

Humboldt-Universität zu Berlin
Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin
Medizinische Fakultät Charité

Vorlesung
Einführung in die Sexualwissenschaft/Sexualmedizin
Prof. Dr. Dr. Klaus Michael Beier

WS 2003/04

**Der Konflikt zwischen dem geschlechtlichen „Ich“
und
seinem biologischen „Du“**

- Wenn Körper und Seele nicht zusammenpassen -

Alexandra Jörchel

1. Semester: Gender Studies
3. Semester: Anglistik

Berlin, 04.02.2004

Inhaltsangabe

1. Einleitung	1
1.1. Begriffserklärung	3
1.1.1. Definition von Transsexualität	3
1.1.2. Formen der Transsexualität	3
1.1.3. Mit Transsexualität verwandte Begriffe	4
2. Geschlecht als Realität	7
2.1. Das biosomatische Geschlecht	7
2.1.1. Genetisches Geschlecht	7
2.1.2. Gonadales Geschlecht	6
2.1.3. Morphologisches Geschlecht	6
2.1.4. Hypothalamisches Geschlecht	7
2.2. Das psychosoziale Geschlecht	8
2.2.1. Standesamtliches Geschlecht	8
2.2.2. Geschlechtsrolle	8
2.2.3. Geschlechtsidentität	9
3. Die offizielle Überwindung der eigenen Geschlechtlichkeit	17
3.1. Der etablierte institutionalisierte Geschlechtswechsel	17
3.1.1. Diagnostik	17
3.1.2. Alltagstest	13
3.1.3. Hormonbehandlung	14
3.1.4. Geschlechtskorrigierende Operation	15
3.1.5. Nachbetreuung	16
3.2. Das Transsexuellengesetz (TSG)	24
4. Zusammenfassung	28
5. Literatur	33
6. Internetdokument	36

1. Einleitung

„Derselbe Mensch, überhaupt kein Unterschied, einfach nur ein anderes Geschlecht.“
(Zitat aus dem Film „Orlando“; R: Sally Potter, GB 1992)

In der vorliegenden Arbeit soll die Frage, wodurch der Konflikt zwischen dem geschlechtlichen „Ich“ und seinem biologischen „Du“ ausgelöst wird, beantwortet werden. Daraus ergibt sich die Frage, ob sich dieser Konflikt auch ohne Auslöser entwickeln würde.

Die Begriffe „geschlechtliches Ich“ und biologisches „Du“ habe ich bewusst gewählt, um den tiefen Widerspruch zwischen biosomatischem Geschlecht und dem Identifikationsgeschlecht zu verdeutlichen.

Durch die Verwendung des Personalpronomens „Du“ wird die vorhandene psychische Trennung des transsexuellen Menschen von seinem/ihrem biosomatischen Geschlecht dargelegt. Die Verwendung des Personalpronomens „Ich“ soll die Verbundenheit mit dem angestrebten Identifikationsgeschlecht deutlicher machen.

Ich beginne mit einem einführenden allgemeinen Kapitel, in dem ich die Definition und Formen der Transsexualität sowie die mit Transsexualität verwandten Begriffe erläutere. Darin habe ich nicht alle heute gängigen medizinischen und psychiatrischen sowie psychologischen Aspekte erwähnt, da dies weit über den Rahmen meiner Hausarbeit hinaus gehen würde.

Das zweite Kapitel widmet sich dem Geschlecht als Realität – der Ätiologie der Transsexualität anhand einer Unterscheidung in das biosomatische und das psychosoziale Geschlecht – um die geschlechtliche Entwicklung und deren Abweichungen darzustellen.

Im letzten Kapitel habe ich die richterlich anerkannte Zugehörigkeit zum Identitätsgeschlecht anhand der Behandlungsmethode erörtert. Desweiteren betrachte ich das Transsexuellengesetz kritisch.

