleman E, Bockting WO, Gooren L*. Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Arch Sex Behav* 1993; 22: 37–50
- 47 *Alegría CA*. Relationship challenges and relationship maintenance activities following disclosure of transsexualism. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010; 17: 909–916
- 48 *Devor H*. Sexual orientation identities, attractions, and practices of Female-to-male Transsexuals. *The J Sex Res* 1993; 4: 303–315
- 49 *Kraemer B, Hobi S, Rufer M et al*. Partnerschaft und Sexualität von Frau-zu-Mann transsexuellen Männern. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2010; 60: 25–30
- 50 *Kreukels BPC, Haraldsen IR, De Cuypere G et al*. A European Network for the Investigation of Gender Incongruence: The ENIGI initiative. *Eur Psychiatry* 2012 in press
- 51 *Doorn CD, Poortinga J, Verschoor AM*. Cross-gender identity in transvestites and male transsexuals. *Arch Sex Behav* 1994; 23: 185–201
- 52 *Kinsey AC, Pomeroy WR, Martin CE*. Sexual behavior in the human male. 1948. *Am J Public Health* 2003; 93: 894–898
- 53 *WHO. Schulte-Markwort E*. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. (5. Aufl.). Göttingen: Hans Huber; 2004: 380
- 54 *Cerwenka S*. Partnerschaft und Sexualität von transsexuellen Frauen und Männern. Unveröffentlichte Diplomarbeit zur Diplomprüfung im Studiengang Psychologie des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg, Hamburg. 2009
- 55 *Bosinski HAG*. Sexualstörungen – Geschlechtsidentitätsstörungen. In: Förstl H, Hautzinger M, Roth G, Hrsg. *Neurobiologie psychischer Störungen*. Heidelberg: Springer; 2006; 808–826
- 56 *Verschoor AM, Poortinga J*. Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Arch Sex Behav* 1988; 17: 173–178
- 57 *Nieder TO*. Transsexuelle Entwicklungen und therapeutische Praxis. *Z Sex Forsch* 2010; 23: 63–70
- 58 *Richter-Appelt H*. Psychotherapie der Geschlechtsidentität. In: Poschenik G, Ernst R, Hrsg. *Psychoanalyse im Spannungsfeld von Humanwissenschaft, Therapie und Kulturtheorie*. Frankfurt/Main: Brandes & Apsel; 2003
- 59 *Nieder TO, Jordan K, Richter-Appel H*. Zur Neurobiologie transsexueller Entwicklungen – Eine Diskussion der Befunde zur Sexualdifferenzierung, geschlechtsatypischen Verhaltensweisen und Geschlechtsidentität. *Z Sex Forsch* 2011; 24: 199–227
- 60 *Spitzer RL*. Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Arch Sex Behav* 2003; 32: 403–417
- 61 *Savin-Williams RC, Ream GL*. Prevalence and stability of sexual orientation components during adolescence and young adulthood. *Arch Sex Behav* 2007; 36: 385–394
- 62 *Diamond LM, Butterworth M*. Questioning gender and sexual identity: Dynamic links over time. *Sex Roles* 2008; 59: 365–376
- 63 *Peplau LA, Huppig M*. Masculinity, femininity and the development of sexual orientation in women. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health* 2008; 12: 145–165



16.3 Publikation III: Sexual Behavior of Gender Dysphoric Individuals before Gender-confirming Interventions: A European Multi-Center Study

- Manuskript akzeptiert zur Publikation: Journal of Sex and Marital Therapy
- Decision Letter Journal of Sex and Marital Therapy, Dec. 17th, 2012

Cerwenka, S., Nieder, T.O., Cohen-Kettenis, P.T., De Cuypere, G., Haraldsen, I.R.H., Kreukels B.P.C., & Richter-Appelt, H. (accepted). Sexual Behavior of Gender Dysphoric Individuals before Gender-confirming Interventions: A European Multi-Center Study. *Journal of Sex and Marital Therapy*.

Abstract

A transsexual course of development that starts before puberty (early onset, EO) or during or after puberty respectively (late onset, LO) may lead to diverse challenges in coping with sexual activity. The present study explored the sexual behavior of 380 adult EO and LO MFs (male-to-females) and FMs (female-to-males) who had not yet undergone gender-confirming interventions.

Data originate from the ENIGI Initiative (*European Network for the Investigation of Gender Incongruence*) conducted in Belgium, Germany, Netherlands and Norway. Diagnostic information on Gender Identity Disorder according to DSM-IV-TR criteria was obtained by means of self-constructed score sheets. Information on outcome variables was collected by a self-administered questionnaire at first clinical presentation.

EO MFs tended to show sexual attraction towards males more frequently (50.5%), involve genitals less frequently in sexual activity with a partner, and appraise penile sensations and orgasm as more aversive compared to LO MFs. In FMs, sexual attraction towards females (gynephilic) was mainly found in EO FMs (84.0%), while LO FM reported being non-gynephilic more frequently (41.7%).

The study shows that EO and LO MFs differ considerably with regard to coping strategies involving their body during sexual relations and reveals some initial insights into the developmental pathways of LO FMs.

Introduction

Throughout the years, different approaches to subtyping transsexual individuals have been suggested for clinical and research purposes. Sexual orientation and age of onset of transsexual course of development have been discussed predominantly as potential specifiers for different transsexual pathways (Lawrence, 2010). In the early years of institutionalized medical treatment, from the 1960s onwards, it was common to focus on sexual orientation in order to identify applicants eligible to undergo hormonal and/or surgical gender confirming interventions

(GCI) (Meyerowitz, 2002; Nieder & Richter-Appelt, 2011). Blanchard (1989a; p. 323) supposed that adult MFs (male-to-females) who are not sexually attracted to men had followed a developmental pathway which was characterized by sexual arousal associated with “the thought or image of themselves as women” (Blanchard, 1989a), resulting in the wish to become women themselves. He used the term “autogynephilia” to describe this phenomenon (Blanchard, 1989b), which was considered to be a paraphilia underlying “transvestism and some forms of male-to-female (MtF) transsexualism” (Lawrence, 2011; p. 135). However, classification of transsexual individuals on the basis of sexual orientation has become increasingly controversial (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Vance et al., 2010). Empirical research has repeatedly documented changes in the sexual orientation of gender dysphoric individuals during transition (Dozier, 2005; De Cuypere et al., 2005; Lawrence, 2005; Schleifer, 2006; Bockting et al., 2009) as well as an increasing number of non-transsexual individuals who report a general fluidity of sexual orientation over their lifetime (Savin-Williams & Ream, 2007; Diamond & Butterworth, 2008; Peplau & Huppin, 2008; Savin-Williams et al., 2012). Furthermore, sexual orientation was found to be a multidimensional construct (Vrangalova & Savin-Williams, 2012), illustrating the difficulty of measurement. Drawing conclusions about subtypes of transsexual individuals according to their sexual orientation may be of limited validity against this background. On the basis of recent findings, among other experts in the fields, our group has suggested that age of onset is a potentially more useful approach for specifying transsexual pathways (Johansson et al., 2010; Nieder et al., 2011). Person & Ovesey (1974a; 1974b) considered an early onset course of transsexual development (EO) to be one that is characterized by a beginning in early childhood, whereas a late onset (LO) course of development starts during or after puberty. Higher percentages of MFs were found to have followed a LO development than FMs (female-to-males), who had predominantly undergone EO development (Johansson et al., 2010). Individuals with an EO development on average applied for GCI at a younger age compared to those with a LO development, especially amongst MFs (Johansson et al., 2010; Nieder et al., 2011). Although EO MFs reported being sexually attracted to males more frequently than LO MFs, only moderate correlations between age of onset and sexual orientation have been found (Johansson et al., 2010; Nieder et al., 2011).

For most MFs and FMs who have not (yet) had GCI, gender dysphoria arising from the incongruence experienced between gender identity and physical sex characteristics is related to significant distress. In this context, dealing with their undesirable sex-specific body characteristics during sexual activities with a partner or alone may constitute a central area of conflict. Up to now, only a few studies have done research on untreated individuals and focused on differences between MFs and FMs (e.g. De Cuypere et al., 2005) or between individuals with different sexual orientations (e.g. Coleman et al., 1993; Lawrence, 2005; Smith et al., 2005). Moreover, the focus has mainly been on variables on sexual functioning such as the ability to achieve an orgasm or sexual satisfaction in order to identify prognostic factors for the outcome of GCI. However, not all individuals are able to take every possible hormonal or surgical step, for example for health or financial reasons. Others deliberately decide against some or all of them. Even after having gone through hormonal treatment and genital surgery, physical differences to non-transsexual persons of the preferred gender remain. Therefore, the majority of transsexual persons have to face the challenge of being able to cope with the uniqueness of their bodies for the course of their lifetime.

Transferring the research focus from GCI to individually experienced psychosexual development, one can assume that an EO transsexual course of development before puberty may lead to different ways of coping with sexual sensations and activities than a late onset one. Only few empirical findings target these issues. Doorn et al. (1994) found no significant differences between EO and LO MFs in the level of sexual interest during adolescence that was reported retrospectively. Seil (2004) reported on a number of married "secondary" MFs who were almost abstinent sexually, but an ego-dystonic gender identity was defined in addition to a LO as an inclusion criteria. In Johansson et al. (2010) LO individuals after GCI described themselves as being less satisfied with their sex life than EO individuals after GCI, but information on their situation before GCI was absent. Within psychotherapeutic work, dealing with body-related issues during sexual activity is often a significant focus of interest, and yet relatively little is known about how transsexual individuals experience these aspects of sexuality.

Aims

The present study aims to explore the sexual behavior of MFs and FMs who have not yet undergone GCI with regard to different aspects of partner-related and non-partner-related sexual activity. We compared EO and LO MFs and FMs with regard to their experiences with sexual partners, genital involvement and appraisal of genital sensations in sexual relationships, masturbation and appraisal of orgasm in order to gain more insight into potential differences between the groups.

Methods

Procedure

The present multi-centre study originates from the European Network for the Investigation of Gender Incongruence (ENIGI), which in 2007 established a standardized procedure for the assessment of applicants for GCI in four European gender identity clinics (25) Adolescents over 17 years of age and adults who applied to the clinics in Ghent (Belgium), Hamburg (Germany), Amsterdam (Netherlands) and Oslo (Norway) were invited to participate in the study. Individuals were assessed by means of a standardized battery of self-administered questionnaires, structured face-to-face clinical interviews and diagnostic evaluation by the clinicians. Individuals with insufficient command of the local language and those with acute psychotic disorders were excluded. The study has been approved by the local ethics committees. All participants gave written informed consent and permission to analyze data anonymously for research purposes.