1.1. Begriffserklärung

1.1.1. Definition der Transsexualität

erinnere

„Das ist das erste, woran ich mich

– dieser mit felsenfester Überzeugung geäußerte Satz: „Das wächst noch!“. Na ja gut, dann muss man halt ein bisschen nachhelfen.“¹

Was heißt eigentlich Transsexualität? Es gibt mehrere „offizielle“ Definitionssysteme, wie z. B. die ICD-10 (International Classification of Diseases) oder das DSM-IV (Die vierte Auflage des “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-IV) der “American Psychiatric Association”, 1994), nach denen die Transsexualität anhand diagnostischer Merkmale definiert wird. Dies bedeutet, das, wenn „(...)ein Mann nicht Mann oder Frau [ist], hat er Frau oder Mann zu sein und das so normgerecht, wie medizinisch möglich.“²

Die ICD-10 nimmt eine Einteilung des Transsexualismus in die Kategorie F6 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ vor, wobei „Transsexualismus“ im Abschnitt F64 „Störungen der Geschlechtsidentität“ unter der Nummer F64.0 im einzelnen aufgeführt ist. Demnach liegt der Transsexualität der Wunsch zugrunde, sowohl körperlich als auch gesellschaftlich als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechts anerkannt zu werden. Der Wunsch ist verbunden mit einem Gefühl des Unbehagens und einer fehlenden Identität mit dem eigenen anatomischen Geschlecht. Es besteht daher der Wunsch, den anatomischen Körper operativ und hormonell angleichen zu lassen. Der Wunsch und das Unbehagen muss mindestens seit zwei Jahren kontinuierlich bestehen, ohne dass man die Transsexualität auf eine psychische Krankheit oder auf eine genetische, intersexuelle oder geschlechtschromosomale Anomalie zurückführen kann.³

¹ TransMann e.V.. URL: <http://www.transmann.de/informationen/index.shtml>; Stand: 23.12.2003

² Ramm, Wiebke: Transsexualität als Problem interdisziplinärer Produktion „authentischer Geschlechtlichkeit“. Annäherung an ein subjektwissenschaftliches Beratungskonzept. Doktorarbeit. Berlin 2002. S. 92, URL: http://www.ditm.de/pdf/doktorarbeit_w.ramm.pdf Stand: 23.12.2003

³ vgl. hierzu ausführlich: WHO (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F): Klinischdiagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

Im Gegensatz dazu weist das DSM-IV eine deutliche Differenz zur ICD-10 auf, da der Begriff „Transsexualismus“ durch den Begriff „Gender Identity Disorders (GID)“ ersetzt wurde. Basis des DSM-IV ist die „Verbindung einer gegengeschlechtlichen Identifikation mit einem Unbehagen mit dem eigenen Geschlecht.“⁴ Dieses System geht deutlicher als der ICD-10 auf die Tatsache ein, dass Transsexualismus normalerweise vom Betroffenen erst einmal selbst diagnostiziert wird. Einen weiteren Unterschied zur ICD-10 stellt der – vom DSM-IV – als obligatorisch angesehene Wunsch nach einer Operation dar.⁵

Allgemein kann man sagen, dass ein transsexueller Mensch ein Mensch ist, der sich entgegen seinen Erbanlagen dem jeweils anderen Geschlecht zugehörig fühlt. Das Empfinden, dem anderen Geschlecht anzugehören, setzt in der Regel schon in früher Kindheit ein und manifestiert sich meistens in der Pubertät, da sich der Körper in dieser Entwicklungsphase äußerlich stark verändert. Das Unbehagen mit dem eigenen Geschlecht bleibt kontinuierlich ein Leben lang bestehen, und ist selten durch eine Therapie umkehrbar.⁶

Der transsexuelle Mensch lehnt den eigenen Körper, insbesondere die Geschlechtsmerkmale, sowie das gesamte Erscheinungsbild, die soziale Rolle und die damit verbundenen geschlechtstypischen Erwartungen ab.⁷

Der Konflikt zwischen dem angeborenem Geschlecht und dem empfundenen Geschlecht führt zu einem unerträglichen Leidensdruck, wel-

⁴ Vgl. hierzu ausführlich: APA (American Psychiatric Association) (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition (DSM-IV). Washington DC: APA-Press (Dt. 1996: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV. Dt. Bearb. u. Einf. V. Saß, H; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. Göttingen. Hogrefe.

⁵ Vgl. hierzu ausführlich: Beier [u.a.] (2001): Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis. Urban & Fischer, München, Jena. S. 288-290.

⁶ TransMann e.V.. URL.: 23.12.2003; Eicher, Wolf (1992): Transsexualismus. Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung. 2., bearbeitete Auflage. Stuttgart, Jena, New York 1992; S. 17f. Vgl. hierzu ausführlich: URL: <http://www.info.sexualpädagogik.de/abriss.html>; Stand: 12.12.2003; Ramm, Wiebke (2002): S.22; Clement, Ulrich; Senf, Wolfgang (1996): Transsexualität. Behandlung und Begutachtung. Stuttgart New York 1996. S. 2-3; Roche Lexikon der Medizin, 4. Auflage; Fischer Verlag, München 1984/1987/1993/1999; Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin: Transsexualität. URL: http://www.charite.de/ch/swsm/klinik_info.php. Stand: 02.01.04

⁷ vgl. hierzu ausführlich: Clement, Ulrich; Senf, Wolfgang (1996): Transsexualität. Behandlung und Begutachtung. Stuttgart New York 1996. S. 2-3.

cher zu Mutilationen der Genitalien, Suizidalität, Depressionen, psychischen und psychosomatischen Symptomen führen kann.⁸

Der Verein „TransMann e.V.“ definiert auf seiner Internetseite Frau-zu-Mann-Transsexuelle, als „Menschen, deren Geschlechtseintrag in der Geburtsurkunde „weiblich“ lautet oder lautete, die sich jedoch mit diesem Wort falsch oder nicht ausreichend beschrieben fühlen.“⁹

1.1.2. Formen der Transsexualität¹⁰

Es wird unterschieden zwischen primärem und sekundärem Transsexualismus aufgrund verschiedener Entwicklungswege, die zur Transsexualität führen.

Beim primären Transsexualismus liegt bereits in früher Kindheit eine gestörte Geschlechtsidentität vor, so dass sich bereits das Kind dem anderen Geschlecht zugehörig fühlt. Die gegengeschlechtliche Identität des Kindes geschieht ohne sexuellen Hintergrund, wie z. B. die sexuelle Erregung durch das Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung (Kleidungs-Fetisch). Bei den sexuellen Praktiken bevorzugen Mann-zu-Frau-Transsexuelle (im Folgenden MFT genannt) den passiven Analverkehr oder praktizieren Fellatio. Frau-zu-Mann-Transsexuelle (im Folgenden FMT genannt) verkehren sexuell meist nur mit Frauen, wobei Berührungen der eigenen Genitalien und Brüste während des sexuellen Kontakts vermieden werden.¹¹

⁸ vgl. hierzu ausführlich: Eicher, Wolf (1992): S. 25-28; Clement, Ulrich; Senf, Wolfgang(1996): S. 5-7.

⁹ TransMann e.V.

¹⁰ In diesem Kapitel erwähne ich nur die von PERSON und OVESEY entwickelte Unterscheidung des Transsexualismus, da sie die verbreitetste Theorie ist. Es gibt natürlich noch viele andere Konzepte, wie z. B. die von Harry Benjamin entwickelte „sex orientation scale (S.O.S.)“. Er unterscheidet hier zwischen drei Hauptgruppen und zwei Untergruppen. Dieses Konzept schließt aber z. B. weibliche Transsexuelle aus. PERSON und OVESEY wiedergegeben nach Eicher, Wolf (1992): S. 33-36.

¹¹ vgl. hierzu ausführlich: Eicher, Wolf (1992): S.33ff. sowie: Isakowitsch, Kathrin (1990): Untersuchung zur Ätiopathogenese des Transsexualismus. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades doctor medicinae (Dr. med.) vorgelegt der Medizinischen Fakultät des Wissenschaftlichen Rates der Humboldt-Universität zu Berlin. Berlin 1990. S.11.