Measures

Diagnostic information on Gender Identity Disorder (GID) according to the DSM-IV-TR criteria was gained by means of evaluation forms constructed by the ENIGI Initiative and filled out by the clinicians at the end of the diagnostic phase (Paap et al., 2011; Kreukels et al., 2012). Individuals who fulfilled DSM-IV-TR criteria A and B for GID in childhood retrospectively were classified as EO, and those who fulfilled neither A nor B retrospectively were classified as LO as has been described previously by Nieder et al. (2011). Further information analysed within the

present study was taken from an adapted version of the Dutch Biographic Questionnaire on Transsexualism (Doorn et al., 1994) which was administered to the participants at the point of their first clinical presentation. Education level was measured by applying an eight-staged item (“What is the highest level of education that you have completed?”) and recoded into low level (“lower education” or “lower vocational”), middle level (“secondary education”, “secondary vocational” or “high school”) and high level (“higher vocational”, “bachelor” or “master & PhD”). Sexual orientation was measured by the Kinsey Scale (“To whom do you feel sexually attracted?”; Kinsey et al., 1948) and the answers were recoded with reference to sexual attraction to individuals of the same sex at birth. MFs were classified as androphilic (sexually attracted to males) if they reported exclusive or primary sexual attraction to males, and classified as non-androphilic if they described themselves as sexually attracted to both genders, exclusively or primarily to females, or exclusively or primarily to transgender persons. FMs were categorized as gynephilic (sexually attracted to females) if they reported being exclusively or primarily sexually attracted to females, and the others were categorized as non-gynephilic. Sexual experience was recoded from the item “How many sexual partners have you had in your lifetime?” into no (“none”) and yes (“1-5”, “5-10” or “more than 10”). Further outcome measures were analysed by means of items that targeted genital involvement (“Do you use your genitals during sex with a partner?": “no” or “yes”), appraisal of genital sensations in sexual relationships (“Do you enjoy penile / vaginal sensations during sexual intercourse?": “no”, “yes”, “it varies” or “not applicable”), as well as masturbation (“Do you masturbate?": “no” or “yes”) and the appraisal of orgasm (“What is orgasm like for you?": “never pleasant”, “sometimes pleasant”, “always pleasant”, “not applicable”).

Statistical Analyses

Statistical analyses were done by means of SPSS 18.0. Differences between MFs and FMs were analyzed by harmonizing age of onset as an interfering variable. Nonparametric tests such as Chi-Square (χ^2) and Contingency Coefficient (C) were used for calculating group differences on nominal data. A remark was set ($fe < 5$) in the case of the frequencies expected being below the required level for statistical analyses in a multiple folded schema. The Mann-Whitney-U-Test was used to compare medians (Md) when comparing ordinal value data. Missings were due to practical reasons, sample sizes per item are shown in the tables.

Participants

Those applicants who presented between January 2007 and October 2011, who fulfilled the diagnostic criteria in DSM-IV-TR for GID and could be categorized as EO or LO (see Nieder et al., 2011) and who had not undergone any GCI yet were included in this study. Individuals who had already undergone some kind of GCI before entering the clinic were excluded.

The sample consisted of N=380 individuals, with 45.3% (N=172) participants from the Netherlands, 25.0% (N=95) from Belgium, 19.2% (N=73) from Germany, and 10.5% (N=40) from Norway. In total, 208 MFs and 172 FMs were included, leading to a sex-ratio of 1.21 : 1. While the proportions of individuals with an EO and a LO amongst MFs were rather balanced, FMs predominantly had an EO ($\chi^2=45.651$, $p<0.001$; see table 1).

At the point of first clinical presentation, participants were aged between 17 and 70 years (Md=27). MFs were significantly older (Md=32, Range 17-70) compared to FMs (Md=24, Range 16-60) (EO: $U=6605.00$, sign. $p=0.016$; LO: $U=620.00$, sign. $p<0.001$). EO MFs were significantly younger (Md=30, Range 17-63) than LO MFs (Md=37, Range 18-70; $U=3889.00$, $p=0.001$), while no age difference could be found between EO FMs (Md=24, Range 17-60) and LO FMs (Md=24, Range 17-54; $U=1795.50$, $p=0.855$).

The educational background of the total sample was predominantly at a middle level ($n=210$, 56.2%), and low and high levels of education were distributed almost equally ($n=88$, 23.5% and $n=76$, 20.3%). The educational level did not differ significantly between either the gender groups MFs and FMs (EO: $C=0.095$, $p=0.316$; LO: $C=0.148$, $p=0.260$) or between EO and LO MFs ($C=0.095$, $p=0.316$) or EO and LO FMs ($C=0.148$, $p=0.260$).

The patterns of sex ratios differed significantly between the countries ($C=0.317$, $p>0.001$) (see table 1). Furthermore, in FMs, the EO versus LO ratios varied significantly between the countries ($C=0.271$, $p=0.004$). For example, EO individuals accounted for 100% ($n=29$) of the Belgian FMs, but only 77.3% ($n=51$) of the Dutch FMs (see Table 1).

- Table 1 -

Results

Sexual orientation

MFs and FMs differed significantly with regard to their sexual orientation (EO: $\chi^2=32.751$, $df=1$, $p<0.001$; LO: $\chi^2=13.794$, $df=1$, $p<0.001$), with FMs being more often attracted to individuals of their own sex at birth than MFs.

Within the MF group, EO and LO MFs showed significantly different patterns ($\chi^2=20.036$, $p<0.001$). In EO MFs, the proportion of androphilic to non-androphilic individuals was quite balanced, whereas this was not the case in LO MFs, who predominantly reported a non-androphilic sexual orientation. EO FMs mainly showed a gynephilic sexual orientation, while LO FMs appeared to be more heterogeneous in their sexual orientation ($\chi^2=8.604$, $p=0.010$; see Table 2).

- Table 2 -

Sexual experience with a partner

MFs and FMs did not differ with regard to partner-related sexual experiences (EO: $\chi^2=0.376$, $df=1$, $p=0.540$; LO: Fisher's Exact Probability Test, $p=0.354$).

Neither did we find differences between EO and LO MFs ($\chi^2= 0.013$, $df=1$, $p=0.908$) or between EO and LO FMs (Fisher's Exact Probability Test $p=0.247$). Approximately 20% in all of the groups reported not having had any partner-related sexual experience at all (see Table 3).

- Table 3 -

Genital involvement and appraisal of genital sensations in sexual relationships

Regarding individuals with partner-related sexual experiences, no differences between MFs and FMs were found concerning the involvement or avoidance of their genitals in sexual relations (EO: $\chi^2=0.007$, $df=1$, $p=0.923$; LO: Fisher's Exact Probability Test $p=0.080$), nor the appraisal of genital sensations during sexual contact (EO: $C=0.185$, $p=0.108$; LO: $fe<5$).

However, significant differences arose between EO and LO MFs ($\chi^2=11.385$, $df=1$, $p=0.001$). Among EO MFs, the percentages of persons who involved their genitals ($n=34$, 47.2%) and individuals who did not ($n=38$, 52.8%) were quite equally distributed. In contrast, LO MFs predominantly involved their genitals in sexual contact with a partner ($n=47$, 75.8%; see Table 4). Furthermore, we found significant differences between EO and LO MFs regarding the appraisal of penile sensations during sexual contact ($C=0.231$, $p=0.026$), indicating that slightly higher proportions of LO MFs tended to experience pleasant sensations at least occasionally (see Table 5). Among FMs, approximately 50.0% of both age of onset groups reported involving their genitals during sexual contact and no significant differences arose between EO and LO ($\chi^2=0.001$, $df=1$, $p=0.969$; see Table 4). The question on appraisal of clitoral and vaginal sensations during sexual contact indicated no differences between EO and LO FMs either, but could not be analysed statistically due to the low number of cases (see Table 5).

- Tables 4 and 5 -

Masturbation

Although higher percentages of MFs reported practicing masturbation than FMs, the difference was not significant (EO: $\chi^2=3.780$, $df=1$, $p=0.052$; LO: $\chi^2=2.175$, $df=1$, $p=0.140$). Neither in MFs ($\chi^2=0.141$, $df=1$, $p=0.707$) nor in FMs ($\chi^2=0.006$, $df=1$, $p=0.940$), did EO and LO participants differ significantly with regard to their reported masturbation activity (see Table 6).

- Table 6 -

Appraisal of Orgasm

The difference in response patterns regarding appraisal of orgasm was highly significant between MFs and FMs (EO: $C=0.414$, $p<0.001$; LO: $fe<5$), suggesting that FMs tended to appraise orgasm more frequently as pleasant.

Among MFs, EO and LO individuals differed significantly ($C=0.259$, $p=0.003$), with EO MFs reporting their experience of orgasm quite often as “never pleasant” (26.7%, $n=27$) and only 9.4% ($n=9$) of the LO MFs reporting this. LO MFs more frequently reported having “always pleasant”

orgasm experiences (26.0%, n=25) compared with EO MFs (12.9%, n=13). In FMs, no differences were found between EO and LO individuals ($C=0.082$, $p=0.777$) (see Table 7).

- Table 7 -

Discussion

MFs versus FMs

The present data revealed two main differences between pre-treatment MFs and FMs regarding sexual behavior: one in sexual orientation and one in the appraisal of orgasm. Just as in previous studies (Nieder et al., 2011), MFs showed more balanced patterns of sexual orientation regardless of their age of onset as compared to FMs, who predominantly felt gynephilic. Former studies have described the majority of gynephilic FMs as establishing relationships with heterosexual women by whom they are perceived as males long before any GCI (Kockott & Fahrner, 1988; Devor, 1993; Kraemer et al., 2010; Cerwenka et al., 2012), while gynephilic MFs often appear to have relationships with heterosexual women. For them, a transsexual coming out and social transition may be particularly challenging. Often, their relationship is questioned as their female heterosexual partners may develop doubts about their own sexual orientation or are troubled by losing the partner they previously perceived as male (Alegria, 2010). These difficulties may be one factor contributing to the delay in seeking clinical help. Another delaying factor may be seen in the fact that for MFs, physical characteristics such as body shape and facial hair make it generally more of a challenge to act in the preferred, female gender role without attracting attention. In contrast, FMs often remain invisible and appear to have less problems being accepted in the male gender role (Kockott & Fahrner, 1988; Lewins, 2002). Despite the sexual orientation and age differences between MFs and FMs in the present study, at the point of first clinical presentation similar proportions of MFs and FMs reported already having sexual experience with a partner. This is not in line with a former study describing higher proportions of FMs as not having sexual experience with a partner than MFs (Verschoor & Poortinga, 1988). The absence of a difference between MFs and FMs with regard to the involvement of their genitals in sexual partner relations seems particularly surprising as previous reports indicated higher rates among MFs compared with

FMs. While MFs before GCI were found to regularly practice active vaginal or anal penetration (Selvaggi et al., 2007), FMs before GCI were repeatedly reported as ignoring or hiding their female body parts when engaging in sexual activity with a partner (Coleman et al., 1993; Kraemer et al., 2010). Also, the appraisal of genital sensations during sexual contact revealed no differences within the present sample of MFs and FMs. Partner-related sexual experiences seem to be equally conflictual for MFs and FMs.

With regard to sexual behavior not necessarily related to a partner, masturbation appears to have been practiced by equal proportions of MFs and FMs, which appears consistent with previous findings from De Cuypere et al. (2005). In our study, MFs appraised orgasm negatively more frequently when compared to FMs, who often chose the answer category “not applicable”. Some of them may have avoided answering this item, and others may not experience orgasms at all. As repeatedly found among the general population, manifest orgasmic dysfunction occurs more frequently in females than in males (e.g. Lewis et al., 2010). Although there are no studies at hand exploring orgasm experiences of MFs and FMs before GCIs, reports from MFs and FMs after hormonal and surgical GCI suggest changes in these experiences following treatment. MFs reported a more intense and smoother orgasm of longer duration after GCI than before GCI (De Cuypere et al., 2005). A prolonged excitement phase was mainly experienced positively (Rehman et al., 1999). For the majority of FMs after GCI, orgasm appeared to become easier to achieve and appraised to be more powerful and shorter (Lief & Hubschman, 1993; De Cuypere et al., 2005; Wierckx et al., 2011). These changes in orgasm experiences appear to result mainly from medication and the suppression of sex hormones. At the same time, orgasm experiences perceived as typical for one’s preferred gender role may be accompanied by more positive appraisals. In this sense, more negative perceptions of orgasm may inversely be reported before GCI, especially in MFs.