Beim sekundären Transsexualismus kann es auch zu einer postpubertären Entwicklung ausgehend von der effeminierten Homosexualität und des Transvestitismus kommen.¹²

1.1.3. Mit Transsexualität verwandte Begriffe

Genderdysphorie (Genderdysphorie-Syndrom): Dieser Begriff dient zur Bezeichnung von Geschlechtsidentitätsstörungen, erfüllt aber nicht die Kriterien einer echten Transsexualität. Oftmals tritt diese Form in krisenhaften Situationen auf. Die Genderdysphorie umfasst alle Menschen, die die geschlechtsspezifischen Merkmale des eigenen Körpers ablehnen.¹³

Autogynäphilie: Es wird unterschieden zwischen partieller und kompletter Autogynäphilie. Bei der partiellen Autogynäphilie liegt der Wunsch nach bestimmten weiblichen Attributen, wie z.B. Kleidung oder Brüste vor, der zur sexuellen Erregung während autoerotischer Handlungen führt. Bei der kompletten Autogynäphilie stellt sich ein Mann während autoerotischer Handlungen komplett als Frau vor, was zur sexuellen Erregung führt. Die komplette Autogynäphilie ist wahrscheinlich ein Hinweis auf eine vorliegende Transsexualität.¹⁴

Transhomosexualität: Beschreibt die Tatsache, dass vielfach eine homosexuelle Orientierung nach der angleichenden Operation vorliegt.¹⁵

Effeminierte Homosexualität: Annahme der weiblichen Rolle, meist nur im Sinne sexueller Unterwürfigkeit. Das Tragen weiblicher Kleidung ermöglicht den sexuellen Kontakt zu einem heterosexuellen Mann. Ein homoerotischer Partnerbezug liegt vor.¹⁶

¹² vgl. hierzu: Söder, Manfred (1998): S.7.

¹³ Vgl. hierzu: Isakowitsch, Kathrin (1990): S. 11; sowie: Hetty von Stolberg: private Homepage. URL: <http://www.hettyvstolberg.org/hetty/legende.html>. Stand: 23.12.2003

¹⁴ Vgl. hierzu: Söder, Manfred (1998): S.7.

¹⁵ Vgl. hierzu: Söder, Manfred (1998): S.7-8.

¹⁶ Vgl. hierzu: Isakowitsch, Kathrin (1990): S. 11.

2. Geschlecht als Realität

„Ein Mann ist ein Mann, und eine Frau ist eine Frau“¹⁷

Im folgenden Kapitel habe ich die geschlechtliche Entwicklung und deren Abweichungen in zwei verschiedene Ebenen unterteilt. Zum einen in ein biosomatisches Geschlecht und zum anderen in ein psychosoziales Geschlecht.

Durch diese Unterteilung ist es möglich, einen ungestörten sexuellen Entwicklungsablauf zu zeigen und die transsexuelle Entwicklung in diese Ebenen einzuordnen.¹⁸

2.1. Das biosomatische Geschlecht

2.1.1. Genetisches Geschlecht

Das Vorhandensein eines X- oder Y-Chromosoms bei der Befruchtung bestimmt das genetische Geschlecht.¹⁹

In jeder Körperzelle befindet sich ein doppelter Chromosomensatz von 2 x 23 Chromosomen. Es handelt sich hierbei um nicht-geschlechtliche Chromosomen und 2 x 1 Gonosom (Sexchromosom). Bei der Frau besteht der Chromosomensatz aus zwei X-Chromosomen, beim Mann besteht er aus einem X- und einem Y-Chromosomen.²⁰ Das menschliche Karyogramm beträgt bei der Frau 46/XX und beim Mann 46/XY.²¹

Chromosomenaberrationen

Es kann zu Chromosomenaberrationen kommen, wobei sich beim Fötus z.B. Ovarien entwickeln. Diese fetalen Ovarien atrophieren später

¹⁷ Pinel, John P. J.(2001): Biopsychologie. Heidelberg, Berlin 2001. S. 299.

¹⁸ Diese Einteilung habe ich der Diplomarbeit von Manfred Söder (1998): „Die Herkunftsfamilien weiblicher Transsexueller und deren Vergleich mit einer Stichprobe Frauen mit kongruenter Geschlechtsidentität“ entnommen.

¹⁹ Vgl. hierzu: Söder, Manfred (1998): S. 21f.

²⁰ vgl. Isakowitsch, Kathrin (1990): S.1.

²¹ vgl. hierzu ausführlich: De Gruyter (1998): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 258. Auflage. Berlin 1998.

(Ullrich-Turner-Syndrom; Karyogramm: 45/X0; Monosomie X). Es kann auch zu einem vermehrten Vorkommen von X-Chromosomen führen (Klinefelter-Syndrom). Bei der Polysomie Y mit X liegt männlicher Großwuchs bei normaler Fertilität vor²². Kommt es zu einem Dihydrotestosteron-Defizit (DHT-Defizit), verhält sich der Patient männlich (Imperato-McGinley-Syndrom). Hier kann es in der Pubertät zu einem Wechsel der Geschlechtsidentität kommen.²³

2.1.2. Gonadales Geschlecht

Die Induktion und Ausdifferenzierung der bipotenten Keimanlage zu Hoden erfolgt unter Wirkung des HY-Antigens, welches an gonadenspezifische Rezeptorenstrukturen gebunden ist und eine Organisation anderer testikulärer Strukturen bewirkt.²⁴ Dieser Vorgang ist für die Ausbildung des weiblichen Phänotypus nicht notwendig.²⁵

Die Ausdifferenzierung der äußeren Genitalien geschieht zwischen dem 3. und 4. Fetalmonat. Die somatische Differenzierung ist abhängig vom Vorhandensein sogenannter Hormonrezeptoren. Fehlen diese ganz oder teilweise kommt es zu einer testikulären Feminisierung.²⁶

2.1.3. Morphologisches Geschlecht

Zwischen der 7. und 20. Schwangerschaftswoche differenziert sich beim Embryo der Wolff'sche bzw. der Müller'sche Gang zu männlichen oder weiblichen Genitalorganen unter hormoneller Kontrolle.²⁷

²² vgl. hierzu ausführlich: De Gruyter (1998).

²³ Vgl. Isakowitsch, Kathrin (1990): S. 4.

²⁴ Vgl. hierzu Eicher Wolf (1992): S. 11.

²⁵ Vgl. hierzu: Söder, Manfred (1998): 22.

²⁶ vgl. hierzu ausführlich: Söder, Manfred (1998): S. 11 und 21ff. sowie z. B. Isakowitsch, Kathrin (1990): S.

1.

²⁷ vgl. hierzu: Söder, Manfred (1998): S.23.; sowie: De Gruyter (1998).

Aus dem Wolff-Gang entwickelt sich das ableitende männliche Genital. Dabei wird der Induktionsstoff Testosteron abgesondert und der Müller-Gang entwickelt sich während der Sekretion der sogenannten „Müllerian inhibiting substance (MIS)“ zurück. Das Testosteron stimuliert die Wolffschen Gänge (späterer Nebenhodengang, Samenleiter und Bläschendrüse), bewirkt die Entwicklung der männlichen inneren Genitalien und wird zu Dihydrotestosteron (DHT) umgewandelt. Testosteron und DHT besitzen androgene Aktivität.²⁸

Der Müller-Gang entwickelt sich zum weiblichen Genitaltrakt (Uterus und Eileiter), wenn die Induktionsstoffe – Testosteron und DHT – fehlen.

Da für die männlichen Geschlechtshormone passende Rezeptoren notwendig sind, kann es beim Embryo zu einer testikulären Feminisierung kommen, falls diese notwendigen Rezeptoren fehlen.²⁹

Intersexualität

Beim Hermaphroditismus verus handelt es sich um eine Störung der sexuellen Differenzierung. Hierbei entwickeln sich die inneren und äußeren Geschlechtsorgane in unterschiedlich starker Ausprägung entgegen dem chromosomalen Geschlecht. Der Phänotyp kann sowohl männlich als auch weiblich sein. Das gonadale Geschlecht kann als Ovotestis, oder als Testis und/oder Ovar vorliegen. Das äußere Genital ist intersexuell.