Early onset MFs versus late onset MFs

As has been found previously (Nieder et al., 2011), EO MFs applied for treatment in gender identity clinics at a younger age than LO MFs and differed in the distribution of their sexual orientation. Moreover, the age of onset groups differed considerably in the way they coped with

their body during sexual relations. EO MFs tended to involve their genitals less frequently in sexual activity with a partner and to appraise their penile sensations as well as their orgasm as being more aversive than was the case for LO MFs. Derived from these findings, one may draw the conclusion that a pre-pubertal onset of a transsexual course of development might hinder some MFs in evolving a positive relationship to their genitals and genital sensations right from the beginning. In this context, some of them may avoid using their genitals in sexual relations because they do not enjoy penile sensations and orgasm at all. In contrast, LO MFs who experience their gender dysphoria at a later age may have been able to draw upon more positive sensations in relation to their male genitals during adolescence and link them to certain sexual fantasies. In a subgroup of gynephilic MFs, sexual arousal was reported to be associated with cross-dressing at least for a period of time in puberty or adulthood (Johnson & Hunt, 1990; Docter & Fleming, 2001; Lawrence, 2005; Smith et al., 2005; Nuttbrock et al., 2011) and autogynephilic fantasies were reported more frequently by LO MFs than by EO MFs (Burns et al., 1990). This link might account for LO MFs having more pleasant genital experiences and could describe the way they coped with their undesired male genitals over the years by means of “female/feminine embodiment fantasies” (Serano, 2010; p. 184). In contrast, EO MFs may have abstained from such practices more often and therefore experienced less pleasurable genital-related sensations per se. This hypothesis is also supported by previous findings, which suggest that in EO MFs, gender dysphoria is related to an intense aversion to their physical sex characteristics and significantly higher feminine self-rating than in LO MFs (Herman-Jeglinska et al., 2002). Diverse partner-related constellations previously found amongst MFs (Lawrence, 2005; Cerwenka et al., 2012) may be another factor that impacts the sexual activities practiced and explains ways of coping with one’s body in sexual relations. LO MFs, who were found to be predominantly non-androphilic, may find themselves more frequently pushed into a typical male role with active use of their penis during sexual interactions with females. In contrast, EO MFs, especially those who are androphilic, may be more likely to take on a female role during sexual contact and avoid using their male genitals, such as in passive anal intercourse.

Early onset FMs versus late onset FMs

We found that the predominant gynephilic sexual orientation previously reported in FMs (Nieder et al., 2011) applied mainly to EO FMs, whereas LO FM more often reported a non-

gynephilic attraction. Apart from this, the present study interestingly revealed no differences in sexual behavior patterns between EO and LO FMs. The onset of a transsexual development before puberty or later did not appear to be a predictor in FMs for their age at first clinical presentation, their involvement of genitals and appraisal of clitoral and vaginal sensations during sexual contact, their masturbation activity, or their appraisal of orgasm. A history of sexual arousal during cross-dressing in adolescence or adulthood has scarcely been reported other than in MFs, and appears to play only a minor role in FMs (Smith et al., 2005; Bockting et al., 2009), which may be one factor explaining these findings. Former studies described a number of gynephilic FMs as avoiding involving their own female body parts in sexual activity (Devor, 1993; Kraemer et al., 2010), but sexual activities of non-gynephilic FMs or those with a late onset have scarcely been studied up to now. For FMs in general, feeling accepted as a male partner in sexual relations was repeatedly reported to contribute to positive self-esteem and confirm male gender identity (Devor, 1993; Hines, 2006; Schleifer, 2006;). In this context, EO and LO FMs apparently have to deal with similar issues in coping with their body in sexual relations.

Limitations

While in MFs, an early or late onset tended to show distinctions in some aspects of sexual behavior, such differences could not be found in FMs. One reason for this is that the numbers of FM individuals with a LO was very small. Although interesting in themselves, the statistical analyses had little informative value, and larger samples would have to be examined in order to draw more solid conclusions on actual differences between EO and LO FMs' sexuality.

Research into particularly private and intimate issues such as sexual behavior and the appraisal of sexual sensations always faces the risk of being biased due to inhibitions or fear of self-disclosure. In the case of MFs in particular, the need or pressure to provide a favourable portrayal of oneself in the context of applying for GCI has been discussed repeatedly (Meyerowitz, 2002; Nieder & Richter-Appelt, 2011). Another source of bias may be the fact that the data were gained only by means of the retrospective self-reports of the participants. Furthermore, the ability to reach an orgasm was not the subject of assessment, limiting the validity of the answer patterns in the question on orgasm appraisal. Finally, the findings from the present study are based on the

examination of a clinical sample and therefore are not applicable to gender dysphoric individuals who have not requested GCI in a clinical context.

Conclusion

In MFs in particular, the age of onset of a transsexual course of development appears to be useful for understanding how certain subgroups cope with their physical sex characteristics in partner-related and non-partner-related sexual activities. Differences between early and late onset MFs are to be considered, especially in the context of the possibilities and limitations of the gender-confirming interventions desired, such as hormonal and surgical treatment. The expectations of EO and LO MFs may differ and should be addressed during psychotherapeutic work. Moreover, findings from the present study are of great value when seen against the background of the controversial discussions surrounding GCI for gender dysphoric children during the course of puberty (e.g. Cohen-Kettenis et al., 2008; De Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Stein, 2012), since untreated EO MFs tend to be unable to draw on positive sexual experiences in their adolescence or later.

As regards FMs, the present study gives some first insights into the ways in which the developmental pathways of LO FMs differ from the “classical” FM route that has mainly been researched up to now. Whereas until now FMs have predominantly been described as sexually orientated towards females, the present study reveals that this applies mainly to EO MFs while among LO FMs a higher proportion show a non-gynephilic sexual orientation. Being able to experience pleasurable sexual activity relates fundamentally to sexual health as defined by the WHO (2002; p. 5) as being “a state of physical, emotional, mental and social well-being related to sexuality...”. Hence, the sexual behaviors and activities of both FMs and MFs should not be undervalued as topics in psychotherapeutic work. Further research is needed in order to understand the mechanisms and developmental psychological terms underlying different patterns of sexual needs and related sexual activities. Cultural, regional, administrative and legislative characteristics of the participating countries are to be considered as well.

Acknowledgements

We would like express our thanks to all those persons who enabled us to conduct this research, first and foremost the participants of the study. Furthermore, our special appreciation goes to the medical and psychological staff and colleagues in the collaborating gender identity clinics in Belgium (esp. Els Elaut and Gunter Heylens), in the Netherlands (esp. Hanneke Kempes and Jos Megens) and in Oslo (esp. Muirne Paap and Muriel Bruchhage). We would also like to explicitly thank everybody in the Hamburg gender team who contributed to the realization of this project, especially Wilhelm F. Preuss for his clinical support. Thanks as well to Christina Handford for improving the English grammar and expressions in the text. Last but not least, we are grateful to Katinka Schweizer for her efforts in the early years of implementation of the ENIGI protocol in Hamburg.

References

- Alegria, C. A. (2010). Relationship challenges and relationship maintenance activities following disclosure of transsexualism. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 17(10), 909–916.
- Blanchard, R. (1989a). The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Archives of sexual behavior*, 18(4), 315–334.
- Blanchard, R. (1989b). The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(10), 616–623.
- Bockting, W., Benner, A., & Coleman, E. (2009). Gay and bisexual identity development among female-to-male transsexuals in North America: emergence of a transgender sexuality. *Archives of sexual behavior*, 38(5), 688–701.
- Burns, A., Farrell, M., & Brown, J. C. (1990). Clinical features of patients attending a gender-identity clinic. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 157, 265–268.
-

-
- 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.
- Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *The journal of sexual medicine*, 5(8), 1892–1897.
- 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.
- Coleman, E., Bockting, W. O., & Gooren, L. (1993). Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Archives of sexual behavior*, 22(1), 37–50.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., Monstrey, S., Vansteenwegen, A., & Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of sexual behavior*, 34(6), 679–690.
- de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *Journal of homosexuality*, 59(3), 301–320.
- Devor, H. (1993). Sexual orientation identities, attractions, and practices of female-to-male transsexuals. *Journal of Sex Research*, 30(4), 303–315.
- Diamond, L. M., & Butterworth, M. (2008). Questioning Gender and Sexual Identity: Dynamic Links Over Time. *Sex Roles*, 59(5-6), 365–376.
- Docter, R. F., & Fleming, J. S. (2001). Measures of transgender behavior. *Archives of sexual behavior*, 30(3), 255–271.
- Doorn, C. D., Poortinga, J., & Verschoor, A. M. (1994). Cross-gender identity in transvestites and male transsexuals. *Archives of sexual behavior*, 23(2), 185–201.
- Dozier, R. (2005). Beards, Breasts, and Bodies: Doing Sex in a Gendered World. *Gender & Society*, 19(3), 297–316.
- Herman-Jeglińska, A., Grabowska, A., & Dulko, S. (2002). Masculinity, femininity, and transsexualism. *Archives of sexual behavior*, 31(6), 527–534.
- Hines, S. (2006). Intimate Transitions: Transgender Practices of Partnering and Parenting. *Sociology*, 40(2), 353–371.
- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of sexual behavior*, 39(6), 1429–1437.
-

-
- Johnson, S. L., & Hunt, D. D. (1990). The relationship of male transsexual typology to psychosocial adjustment. *Archives of sexual behavior*, 19(4), 349–360.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. R., & Martin, C. E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia, Pa: W.B. Saunders, 610–666.
- Kockott, G., & Fahrner, E.-M. (1988). Male-to-female and Female-to-male transsexuals: A comparison. *Archives of Sexual Behavior*, 17(6), 539–546.
- Kraemer, B., Hobi, S., Rufer, M., Hepp, U., Büchi, S., & Schnyder, U. (2010). [Partner relationship and sexuality of female-to-male transsexuals]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 60(1), 25–30.
- 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: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(6), 445–450.
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of sexual behavior*, 34(2), 147–166.
- Lawrence, A. A. (2010). Sexual orientation versus age of onset as bases for typologies (subtypes) for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 514–545.
- Lawrence, A. A. (2011). Autogynephilia: an underappreciated paraphilia. *Advances in psychosomatic medicine*, 31, 135–148.
- Lewins, F. (2002). Explaining stable partnerships among FTMs and MTFs: a significant difference? *Journal of Sociology*, 38(1), 76–88.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Laumann, E. O., Moreira, E. D., Jr, Rellini, A. H., et al. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 7(4 Pt 2), 1598–1607.
- Lief, H. I., & Hubschman, L. (1993). Orgasm in the postoperative transsexual. *Archives of sexual behavior*, 22(2), 145–155.
- Meyerowitz, J. (2002). *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*. Cambridge: Harvard University Press.
-