Beim Pseudohermaphroditismus sind sowohl Gonaden des einen Geschlechts als auch die Genitalien und sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts vorhanden. Das gonadale Geschlecht stimmt mit dem chromosomalem Geschlecht überein. Unterschieden wird zwischen Pseudohermaphroditismus femininus und masculinus.

²⁸ Vgl. hierzu: Eicher Wolf (1992): S. 11, sowie Isakowitsch, Kathrin (1990): S. 1

²⁹ Vgl. hierzu: Söder, Manfred (1998): S. 22.

Bei dem Ersteren sind die primären Geschlechtsorgane mit Ausnahme der Ovarien phänotypisch vorwiegend männlich. Chromosomal handelt es sich um eine weibliche Person.

Der Pseudohermaphroditismus masculinus ist genotypisch vorwiegend männlich, phänotypisch aber weiblich.

2.1.4. Hypothalamisches Geschlecht

Unterschiede zwischen Mann und Frau drücken sich nicht nur mittels Gewicht, Statur oder Behaarung aus, sondern sie zeigen sich auch im Verhalten.³⁰

Bei Tierversuchen hat man herausgefunden, dass die Differenzierung des Gehirns unter hormonellem Einfluss geschieht. Dabei werden bestimmte Areale des Zwischenhirns zu einem späteren Sexualverhalten geprägt. Durch gezielte Östrogenverabreichung bei tierischen Feten, kam es während der fetalen Entwicklung zur Unterdrückung der zyklischen Funktion des Hypothalamus. Dieser reguliert mittels bestimmter Hormone die Aktivität der Hypophyse und bestimmt die zyklische oder nicht zyklische Sezernierung von Gonadotropinen (keimdrüsenstimulierende Hormone).³¹

Durch eine erhöhte pränatale (vorgeburtliche) und präpuberale (vor der Geschlechtsreife) Androgenapplikation habe sich in Tierversuchen gezeigt, dass sich das Gehirn des Weibchens männlich differenziert hat.³²

Ob man diese Tierversuche allerdings auf den Menschen übertragen kann, ist fraglich.

³⁰ Vgl. hierzu: Söder, Manfred (1998): S. 23.

³¹ Vgl. hierzu: Eicher, Wolf (1992): S. 12 - 13.

³² Vgl. hierzu: Isakowitsch (1990): S. 105.

2.2. Das psychosoziale Geschlecht

Wird ein Mensch geboren, so ist dieser neugeborene Mensch – rein biologisch gesehen – ein Mann oder eine Frau. Die Qualitäten und Dimensionen dieses biologischen Mannes oder Frau müssen sich im Laufe der Jahre entwickeln und einem Sozialisationsprozess unterworfen werden, wenn aus ihren Möglichkeiten Wirklichkeiten werden sollen.

Die gesellschaftlichen Verhaltensweisen, die sich hinter der Geschlechtsidentität und der damit verbundenen Geschlechtsrolle verbergen, müssen erst erworben und entwickelt werden, um ein Mann oder eine Frau zu **sein**.

Das Wesen einer Person ist ein emotionales Geschehen. Dieses ermöglicht es, die subjektiv empfundene Geschlechtsidentität als Realität – in Form der Geschlechtsrolle – nach außen zu repräsentieren. Die nach außen gelebte Geschlechtsrolle speist die verinnerlichte Geschlechtsidentität.

2.2.1. Standesamtliches Geschlecht

Die erste Zuweisung des Geschlechts erfolgt durch einen schnellen Blick der Hebamme oder des Arztes. Früher war das morphologische Erscheinungsbild dafür ausschlaggebend, heute wendet man pränatale Untersuchungen an, um intersexuelle Varianten einordnen zu können. Die erste Geschlechtszuschreibung ist äußerst wichtig, denn sie bestimmt das Verhalten des sozialen Umfeldes zum Neugeborenen.³³ Durch die Feststellung des Geschlechts des Neugeborenen wird die Geschlechtsidentität ausgesucht, unterstützt und gefestigt. Dies ge-