-
- Nieder, T. O., Herff, M., Cerwenka, S., Preuss, W. F., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R. H., & Richter-Appelt, H. (2011). Age of onset and sexual orientation in transsexual males and females. *The journal of sexual medicine, 8*(3), 783–791.
- 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.
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Mason, M., Hwahng, S., Rosenblum, A., Macri, M., & Becker, J. (2011). A further assessment of Blanchard's typology of homosexual versus non-homosexual or autogynephilic gender dysphoria. *Archives of sexual behavior, 40*(2), 247–257.
- Paap, M. C. S., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., Richter-Appelt, H., de Cuypere, G., & Haraldsen, I. R. (2011). Assessing the utility of diagnostic criteria: a multisite study on gender identity disorder. *The journal of sexual medicine, 8*(1), 180–190.
- Peplau, L. A., & Huppin, M. (2008). Masculinity, femininity and the development of sexual orientation in women. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health, 12*, 145–165.
- Person, E., & Ovesey, L. (1974a). The transsexual syndrome in males. I. Primary transsexualism. *American journal of psychotherapy, 28*(1), 4–20.
- Person, E., & Ovesey, L. (1974b). The transsexual syndrome in males. II. Secondary transsexualism. *American journal of psychotherapy, 28*(2), 174–193.
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of sexual behavior, 28*(1), 71–89.
- Savin-Williams, R. C., Joyner, K., & Rieger, G. (2012). Prevalence and stability of self-reported sexual orientation identity during young adulthood. *Archives of sexual behavior, 41*(1), 103–110.
- Savin-Williams, R. C., & Ream, G. L. (2007). Prevalence and stability of sexual orientation components during adolescence and young adulthood. *Archives of sexual behavior, 36*(3), 385–394.
- Schleifer, D. (2006). Make Me Feel Mighty Real: Gay Female-to-Male Transgenderists Negotiating Sex, Gender, and Sexuality. *Sexualities, 9*(1), 57–75.
-

-
- Seil, D. (2004). The Diagnosis and Treatment of Transgendered Patients. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, (8), 99–116.
- Selvaggi, G., Monstrey, S., Ceulemans, P., T'Sjoen, G., De Cuypere, G., & Hoebeke, P. (2007). Genital sensitivity after sex reassignment surgery in transsexual patients. *Annals of plastic surgery*, 58(4), 427–433.
- Serano, J. M. (2010). The Case Against Autogynephilia. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 176–187.
- 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.
- Stein, E. (2012). Commentary on the treatment of gender variant and gender dysphoric children and adolescents: common themes and ethical reflections. *Journal of homosexuality*, 59(3), 480–500.
- Vance, S. R., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Zucker, K. J. (2010). Opinions About the DSM Gender Identity Disorder Diagnosis: Results from an International Survey Administered to Organizations Concerned with the Welfare of Transgender People. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 1–14.
- Verschoor, A. M., & Poortinga, J. (1988). Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Archives of sexual behavior*, 17(2), 173–178.
- Vrangalova, Z., & Savin-Williams, R. C. (2012). Mostly heterosexual and mostly gay/lesbian: evidence for new sexual orientation identities. *Archives of sexual behavior*, 41(1), 85–101.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Toye, K., Weyers, S., et al. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *The journal of sexual medicine*, 8(12), 3379–3388.
- World Health Organization (WHO). (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*. Geneva: World Health Organization.
- Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012). A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *Journal of homosexuality*, 59(3), 369–397.
-

Tables

Table 1 Sample characteristics: distribution of MFs and FMs and subgroups of EO and LO

(N=380)

	TOTAL		MFs			FMs		
	N (%)	Sex-Ratio	Total N (%)	EO N (%)	LO N (%)	Total N (%)	EO N (%)	LO N (%)
Country								
Belgium	95 (25.0)	2.3 : 1	66 (69.5)	41 (62.1)	25 (37.9)	29 (30.5)	29 (100.0)	0 (0.0)
Germany	73 (19.2)	1 : 1.4	30 (41.1)	13 (43.3)	17 (56.7)	43 (58.9)	34 (79.1)	9 (20.9)
Netherlands	172 (45.3)	1.6 : 1	106 (61.6)	51 (48.1)	55 (51.9)	66 (38.4)	51 (77.3)	15 (22.7)
Norway	40 (10.5)	1 : 5.7	6 (15.0)	5 (83.3)	1 (16.7)	34 (85.0)	33 (97.1)	1 (2.9)
Total N (%)	380 (100.0)	1.2 : 1	208 (54.7)	110 (52.9)	98 (47.1)	172 (45.3)	147 (100.0)	25 (100.0)

MFs=male-to-female; FMs=female-to-male; EO=early onset; LO=late onset.

Table 2 Sexual orientation of MFs and FMs and subgroups of EO and LO (N=373)

MFs				FMs			
sexual orientation	Total N (%)	EO N (%)	LO N (%)	sexual orientation	Total N (%)	EO N (%)	LO N (%)
- androphilic	74 (36.1)	54 (50.5)	20 (20.4)	- gynephilic	135 (80.4)	121 (84.0)	14 (58.3)
- not androphilic	131 (63.9)	53 (49.5)	78 (79.6)	- not gynephilic	33 (19.6)	23 (16.0)	10 (41.7)
Total N (%)	205 (100.0)	107 (100.0)	98 (100.0)	Total N (%)	168 (100.0)	144 (100.0)	24 (100.0)

MFs=male-to-female; FMs=female-to-male; EO=early onset; LO=late onset.

Table 3 Sexual experiences with a partner in MFs and FMs and subgroups of EO and LO (N=330)

Sexual experiences	MFs			FMs		
	Total	EO	LO	Total	EO	LO
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
no	37 (38.1)	19 (20.0)	18 (20.7)	32 (21.6)	30 (23.4)	2 (10.0)
yes	145 (79.7)	76 (80.0)	69 (79.3)	116 (78.4)	98 (76.6)	18 (90.0)
Total N (%)	182 (100.0)	95 (100.0)	87 (100.0)	148 (100.0)	128 (100.0)	20 (100.0)

MFs=male-to-female; FMs=female-to-male; EO=early onset; LO=late onset.

Table 4 Genital involvement in sexual relationships in MFs and FMs and subgroups of EO and LO (N=239)

Involvement of genitals	MFs			FMs		
	Total	EO	LO	Total	EO	LO
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
no	53 (39.6)	38 (52.8)	15 (24.2)	52 (49.5)	45 (49.5)	7 (50.0)
yes	81 (60.4)	34 (47.2)	47 (75.8)	53 (50.5)	46 (50.5)	7 (50.0)
Total N (%)	134 (100.0)	72 (100.0)	62 (100.0)	105 (100.0)	91 (100.0)	14 (100.0)

MFs=male-to-female; FMs=female-to-male; EO=early onset; LO=late onset.

Table 5 Appraisal of genital sensations during sexual intercourse in MFs and FMs and subgroups of EO and LO (N=298)

Pleasant genital sensations	MFs			FMs		
	Total	EO	LO	Total	EO	LO
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
No	74 (45.1)	46 (54.8)	28 (35.0)	49 (36.6)	42 (37.2)	7 (33.3)
Yes	19 (11.6)	5 (6.0)	14 (17.5)	20 (14.9)	16 (14.2)	4 (19.0)
it varies	60 (36.6)	27 (32.1)	33 (41.3)	47 (35.1)	42 (37.2)	5 (23.8)
not applicable	11 (6.7)	6 (7.1)	5 (6.3)	18 (13.4)	13 (11.5)	5 (23.8)
Total N (%)	164 (100.0)	84 (100.0)	80 (100.0)	134 (100.0)	113 (100.0)	21 (100.0)

MFs=male-to-female; FMs=female-to-male; EO=early onset; LO=late onset.

Table 6 Masturbation activity in MFs and FMs and subgroups of EO and LO (N=362)

	MFs			FMs		
	Total N (%)	EO N (%)	LO N (%)	Total N (%)	EO N (%)	LO N (%)
No	54 (27.6)	29 (28.7)	25 (26.3)	68 (41.0)	58 (40.8)	10 (41.7)
yes	142 (72.4)	72 (71.3)	70 (73.7)	98 (59.0)	84 (59.2)	14 (58.3)
Total N (%)	196 (100.0)	101 (100.0)	95 (100.0)	166 (100.0)	142 (100.0)	24 (100.0)

MFs=male-to-female; FMs=female-to-male; EO=early onset; LO=late onset.

Table 7 Appraisal of orgasm in MFs and FMs and subgroups of EO and LO (N=360)

	MFs			FMs		
	Total N (%)	EO N (%)	LO N (%)	Total N (%) N (%)	EO N (%)	LO N (%)
never pleasant	36 (18.3)	27 (26.7)	9 (9.4)	8 (4.9)	6 (4.3)	2 (8.7)
sometimes pleasant	102 (51.8)	48 (47.5)	54 (56.3)	43 (26.4)	38 (27.1)	5 (21.7)
always pleasant	38 (19.3)	13 (12.9)	25 (26.0)	60 (36.8)	52 (37.1)	8 (34.8)
not applicable	21 (10.7)	13 (12.9)	8 (8.3)	52 (31.9)	44 (31.4)	8 (34.8)
Total N (%)	197 (100.0)	101 (100.0)	96 (100.0)	163 (100.0)	140 (100.0)	23 (100.0)

MFs=male-to-female; FMs=female-to-male; EO=early onset; LO=late onset.

Decision Letter (USMT-2012-1219.R2)**From:** rsegraves3@hotmail.com**To:** hrichter@uke.de, hrichter@uke.uni-hamburg.de**Subject:** Journal of Sex & Marital Therapy - Decision on Manuscript ID USMT-2012-1219.R2**Body:** 17-Dec-2012

Dear Dr Richter-Appelt:

Ref: Sexual Behavior of Gender Dysphoric Individuals before Gender-confirming Interventions: A European Multi-Center Study

Our referees have now considered your paper and have recommended publication in Journal of Sex & Marital Therapy. We are pleased to accept your paper in its current form which will now be forwarded to the publisher for copy editing and typesetting. The reviewer comments are included at the bottom of this letter.

You will receive proofs for checking, and instructions for transfer of copyright in due course.

The publisher also requests that proofs are checked and returned within 48 hours of receipt.

Thank you for your contribution to Journal of Sex & Marital Therapy and we look forward to receiving further submissions from you.

Sincerely,
Dr segraves
Editor in Chief, Journal of Sex & Marital Therapy
rsegraves3@hotmail.com, rtsegraves@gmail.com

Reviewer(s)' Comments to Author:

There are now over 1050 Taylor & Francis titles available on our free table of contents alerting service! To register for this free service visit: www.informaworld.com/alerting.

Date Sent: 17-Dec-2012

16.4 Publikation IV: Intimate Partnerships and Sexual Health in Gender Dysphoric Individuals before the Start of Medical Treatment

- Manuskript in Revision zur Publikation: International Journal of Sexual Health
 - Decision on Manuscript International Journal of Sexual Health, May 20th, 2013
-

Cerwenka, S., Nieder, T. O., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R. H., Kreukels B. P. C. & Richter-Appelt, H. (under review). Intimate Partnerships and Sexual Health in Gender Dysphoric Individuals before the Start of Medical Treatment. *International Journal of Sexual Health*.

Abstract

The study focuses on sexual health aspects in partnered gender dysphoric individuals before the start of medical treatment by examining their partnership constellations, sexual experiences and reports of psychological problems. As part of the cross-national ENIGI-study (*European Network for the Investigation of Gender Incongruence*), 168 adult male-to-females (MFs) and female-to-males (FMs) (sex-ratio 1:1.2) were surveyed by means of self-administered questionnaires previous to any gender-confirming hormonal and surgical interventions (GCI). MFs were often found to have androphilic (female) partners (sexually orientated towards males), non-complementary with their female gender identity. In contrast, FMs frequently had androphilic (female) partners, complementary with their male gender identity and sexual orientations towards females. In both genders, complementary partnership constellations were associated with more avoidance of and more negative sexual experiences.