³³ Vgl. hierzu: Söder, Manfred (1998): S.26.

schiebt durch die Bezugspersonen, meist die Familie des Neugeborenen.³⁴

2.2.2. Geschlechtsrolle

Die Geschlechtsrolle umfasst äußere männliche oder weibliche Verhaltensweisen, die das Ergebnis gesellschaftlicher und kultureller Stereotypen sind. Diese werden im Laufe der Sozialisierung erlernt. Transsexuelle Menschen sind auf die „korrekte“ Darstellung dieser Verhaltensweisen angewiesen, um als Angehörige des anderen Geschlechts anerkannt zu werden. Die festgelegten Geschlechtsrollen lassen ihnen kaum Spielraum.³⁵

Die Darstellung der Geschlechtsrolle nach außen ist normalerweise für die Person, die sich mit dem eigenen biologischen Geschlecht behaglich fühlt, ein unbewusster Vorgang. Für den transsexuellen Menschen hingegen ist die Geschlechtsrolle immer ein bewusster Zustand, da er/sie nach einer möglichst unauffälligen Aufnahme in die Gesellschaft als Angehörige(r) des anderen Geschlechts strebt.³⁶

Der transsexuelle Mensch möchte als Angehörige(r) des anderen Geschlechts von der Gesellschaft anerkannt werden und in der Gesellschaft als Frau oder Mann leben, und möchte als Mitglied des anderen Geschlechts nicht nur anerkannt, sondern auch wahrgenommen werden. Somit ist dieser Mensch gezwungen, sein genetisch bestimmtes Genitale loszuwerden, da es auch im 21. Jahrhundert nahezu unmöglich ist, zu haben.³⁷

Das Genitale des Mannes bzw. die Menarche der Frau bezieht seinen Wert aus dem gesellschaftlichen Kontext heraus. Der erektionsfähige

³⁴ vgl. hierzu: Lindemann, Gesa (1993): Das paradoxe Geschlecht. Transsexualität im Spannungsfeld von Körper, Leib und Gefühl. Frankfurt am Main 1993. S. 9.

³⁵ Vgl. hierzu: Söder, Manfred (1998): S. 27.

³⁶ vgl. hierzu ausführlich: Söder, Manfred (1998): S. 12.

³⁷ vgl. ausführlich: Lindemann, Gesa (1993): S.10f.

Penis wird allgemein hin als wertvolles Symbol der Männlichkeit betrachtet. Im Gegensatz dazu steht die Menarche als Symbol der Weiblichkeit mit entwertendem Charakter. Der Penisbesitz macht das Erwachsenwerden zu etwas besonderem. Das Einsetzen der ersten Monatsblutung hingegen macht das Erwachsenwerden zu etwas unangenehmen. Bei einer gesellschaftlichen gleichwertigen positiven Behandlung beider Symbole, würde die Bedeutung des Genitals und die damit verbundene gesellschaftlich vorgedachte Rolle entfallen.³⁸

Für das Mann- oder Frausein bedarf es demnach der Vermittlung anderer, als Person wahrgenommen und behandelt zu werden, und somit als Individuum anerkannt zu werden.

2.2.3. Geschlechtsidentität

Ein Mensch bildet in der Regel eine konsistente Einheit zwischen seinem „Selbst“ und seinem Geschlecht.

Die Bildung einer solchen Einheit geschieht aus dem Erfahrungswert der Geschlechtsrolle heraus³⁹. Dies bedeutet, dass sich die Geschlechtsidentität bei einem Menschen ungestört entwickeln kann, wenn er sich entsprechend seinem biologischen Geschlecht nach den festgelegten Stereotypen äußerer weiblicher oder männlicher Verhaltensweisen präsentiert. Es handelt sich um einen, von außen geformten und beeinflussten Bewusstseinsinhalt, der sich z. B. bei der Frau auch ohne Zyklus manifestieren kann.⁴⁰

Die Geschlechtsidentität ist demnach mehr als nur die Selbstdefinition eines Individuums. Sie ist vielmehr die anfangs noch unbewusste, später bewusste in sich aufgenommene Darstellung der Geschlechtsrolle.⁴¹

³⁸ vgl. hierzu ausführlich : de Beauvoir, Simone(1992): Das andere Geschlecht. Neuübersetzung. Hamburg 1992.S. 389.