Introduction

Sexual health in individuals experiencing gender dysphoria is a topic that has been neglected both in clinical practice and empirical research. The WHO (2002) defined sexual health as "a state of physical, emotional, mental and social well-being related to sexuality [that] requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences". Being able to experience pleasurable sexual activities relates to a profound self-acceptance with one's own body. However, feeling at ease with one's body is especially difficult for individuals who experience incongruence between their gender

identity and primary and secondary sex characteristics. *Gender dysphoria* describes the psychological strain arising from this perception (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010). Particularly for gender dysphoric people who have not (yet) undergone treatment through hormones or surgery and who have to deal with their unwanted bodily sex characteristics, the ability to have pleasurable sexual experiences with a partner may constitute a problematic issue leading to a fundamental impairment of sexual health related personal well-being. Coping with one's own gender-specific bodily sex characteristics, particularly during partner-related sexual activities, has repeatedly been found to be difficult for patients with disorders of sex development (e.g. Brunner et al., 2012; Schönbucher et al., 2012), but has barely been researched in relation to gender dysphoric individuals who have not at the time undergone gender-confirming hormonal and surgical interventions (GCI). Whereas some transsexual women (Male-to-females, MFs) with female partners seem to be able to enjoy sexuality despite gender dysphoria, others report that sexual activities play only a minor role in their relationship (Hines, 2006). A higher proportion of MFs with a late onset (LO) of gender dysphoria (starting during or after puberty), and who are predominantly gynephilic, tend to involve their genitals in sexual activities with a partner and appraise their sexual sensations as more pleasant compared to MFs with an early onset (EO) of gender dysphoria (from childhood on) (Cerwenka et al., accepted). Transsexual men (female-to-males, FMs) have repeatedly reported that feeling themselves to be perceived as a man by a partner, particularly during sexual activities, contributed to their positive male self-awareness and self-acceptance (Devor, 1993; Schleifer, 2006; Kraemer et al., 2010). At the same time, FMs have often described taboo zones related to their body that are not to be touched during sexual activity (Coleman et al., 1993; Kraemer et al., 2010).

Empirical research has suggested that MFs and FMs appear to live in different kinds of intimate partnership constellations at their first clinical presentation (e.g. Cerwenka et al., 2012). MFs who defined themselves as being sexually orientated towards females (gynephilic) were mostly found to maintain intimate partnerships or marriages with women who were sexually orientated toward males (androphilic) (Pfäfflin & Junge, 1992; Alegría, 2010; Cerwenka et al., 2012). Often, these partnerships were established by MFs in the male gender role previous to their coming-out as a transgender person. During the course of MFs' transition to the female gender

role, the former man-woman constellation is often called into question and the relationship is at risk of becoming destabilized (Alegría, 2010). As regards the predominantly gynephilic FMs, high percentages were found to have lived in the preferred male gender role long before having undergone any GCI and to have formed intimate relationships with androphilic female partners by whom they were perceived and desired in accordance with their identified gender (Devor, 1993; Lewins, 2002; Kraemer et al., 2010; Cerwenka et al., 2012).

Social resources arising from a positively experienced intimate partnership were found to buffer stress and psychological problems (Cohen & Wills, 1995; Neumann & Tress, 2005; Laumann et al., 2006; Cohen et al., 2008; Lenning & Buist, 2012), and profiting from these social resources is of particular importance for gender dysphoric individuals during the course of transition and medical treatment. One may therefore assume that feeling accepted and desired by a partner in accordance with one's identified gender despite (unwanted) bodily sex characteristics may constitute an important protective factor for psychological as well as sexual health related personal well-being, and contribute significantly towards being able to access pleasant sexual activities. To our knowledge, this matter has up to now received little empirical attention

Aims

The present study aims at gaining insight into the different types of intimate partnerships of MFs and FMs before GCI by examining their partner-related sexual experiences as well as their reported psychological problems. On the basis of the findings, conclusions are drawn with regard to the sexual health of gender dysphoric individuals before the start of medical treatment.

Methods

Procedure

The cross-national study „European Network for the Investigation of Gender Incongruence“ (ENIGI) was initiated at the beginning of 2007 as a collaboration between the gender identity clinics in Ghent (Belgium), Hamburg (Germany), Amsterdam (The Netherlands) and Oslo (Norway)

(Kreukels et al., 2012). A standard diagnostic procedure was developed including the use of standardized psychological measures as well as standardized clinical procedure. Individuals above the age of 17 years applying for GCI were asked to participate. Clearly psychotic applicants and those with an insufficient command of the country's language were excluded from participation in the study. Participants gave written informed consent. The study has been approved by all of the local ethics committees.

Measures

Information on socio-demographic data, intimate partnerships and sexuality was collected by means of a self-administered questionnaire constructed for the purpose of the study. It was based on the Dutch Biographic Questionnaire on Transsexualism (Biografische Vragenlijst voor Transseksuelen [BVT] (Doorn et al., 1994) and filled out by the patients at their first clinical presentation. Level of education was recoded into low level (lower education or lower vocational), middle level (secondary education, secondary vocational or high school) and high level (higher vocational, bachelor, masters or PhD). The type of current intimate partnership was established by means of the response to the item "my current partner is..." with the response categories "a heterosexual woman", "a homo- or bisexual woman", "a homo- or bisexual man", "a heterosexual man", "other" and "not applicable" (if no current relationship existed). Sexual orientation towards "males", "females", "both genders" or "transgender" was measured by recoding the applied Kinsey-Scale (Kinsey et al., 2003). Current gender role was assessed by including the item "In which gender role do you live in your private life?": "female", "male" or "varying". Partner-related sexual experiences were surveyed by means of such items as "Do you use your genitals during sex with a partner?": "no" or "yes", and the appraisal of genital sensations in sexual relationships ("Do you enjoy penile / vaginal sensations during sexual intercourse?": "no", "yes", "it varies" or "not applicable"). Psychological distress was measured using the standardized Symptom-Checklist-90-Revised SCL-90-R (Derogatis, 1994), identifying psychological problems and psychopathology on nine scales (somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism), and allowing a global score of overall psychological distress to be computed (global severity index, GSI). Information on fulfilment of the diagnostic criteria for Gender Identity Disorder (GID) and on age of onset was recorded by the

clinicians at the end of the diagnostic phase using self-constructed score sheets based on the DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision*) criteria (Paap et al., 2011; Kreukels et al., 2012). Individuals who in retrospect fulfilled the DSM-IV-TR criteria A and B for GID in childhood (that is, before puberty) were classified as EO, whereas those who fulfilled neither the A nor B criterion in retrospect were classified as LO (Nieder et al., 2011).

- Table 1 -

Statistical Analyses

Statistical analyses were done by means of SPSS 18.0. Group differences in the nominal data were analysed by means of nonparametric tests such as the Chi-Square (χ^2) and the Contingency Coefficient (C). The expected frequencies were in some cases, below the required level for statistical analysis with C ($f^e < 5$). In order to compare medians (Md) within the ordinal value data, the Mann-Whitney-U-Test and the Kruskal-Wallis-H-Test were used. The intimate partnership constellations at the time were categorized by comparing the participants' information regarding their own gender identity and sexual orientation as well as those of their partners. In the case of a partner's self-defined gender and sexual orientation corresponding with the participant's defined gender and sexual orientation (e.g. gynephilic FM, androphilic female partner), the intimate partnership constellation was categorized as a "complementary partnership constellation (CPC)". If the self-defined gender or sexual orientation of a partner did not correspond with the participant's gender identity and sexual orientation (e.g. gynephilic MF, androphilic female partner), the intimate partnership constellation was classified as "non-complementary partnership constellation (NPC)". Due to imprecise response categories having been provided for the question concerning the partners (e.g. "a homo- or bisexual man", "other") a residual category named "residual" was formed (Table 2). Missings in outcome variables occurred where participants did not answer single items.

- Table 2 -

Participants

Individuals who applied to the clinics between January 2007 and October 2011, who fulfilled the diagnostic criteria in DSM-IV-TR for GID, and who could be categorized as EO or LO, were included in the study. Applicants who had already undergone GCI were excluded. Of the total sample of $n=380$ individuals (sex-ratio 1.2 : 1), FMs were significantly younger than MFs at first clinical presentation (FMs: Md=24.00, Range 17-60; MFs: Md=32.00, Range 17-70; $U=12124.50$, $p>0.001$). Furthermore, FMs had a current intimate partnership significantly more often than MFs (FMs: $n=91$, 52.9%; MFs: $n=77$, 37.0%; $\chi^2=9.635$, $df=1$, $p=0.002$). While FMs with or without a partner did not differ significantly regarding their age at first clinical presentation (Md=24, Range 17-54; Md=24, Range 17-60; $U=3669.00$, $p=0.960$), MFs with a current intimate partnership appeared to be significantly older than those who were single (Md=38, Range 17-63; Md=29, Range 17-70; $U=3352.50$; $p>0.001$). As regards their psychological wellbeing, no significant differences were found between MFs and FMs with or without a partner in terms of their scores on the GSI (MFs: with partner Md=0.29, Range 0.00-2.31; without partner Md=0.36, Range 0.00-2.49; $U=3971.50$, $p=0.909$; FMs: with partner Md=0.36, Range 0.01-2.21; without partner Md=0.37, Range 0.00-2.40; $U=2897.50$, $p=0.961$), and the average scores did not reach the level of clinical significance in any of the groups.

In the further course of our analysis, only individuals currently living in an intimate partnership were considered. The subsample consisted of 168 individuals ($n=77$ MFs, $n=91$ FMs (sex-ratio 1 : 1.2)). The distribution of MFs and FMs varied between the participating countries ($C=0.381$, $p>0.001$) and could not be calculated for Norway, where no MFs with current partnerships were available (Table 3).

- Table 3 -

Results

Demographics

Partnered MFs were significantly older (Md=38, Range 17-63) than partnered FMs (Md=24, Range 17-54) ($U=1582.50$, sign. $p<0.001$), at first clinical presentation. Also, their educational background differed significantly ($C=0.254$, $p=0.003$), with higher percentages of MFs showing a high level of education ($n=26$, 35.1%) compared to FMs ($n=12$, 13.2%). While amongst MFs the proportions of individuals with EO ($n=41$, 53.3%) and LO gender dysphoria ($n=36$, 46.7%) were almost equal, FMs predominantly showed EO gender dysphoria ($n=78$, 85.7%; $\chi^2=21.285$, $df=1$, $p<0.001$). Sexual orientation toward males ($n=29$, 37.7%) and females ($n=38$, 49.4%) was also more balanced in MFs than in FMs, who mainly reported gynephilic sexual orientation ($n=80$, 87.9%) ($f^e<5$) (Table 4).

- Table 4 -

Types of intimate partnership constellations

MFs differed significantly from FMs with regard to their current partnership constellations ($C=0.444$, $p<0.001$). The highest proportion of MFs had NPCs ($n=39$, 50.6%), MFs in these partnership constellations were mostly gynephilic ($n=28$, 71.8%) and had exclusively androphilic female partners ($n=39$, 100.0%). MFs who had CPCs (27.3%, $n=21$) were predominantly androphilic ($n=14$, 66.7%) and had gynephilic male partners ($n=14$, 66.7%).

In contrast, FMs mainly had CPCs ($n=47$, 51.6%). They predominantly declared themselves to be gynephilic ($n=42$, 89.4%) while having androphilic female partners ($n=42$, 89.4%). A low proportion of FMs were in NPCs ($n=5$, 5.5%), reported having an androphilic ($n=3$, 60.0%) or gynephilic ($n=2$, 40.0%) sexual orientation, and described themselves without exception as having gynephilic male partners ($n=5$, 100.0%) (Table 5).

- Table 5 -

Partnership constellations and socio-demographic characteristics

MFs living in NPCs were on average older (Md=42.5, Range 24-62) than MFs with CPCs (Md=34, Range 18-52; U=229.00, p=0.007). The majority reported conducting their private lives in varying gender roles (n=21, 53.8%) and were classified as LO (n=26, 66.6%). MFs in CPCs were on the other hand younger, the majority were already living in the preferred female gender role (n=17, 81.0%) and they were mostly EO (n=15, 71.4%) (Table 6).

FMs in CPCs were just slightly older (Md=22, Range 17-54) than FMs in NPCs (Md=20, Range 18-34; U=128.50, p=0.724), mainly lived in the preferred, male gender role (n=37, 80.4%) and were EO (n=37, 80.4%). This was also true for the few FMs living in NPCs (male gender role: n=4, 80.0%, EO: n=5, 83.3%) (Table 6).

- Table 6 -

Partnership constellations and partner-related sexual experiences

In MFs, the partnership constellation was significantly related to the involvement of genitals in sexual contact within the partnership (C=0.526, p<0.001) and there were tendencies towards a difference in the appraisal of genital sensations during sexual contact ($f^e < 5$). MFs living in NPCs predominantly reported involving their genitals (n=29, 87.9%) and tended to appraise their genital sensations during sexual contact as varying (n=16, 42.1%). In contrast, MFs in CPCs predominantly avoided involving their genitals (n=15, 75.0%) and in the main did not their genital sensations pleasant (n=9, 42.9%) (Table 7).

In FMs, approximately half of the individuals who had formed CPCs tended to avoid their genitals (n=21, 56.8%) and to appraise their genital sensations during sexual contact negatively (n=20, 43.5%). FMs living in NPCs seemed to involve their genitals more often (n=4, 66.7%), but when compared to the CPC-group, equal percentages reported negative experience of genital sensations (n=2, 40.0%). However, the case numbers were very low ($f^e < 5$) (Table 7).

- Table 7 -

Partnership constellations and psychological distress

In MFs, partnership constellation was not significantly related to either GSI ($H=0.510$, $df=2$, $p=0.775$) or to the subscales (somatization: $H=0.614$, $df=2$, $p=0.736$; obsessive-compulsive symptoms: $H=0.683$, $df=2$, $p=0.711$; interpersonal sensitivity: $H=2.257$, $df=2$, $p=0.324$; depression: $H=2.482$, $df=2$, $p=0.289$; anxiety: $H=0.027$, $df=2$, $p=0.987$; hostility: $H=1.159$, $df=2$, $p=0.560$; phobic anxiety: $H=0.248$, $df=2$, $p=0.883$; paranoid ideation: $H=0.248$, $df=2$, $p=0.883$; psychoticism: $H=0.938$, $df=2$, $p=0.626$). MFs in all forms of partnership constellations had average scores without pathological findings (Table 8).

Amongst FMs, type of partnership constellation was not significantly associated with either GSI ($H=5.242$, $df=2$, $p=0.073$), or the subscales (somatization: $H=0.0398$, $df=2$, $p=0.820$; obsessive-compulsive symptoms: $H=4.613$, $df=2$, $p=0.100$; interpersonal sensitivity: $H=1.816$, $df=2$, $p=0.403$; depression: $H=4.811$, $df=2$, $p=0.090$; anxiety: $H=1.963$, $df=2$, $p=0.375$; hostility: $H=5.459$, $df=2$, $p=0.065$; phobic anxiety: $H=3.911$, $df=2$, $p=0.141$; paranoid ideation: $H=3.448$, $df=2$, $p=0.178$; psychoticism: $H=1.865$, $df=2$, $p=0.394$). However, FMs in NPCs showed on average slightly higher scores in the scales obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity and depression, which were all located beyond the clinical cut-off point (Table 8).

- Table 8 -

Discussion

First of all, our findings showed that the MFs and FMs in the study differed from each other significantly regarding their intimate partnership constellations at the point of seeking gender dysphoria related health care for the first time. MFs were often involved with female partners whose androphilic sexual orientation corresponded to the MFs' male sex assigned at birth but was non-complementary to their identified female gender. In contrast, high percentages of FMs had partnership constellations with androphilic female partners complementary to their identified male gender, irrespective of female sex assignment at birth and physical female sex characteristics. In MFs as well as in FMs, a complementary partnership constellation tended to be related to more

avoidant and negative approaches to partner-related sexuality. Patterns found in the present sample do not allow conclusions to be drawn about general dimensions of psychological well-being.

Approximately half of the MFs, particularly those who are older, are LO gender dysphoric, and those who are gynephilic had non-complementary intimate partnership constellations with female partners who defined themselves as androphilic, referring to the MFs' male sex assigned at birth. Hence their partners' sexual orientation probably prevented them from feeling themselves to be perceived and desired in accordance with their identified female gender. These results support previous findings from our group (Cerwenka et al., 2012). It has been reported that this group often shows a history of long-lasting partnerships established in the male gender role. For this group, the disclosure of their female gender identity and their transitioning to a female gender role before GCI appears to be far more difficult than transitioning is for most FMs (cf. Kockott & Fahrner, 1988; Lewins, 2002; Alegriá, 2010). However, MFs living in non-complementary intimate partnership constellations often reported positive approaches towards partner-related sexual activities, which involve their (male) genitals, and appraise genital sensations positively. MFs with heterosexual female partners (non-complementary constellation) have been described as often having very close and intimate partnerships in which sexuality was only of minor importance to them and which they tried to maintain with much effort during their transition process (Becker, 2004; Hines, 2006). Other reports showed that active vaginal or anal intercourse was common among MFs before GCI (Selvaggi et al., 2007). By having a female heterosexual partner, MFs may feel more pushed into a male gender role (by using their penis actively during sexual intercourse), but previous studies by our group suggest that LO MFs may also have had more opportunity to develop a positive attitude towards their penile sexual sensations during or after puberty, particularly by associating them with sexual fantasies (Cerwenka et al., accepted).

Regarding one aspect rarely discussed in previous research, the present study furthermore revealed that at the time of first clinical presentation, nearly one third of the MFs were living with (mostly male) partners who identified themselves as gynephilic, complementary to the MFs' identified female gender. The majority of them were relatively young, often had an EO gender dysphoria, were androphilic, and already lived their private life in the preferred female gender role

even though they had not undergone yet any GCI. For them, their intimate partnership may provide a framework in which they feel themselves to be perceived and desired in their female gender identity. Although the circumstances of this group regarding partner-related social resources were presumed to be favourable, they often showed avoidance of and negative partner-related sexual experiences. Maybe some of those individuals who have reported avoiding their genitals during sexual contact practice other sexual acts, for example receptive anal intercourse. However, greater negative appraisal of genital sensations clearly points to problems in coping with partner-related sexual activities. EO MFs were previously found to show more gender dysphoria and self-rated femininity as well as more problems with their male physical sex characteristics than LO MFs (Herman-Jeglinska et al., 2002). From clinical practice we know that many EO MFs do not want to get involved in sexual contact with partners as long as they have not acquired female physical sex characteristics by means of hormone treatment and surgery. Against this background it is plausible that (androphilic) MFs who have intimate partnerships with (male) gynephilic partners may feel particularly impaired regarding this facet of sexual health as long as they still have to deal with their unwanted bodily sex characteristics. In this sense, the motivation to seek medical treatment may be particularly high in this group motivated by the desire to fit with their partners' and their own perception of themselves as female. Coping with these issues by using compensatory alternative sexual practices needs to be considered in further studies.

Amongst those FMs who were in intimate partnerships at the time of the study, the majority had already had established complementary intimate partnership constellations at the point of first clinical presentation. They predominantly had androphilic female partners by whom they were desired in accordance with their male gender identity, and already lived their private lives in the preferred male gender role. These results are in the line with former findings that FMs regularly have female partners who perceive and accept them as males despite their (unwanted) female bodily sex characteristics (Kockott & Fahrner, 1988; Kraemer et al., 2010, Cerwenka et al., 2012). These types of intimate partnership constellations were repeatedly reported as contributing towards the male self-awareness of FMs (Devor, 1993; Schleifer, 2006). However, similar to the findings in the MF group, (gynephilic) FMs with (female) androphilic partners tended to refrain slightly more often from involving their genitals in partner-related sexual activities than those with non-

complementary partnership constellations before GCI. However, the latter group was very small. Previous empirical findings have already shown that gynephilic FMs mostly tend to avoid involving their female body parts during sexual activity with a partner (Devor, 1993; Kraemer et al., 2010). Numerous FMs consider living as a man without a penis to be problematic and feel insecure when initiating a new relationship (Coleman et al., 1993; Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997). One explanation could be the fear of not being accepted in the identified male gender role and gender identity. While most FMs live their daily lives well adapted to the male gender role (Lewins, 2002; Kraemer et al., 2010), being confronted with their female bodily sex characteristics during sexual contact may be particularly difficult for them. Nevertheless, partner-related sexual activities offer them the opportunity to take on a male role (e.g. by being more active than the partner) and gain self-affirmation by being able to satisfy their partner's sexual needs (Devor, 1993; Schleifer, 2006). Focussing on their partner's sexual satisfaction may also contribute towards distracting FMs from their gender dysphoria. Although rarely reported until now in empirical research, the present study revealed that there is a number of FMs who maintain intimate partnerships with gynephilic males, non-complementary with the FMs' male gender identity. Findings suggested that FMs in non-complementary intimate partnership constellations show more positive approaches towards partner-related sexual activities, but the group size was too low to allow meaningful conclusions to be drawn.

The present study provided some insights into the specific patterns found in MFs' and FMs' intimate partnerships prior to starting medical treatment. These patterns did not however allow conclusions about associations with general dimensions of psychological wellbeing such as those measured by the SCL-90R (Derogatis, 1994) to be drawn. Previous studies from our group have revealed higher prevalences of psychiatric comorbidities in gender dysphoric individuals than in the general population, especially regarding depression and anxiety disorders (Heylens et al., 2013). Findings from other studies have pointed in the same direction (De Cuypere et al., 1995; Hepp et al., 2005) or did not find any distinctive features compared with the general population (Cole et al., 1997; Haraldsen & Dahl, 2000; Gomez-Gil et al., 2009). For those patients with GID who seek help in a clinical context, gender dysphoria and related problems may be the major factor impacting their degree of psychological distress, and coping with these issues could override any partnership

problems. These specific stressors may not be detected by a general measure of psychological well-being.

In general, sexual orientation has been described as a multidimensional construct (e.g. Vrangalova & Savin-Williams, 2012) that consists of at least three components, namely sexual attraction, behaviour and fantasy. It has been repeatedly reported that these dimensions are not always congruent (e.g. Siegel et al., 2008; Schick et al., 2012). This fact may be particularly true for gender dysphoric individuals as well as their partners. For example, a female partner could feel attracted to the female identity aspects of her MF partner even though she defines herself as heterosexual (androphilic). She may also perceive and accept her MF partner as a female while at the same time appreciating the male body characteristics. A further evaluation of intimate partnership constellations would require a more differentiated understanding of sexual orientation. Studying these different dimensions in both partners could help shed light on the complex mechanisms underlying the present findings. Furthermore, it is known that sexual identity may change over the course of a lifetime (e.g. Diamond & Butterworth, 2008; Peplau & Huppin, 2008; Savin-Williams et al., 2012), and coping with partner-related issues is also a dynamic process that may change over time, particularly during the course of transitioning from male to female or female to male (e.g. Alegría, 2010).

Limitations

Although MFs and FMs showed clearly differing patterns in their intimate partnership constellations at the point of their first clinical presentation, there are some limitations. Firstly, all data underlying the present findings were based exclusively on the reports of the gender dysphoric patients themselves. Biases in answering, for example regarding the evaluation of the partner's sexual identity, seem possible. Further studies should incorporate firsthand information from the partners. Secondly, perceived relationship satisfaction, duration, and stability form significant topics in the context of social support but were not investigated by our instruments. More detailed research, for example by means of qualitative interviews, should be done in order to shed light on the developmental processes that MFs and FMs and their partners go through during the course of

transition to the preferred gender, a phase which appeared to be particularly critical in most relationships. Thirdly, methodological limitations arise from the fact that some intimate partnership constellations could not be categorized clearly as either complementary or non-complementary. Among FMs especially, the percentages of partnership constellations allocated in the residual category were rather high (42.9%). The participants mostly had “homo- or bisexual” female partners. Considering that at least a proportion of them may have had exclusively gynephilic female partners and belong to the “NPC”-group, this imprecise measurement might have biased the findings presented. Furthermore, the partner-related sexual experiences enquired into in the present study only constitute certain aspects of a wider range of sexual experiences that a person could possibly have within an intimate partnership, such as non-genital related erotic sensations or sexual fantasies during sexual activities. Particularly in older MFs with sexual orientation towards females, sexual arousal associated with autogynephilic fantasies (the thought or image of themselves as women) and/or while cross-dressing respectively a history of transvestic fetishism were repeatedly been found to play a role in sexual experiences (e.g. Blanchard, 1989b; Lawrence, 2005; Lawrence, 2011; Nuttbrock et al., 2011).

All in all, and for the FMs in particular, the group sizes were very low. Most of the present results are based on descriptive analyses and should be seen rather as providing suggestions for further studies than as being representative for the manifold ways in which gender dysphoric individuals shape their intimate partnerships. The characteristics of transgender individuals who do not seek clinical help at all and their coping with intimate partnerships continue to be studied only rarely.

Conclusion

For gender dysphoric individuals, receiving validation of their own gender identity by a partner who accepts and desires them in the identified gender appears to be an important social resource prior to the start of medical treatment. However, particularly those MFs and FMs who are in intimate relationships with partners whose self-defined sexual orientation is complementary with their gender identity show more avoidant and negative genital-related sexual experiences and

seem to be impaired in this facet of sexual health. The WHO (2002) defined sexual health as a multidimensional construct consisting of “physical, emotional, mental and social” aspects of sexual wellbeing. For most MFs and FMs seeking medical help, dealing with their incongruent physical sex characteristics is a major source of distress and psychological impairment. However, gender dysphoric individuals in different intimate partnership constellations differ with regard to their opportunities for accessing positive experiences with their own body during partner-related sexual experiences. Coping with these issues should be taken into consideration when working psychotherapeutically with individuals during the course of transition and medical treatment.

Acknowledgements

Our thanks go to all those who enabled us to conduct this research. First of all, our special appreciation goes to the participants of this study. Then we would like to express our thanks to the medical and psychological staff and colleagues in the collaborating clinics in Belgium (esp. Els Elaut and Gunter Heylens), the Netherlands (esp. Hanneke Kempes) and in Oslo (esp. Muirne Paap and Muriel Bruchhage). Moreover, we are grateful to the colleagues of the Hamburg gender team for their tirelessly clinical support, especially Wilhelm F. Preuss and Katinka Schweizer. Last but not least we would explicitly like to thank Catharina Schneider for her efforts in managing data collection and Christina Handford for improving the English grammar and expressions in the text.

References

- Alegria, C. A. (2010). Relationship challenges and relationship maintenance activities following disclosure of transsexualism. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 909-916.
- Becker, S. (2004). Transsexualität - Geschlechtsidentitätsstörung. In G. Kockott & E.-M. Fahrner (Eds.), *Sexualstörungen* (pp. 153-201). Stuttgart: Thieme.
- Blanchard, R. (1989). The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(10), 616-623.
-

-
- Brunner, F., Prochnow, C., Schweizer, K., & Richter-Appelt, H. (2012). Körper- und Geschlechtererleben bei Personen mit kompletter Androgeninsensitivität. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 25(01), 26–48. doi:10.1055/s-0031-1283940
- 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, 214-222.
- Cerwenka, S., Nieder, T.O., Cohen-Kettenis, P.T., De Cuypere, G., Haraldsen, I.R.H., Kreukels B.P.C., & Richter-Appelt, H. (accepted). Sexual Behavior of Gender Dysphoric Individuals before Gender-confirming Interventions: A European Multi-Center Study. *Journal of Sex and Marital Therapy*.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Cohen, J. N., Byers, E. S., & Walsh, L. P. (2008). Factors Influencing the Sexual Relationships of Lesbians and Gay Men. *International Journal of Sexual Health*, 20(3), 162–176.
- 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.
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(2), 263-271.
- Cole, C.M., O'Boyle, M., Emory, L.E., & Meyer, W.J. 3rd (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 13-26.
- Coleman, E., Bockting, W. O., & Gooren, L. (1993). Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Arch Sex Behav*, 22(1), 37-50.
- De Cuypere, G., Jannes, C., & Rubens, R. (1995). Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91,180-184.
- Derogatis, L. R. (1996). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual*. NCS Pearson.
- Devor, H. (1993). Sexual Orientation Identities, Attractions, and Practices of Female-to-Male Transsexuals. *Journal of Sex Research*, 30(4), 303-315.
- Diamond, L. M., & Butterworth, M. (2008). Questioning Gender and Sexual Identity: Dynamic Links Over Time. *Sex Roles*, 59(5-6), 365–376.
-

-
- Doorn, C. D., Poortinga, J., & Verschoor, A. M. (1994). Cross-Gender Identity in Transvestites and Male-Transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 23(2), 185-201.
- 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, 378-392.
- 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, 276-281.
- Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in Gender identity disorder. *J Psychosom Res*, 58, 259-261.
- Herman-Jeglińska, A., Grabowska, A., & Dulko, S. (2002). Masculinity, femininity, and transsexualism. *Archives of sexual behavior*, 31(6), 527–534.
- Heylens, G., Elaut E., Kreukels, B.P.C., Paap, M., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P.T., Haraldsen, I.R.H., & De Cuypere, G. (2013). Psychiatric Characteristics in Transsexual Individuals: A Multi-center study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*. Ahead of print May 9, 2013.
- Hines, S. (2006). Intimate transitions: Transgender practices of partnering and parenting. *Sociology-the Journal of the British Sociological Association*, 40(2), 353-371.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. R., & Martin, C. E. (2003). Sexual behavior in the human male. *American Journal of Public Health*, 93(6), 894-898.
- Kockott, G., & Fahrner, E. M. (1988). Male-to-female and Female-to-male transsexuals: A comparison. *Archives of Sexual Behavior*, 17(6), 539-546.
- Kraemer, B., Hobi, S., Rufer, M., Hepp, U., Buchi, S., & Schnyder, U. (2010). [Partner relationship and sexuality of female-to-male transsexuals]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 60(1), 25-30.
- Kreukels, B. P. C., Haraldsen, I. R., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Gijls, L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). A European network for the investigation of gender incongruence: The ENIGI initiative. *European Psychiatry*, 27(6), 445-450.
- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J.-H., Wang, T., Levinson, B., Moreira, E. D., Jr, et al. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and
-

-
- men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of sexual behavior*, 35(2), 145–161.
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of sexual behavior*, 34(2), 147–166.
- Lawrence, A. A. (2011). Autogynephilia: an underappreciated paraphilia. *Advances in psychosomatic medicine*, 31, 135–148.
- Lenning, E., & Buist, C. L. (2012). Social, psychological and economic challenges faced by transgender individuals and their significant others: gaining insight through personal narratives. *Culture, health & sexuality*. doi:10.1080/13691058.2012.738431
- Lewins, F. (2002). Explaining stable partnerships among FTMs and MTFs: a significant difference? *Journal of Sociology*, 38(1), 76-88.
- Neumann, E., & Tress, W. (2005). Bindung und Liebe in den Partnerschaften von Psychotherapiepatienten. *Psychotherapeut*, 50(6), 394–403.
- Nieder, T. O., Herff, M., Cerwenka, S., Preuss, W. F., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., et al. (2011). Age of Onset and Sexual Orientation in Transsexual Males and Females. *Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 783-791.
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Mason, M., Hwahng, S., Rosenblum, A., Macri, M., & Becker, J. (2011). A further assessment of Blanchard's typology of homosexual versus non-homosexual or autogynephilic gender dysphoria. *Archives of sexual behavior*, 40(2), 247–257.
- Paap, M. C., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., Richter-Appelt, H., de Cuypere, G., & Haraldsen, I. R. (2011). Assessing the utility of diagnostic criteria: a multisite study on gender identity disorder. *Journal of Sexual Medicine*, Jan 25 (ePub ahead of print), 8(1), 180-190.
- Peplau, L. A., & Huppin, M. (2008). Masculinity, femininity and the development of sexual orientation in women. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 12, 145–165.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1992). Nachuntersuchungen nach Geschlechtsumwandlung. Eine kommentierte Literaturübersicht 1961-1991. In: Pfäfflin, F., & Junge, A. (Hrsg.). *Geschlechtsumwandlung - Abhandlungen zur Transsexualität*. Stuttgart: Schattauer.
- Savin-Williams, R. C., Joyner, K., & Rieger, G. (2012). Prevalence and stability of self-reported sexual orientation identity during young adulthood. *Archives of sexual behavior*, 41(1), 103–110.
-

-
- Schick, V., Rosenberger, J., Herbenick, D., Calabrese, S., & Reece, M. (2012). Bidentity: Sexual behavior/identity congruence and women's sexual, physical and mental well-being. [References]. *Journal of Bisexuality*, 12(2), 178–197.
- Schleifer, D. (2006). Make me feel mighty real: Gay female-to-male transgenderists negotiating sex, gender, and sexuality. *Sexualities*, 9, 57-75.
- Schönbucher, V., Schweizer, K., Rustige, L., Schützmann, K., Brunner, F., & Richter-Appelt, H. (2012). Sexual quality of life of individuals with 46,XY disorders of sex development. *The journal of sexual medicine*, 9(12), 3154–3170. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01639.x
- Siegel, K., Schrimshaw, E. W., Lekas, H.-M., & Parsons, J. T. (2008). Sexual behaviors of non-gay identified non-disclosing men who have sex with men and women. *Archives of sexual behavior*, 37(5), 720–735.
- Selvaggi, G., Monstrey, S., Ceulemans, P., T'Sjoen, G., De Cuypere, G., & Hoebeke, P. (2007). Genital sensitivity after sex reassignment surgery in transsexual patients. *Annals of plastic surgery*, 58(4), 427–433.
- Vrangalova, Z., & Savin-Williams, R. C. (2012). Mostly heterosexual and mostly gay/lesbian: evidence for new sexual orientation identities. *Archives of sexual behavior*, 41(1), 85–101.
- WHO | The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. (2011). *WHO*.
-

Tables

Table 1 Summary of abbreviations in the text

Abbreviation	Meaning
GID	gender identity disorder (DSM-IV-TR diagnosis)
MFs	male-to-females
FMs	female-to-males
EO	early onset of gender dysphoria
LO	late onset of gender dysphoria
GCI	gender-confirming hormonal and surgical interventions
CPC	complementary partnership constellation
NPC	non-complementary partnership constellation
RES	residual group regarding partnership constellation

Table 2 Classification of complementarity in intimate partnership constellations of MFs and FMs

	MFs				FMs			
	sexual orientation				sexual orientation			
	androphilic	both andro- +gynephilic	gynephilic	towards transgender	androphilic	both andro- +gynephilic	gynephilic	towards transgender
current partner: gender, sexual orientation								
female								
androphilic	NPC	NPC	NPC	NPC	NPC	CPC	CPC	NPC
gynephilic or both andro- + gynephilic	NPC	CPC	CPC	NPC	NPC	RES	RES	NPC
male								
gynephilic	CPC	CPC	NPC	NPC	NPC	NPC	NPC	NPC
androphilic or both andro- + gynephilic	RES	RES	NPC	NPC	CPC	CPC	NPC	NPC
otherwise	NPC	NPC	NPC	RES	NPC	NPC	NPC	RES

MFs=male-to-females, FMs=female-to-males, CPC=complementary partnership constellation, NPC=non-complementary partnership constellation, RES=residual group;

Table 3 Sample characteristics: Distribution of MFs and FMs with current intimate partnerships

	TOTAL	MFs	FMs	
Country	N (%)	N (%)	N (%)	Sex-Ratio
Belgium	40 (23.8)	24 (31.2)	16 (17.6)	1.5 : 1
Germany	35 (20.8)	11 (14.3)	24 (26.3)	1 : 2.2
Netherlands	72 (42.9)	42 (54.5)	30 (33.0)	1.4 : 1
Norway	21 (12.5)	0 (0.0)	21 (23.1)	n.a.
Total N (%)	168 (100.0)	77 (100.0)	91 (100.0)	1 : 1.2

MFs=male-to-female, FMs=female-to-male;

Table 4 Age at first clinical presentation, age of onset and sexual orientation in MFs and FMs with current intimate partnerships

	Total	MFs	FMs
Age at 1st clinical presentation	Md (Range)	Md (Range)	Md (Range)
	29 (17-63)	38 (17-63)	24 (17-54)
Age of Onset	N (%)	N (%)	N (%)
EO	119 (70.8)	41 (53.3)	78 (85.7)
LO	49 (29.2)	36 (46.7)	13 (14.3)
Total N (%)	168 (100.0)	77 (100.0)	91 (100.0)
sexual orientation	N (%)	N (%)	N (%)
males	34 (20.2)	29 (37.7)	5 (5.5)
both males and females	14 (8.3)	8 (10.3)	6 (6.6)
females	118 (70.3)	38 (49.4)	80 (87.9)
transgender	2 (1.2)	2 (2.6)	0 (0.0)
Total N (%)	168 (100.0)	77 (100.0)	91 (100.0)

MFs=male-to-females, FMs=female-to-males, EO=early onset, LO=late onset;

Table 5 Sexual Orientation and current partners of MFs and FMs with different intimate partnership constellations

intimate partnership constellation	MFs			FMs		
	CPC	NPC	RES	CPC	NPC	RES
Total	N (%)					
	21 (27.3)	39 (50.6)	17 (22.1)	47 (51.6)	5 (5.5)	39 (42.9)
MFs and FMs: sexual orientation	N (%)					
androphilic	14 (66.7)	4 (10.2)	11 (64.7)	2 (4.2)	3 (60.0)	n.a.
both andro- + gynephilic	1 (4.7)	6 (15.4)	1 (5.9)	3 (6.4)	0 (0.0)	3 (7.7)
gynephilic	6 (28.6)	28 (71.8)	4 (23.5)	42 (89.4)	2 (40.0)	36 (92.3)
towards transgender	n.a.	1 (2.6)	1 (5.9)	n.a.	0 (0.0)	0 (0.0)
Current partner: gender, sexual orientation	N (%)					
female						
androphilic	n.a.	39 (100.0)	n.a.	42 (89.4)	0 (0.0)	n.a.
gynephilic or both andro- + gynephilic	7 (33.3)	0 (0.0)	n.a.	n.a.	0 (0.0)	31 (79.5)
male						
gynephilic	14 (66.7)	0 (0.0)	n.a.	n.a.	5 (100.0)	n.a.
androphilic or both andro- + gynephilic	n.a.	0 (0.0)	6 (35.3)	5 (10.6)	0 (0.0)	n.a.
otherwise	n.a.	0 (0.0)	11 (64.7)	n.a.	0 (0.0)	8 (20.5)

MFs=male-to-females, FMs=female-to-males, CPC=complementary partnership constellation, NPC=non-complementary partnership constellation, RES=residual group, n.a.=not applicable;

Table 6 Age at assessment, gender role, age of onset and sexual orientation in MFs and FMs with different intimate partnership constellations

Intimate partnership constellation	MFs			FMs		
	CPC	NPC	RES	CPC	NPC	RES
Age at 1st clinical presentation	Md (Range)					
	34 (18-52)	42.5(24-62)	35 (18-63)	22 (17-54)	20 (18-34)	28 (18-48)
gender role	N (%)					
male	0 (0.0)	8 (20.6)	3 (17.6)	37 (80.4)	4 (80.0)	27 (73.0)
female	17 (81.0)	10 (25.6)	10 (58.8)	1 (2.2)	0 (0.0)	5 (13.5)
varying	4 (19.0)	21 (53.8)	4 (23.6)	8 (17.4)	1 (20.0)	5 (13.5)
Total N (%)	21 (100.0)	39 (100.0)	17 (100.0)	46 (100.0)	5 (100.0)	37 (100.0)
age of onset	N (%)					
EO	15 (71.4)	13 (33.3)	13 (76.5)	37 (80.4)	5 (83.3)	36 (92.3)
LO	6 (28.6)	26 (66.6)	4 (23.5)	9 (19.6)	1 (16.7)	3 (7.7)
Total N (%)	21 (100.0)	39 (100.0)	17 (100.0)	46 (100.0)	6 (100.0)	39 (100.0)

MFs=male-to-females, FMs=female-to-males, CPC=complementary partnership constellation, NPC=non-complementary partnership constellation, RES=residual group, EO=early onset, LO=late onset;

Table 7 Partner-related sexual experiences in MFs and FMs with different intimate partnership constellations

Intimate partnership constellation	MFs			FMs		
	CPC	NPC	RES	CPC	NPC	RES
involvement of genitals	N (%)					
yes	5 (25.0)	29 (87.9)	3 (25.0)	16 (43.2)	4 (66.7)	20 (60.6)
no	15 (75.0)	4 (12.1)	9 (75.0)	21 (56.8)	2 (33.3)	13 (39.4)
Total N (%)	20 (100.0)	33 (100.0)	12 (100.0)	37 (100.0)	6 (100.0)	33 (100.0)
pleasant genital sensations	N (%)					
yes	2 (9.5)	8 (21.1)	0 (0.0)	6 (13.0)	1 (20.0)	7 (17.9)
no	9 (42.9)	13 (34.2)	11 (68.8)	20 (43.5)	2 (40.0)	13 (33.3)
it varies	6 (28.6)	16 (42.1)	5 (31.2)	15 (32.6)	2 (40.0)	15 (38.5)
not applicable	4 (19.0)	1 (2.6)	0 (0.0)	5 (10.9)	0 (0.0)	4 (10.3)
Total N (%)	21 (100.0)	38 (100.0)	16 (100.0)	46 (100.0)	5 (100.0)	39 (100.0)

MFs=male-to-females, FMs=female-to-males, CPC=complementary partnership constellation, NPC=non-complementary partnership constellation, RES=residual group;

Table 8 Psychological distress in MFs and FMs with different intimate partnership constellations

Intimate partnership constellation	MFs			FMs		
	CPC	NPC	RES	CPC	NPC	RES
SCL-90R Scores	Md (Range)					
GSI Global Severe Index	0.3 (0.1-2.1)	0.3 (0.0-2.3)	0.3 (0.0-1.6)	0.3 (0.0-2.2)	0.8 (0.3-1.3)	0.4 (0.1-2.0)
Somatization	0.3 (0.0-3.1)	0.2 (0.0-2.2)	0.1 (0.0-1.4)	0.3 (0.0-1.5)	0.4 (0.1-0.8)	0.3 (0.0-1.9)
Obsessive-Compulsive	0.2 (0.0-2.7)	0.6 (0.0-2.5)	0.4 (0.0-1.4)	0.5 (0.0-2.6)	1.0 (0.3-1.7)	0.6 (0.0-2.5)
Interpersonal Sensitivity	0.3 (0.1-2.3)	0.3 (0.0-2.9)	0.2 (0.0-2.6)	0.3 (0.0-2.3)	1.1 (0.0-1.3)	0.4 (0.0-3.2)
Depression	0.3 (0.0-2.8)	0.6 (0.0-2.8)	0.5 (0.0-2.0)	0.4 (0.0-2.5)	1.0 (0.2-2.2)	0.7 (0.0-2.6)
Anxiety	0.2 (0.0-2.7)	0.2 (0.0-3.6)	0.4 (0.0-0.9)	0.2 (0.0-2.3)	0.3 (0.0-1.4)	0.3 (0.0-2.2)
Hostility	0.2 (0.0-1.2)	0.2 (0.0-1.5)	0.0 (0.0-0.8)	0.2 (0.0-3.2)	0.8 (0.0-2.7)	0.3 (0.0-2.3)
Phobic Anxiety	0.0 (0.0-3.7)	0.0 (0.0-2.6)	0.0 (0.0-3.0)	0.0 (0.0-2.3)	0.4 (0.0-1.3)	0.1 (0.0-2.7)
Paranoid Ideation	0.8 (0.0-1.5)	0.3 (0.0-2.5)	0.1 (0.0-1.8)	0.2 (0.0-2.0)	0.9 (0.2-1.7)	0.3 (0.0-2.0)
Psychoticism	0.2 (0.0-1.1)	0.2 (0.0-1.8)	0.1 (0.0-1.9)	0.2 (0.0-2.0)	0.3 (0.1-1.0)	0.3 (0.0-1.4)

MFs=male-to-females, FMs=female-to-males, CPC=complementary partnership constellation, NPC=non-complementary partnership constellation, RES=residual group;

Von: <colem001@umn.edu>
Datum: 20. Mai 2013 20:39:56 MESZ
An: <hrichter@uke.de>
Betreff: International Journal of Sexual Health - Decision on Manuscript ID
WIJS-2013-1166.R1

20-May-2013

Dear Dr Richter-Appelt:

Your manuscript entitled "Intimate Partnerships and Sexual Health in Gender Dysphoric Individuals before the Start of Medical Treatment", which you submitted to International Journal of Sexual Health, has been reviewed. The reviewer comments are included at the bottom of this letter.

The reviews are in general favourable and suggest that, subject to minor revisions, your paper could be suitable for publication. Please consider these suggestions, and I look forward to receiving your revision.

When you revise your manuscript please highlight the changes you make in the manuscript by using the track changes mode in MS Word or by using bold or coloured text.

To submit the revision, log into <http://mc.manuscriptcentral.com/wijs> and enter your Author Centre, where you will find your manuscript title listed under "Manuscripts with Decisions." Under "Actions," click on "Create a Revision." Your manuscript number has been appended to denote a revision. Please enter your responses to the comments made by the reviewer(s) in the space provided. You can use this space to document any changes you made to the original manuscript. Please be as specific as possible in your response to the reviewer(s).

IMPORTANT: Your original files are available to you when you upload your revised manuscript. Please delete any redundant files before completing the submission.

Because we are trying to facilitate timely publication of manuscripts submitted to International Journal of Sexual Health, your revised manuscript should be uploaded as soon as possible. If it is not possible for you to submit your revision in a reasonable amount of time, we may have to consider your paper as a new submission.

Once again, thank you for submitting your manuscript to International Journal of Sexual Health and I look forward to receiving your revision.

Sincerely,
Dr Coleman
Editor, International Journal of Sexual Health
colem001@umn.edu