³⁹ vgl. hierzu ausführlich: Eicher, Wolf (1992): S. 15.

⁴⁰ vgl. hierzu ausführlich: Eicher (1992): S. 15.

⁴¹ vgl. hierzu ausführlich: Söder, Manfred (1998): S. 27.

Psychoanalytische Störungshypothesen der Geschlechtsidentität⁴²

Die schwerste Störungsform der Geschlechtsidentität, die verschiedene Ursachen haben kann, ist die Transsexualität.

Familiendynamische Störungshypothese

Männliche Transsexualität⁴³

Die Psychoanalyse geht hierbei von einer fehlenden Disidentifikation innerhalb der Mutter-Sohn-Symbiose aus. Wird die Dualunion zwischen Mutter und Sohn dauerhaft durch die Mutter aufrechterhalten, so kann es zu einer Störung der Geschlechtsidentität kommen.

Um die Einheit aufrechtzuerhalten, hält die Mutter den Sohn in der Dualunion fest. Dies ist bei einem fehlenden Vater bzw. einer männlichen Identifikationsperson möglich, da die Dualunion von außen aufgebrochen werden muss. Der anwesende Vater würde in eine Interaktion mit dem Sohn treten, wobei er (der Vater) als Identifikationsmodell und als ein von der Mutter unterscheidbares Objekt gesehen werden würde. Diese Interaktion mit dem Vater würde dem Sohn ermöglichen, sich anders wahrnehmen zu können.

Die Notwendigkeit einer Anwesenheit des Vaters oder einer anderen gleichgeschlechtlichen Identifikationsperson ist abhängig von der Stärke des mütterlichen Bedürfnisses, den Sohn in der Dual-Union festzuhalten. Wichtig ist die emotionale Verfügbarkeit eines zweiten, von der Mutter unterschiedenen Objekts.

In dieser beharrlich fortgesetzten Symbiose dient das Kind als Ergänzung zur Komplettierung des mütterlichen Idealbildes eines Mannes. Die Mutter kreierte einen Mann ohne aggressive Züge, und lehnt gleich-

⁴² Ich gehe hier nur auf die von STOLLER entwickelte familiendynamischen Störungshypothesen ein, obwohl es noch einige andere Hypothesen – wie z. B. von REDMOUNT oder MAHLER – gibt. Die Betrachtung aller, in der Wissenschaft vorliegenden Störungshypothesen würde aber weit über den Rahmen dieser Hausarbeit hinausgehen. STOLLER, R. J. zusammengefasst nach Stemmann-Acheampong, Susanne: Der phantastische Unterschied. Zur psychoanalytischen Theorie der Geschlechtsidentität. Göttingen, Zürich 1996. S.97 – 99

⁴³ Vgl. hierzu ausführlich: Stemmann-Acheampong, Susanne (1996): S.97 – 99.

zeitig die eigene Weiblichkeit mit dem Wunsch nach Einheit und Ergänzung ab. Das männliche Kind wird somit zum eigenen Phallus.

Aus der Identifikation mit der Mutter resultiert dann, dass der transsexuelle Junge „sich selbst nicht als ein Wesen mit einem anderen nicht-weiblichen Genitale akzeptieren kann“⁴⁴. Im Erwachsenenalter führt der Wunsch nach einer Übereinstimmung mit dem Bild der Mutter dazu, die Männlichkeit operativ entfernen zu lassen.

Die selbstbestimmte Errichtung einer frühen Geschlechtsidentität des Jungen kann gestört und bedroht werden durch das fehlende Zugeständnis seitens der Mutter an den Sohn, einen eigenen Körper und Penis zu besitzen.

Die fortdauernde Symbiose bleibt konfliktlos, da sie vom Kind als befriedigend angesehen wird.⁴⁵

Der transsexuelle Sohn wird von der Mutter in eine positive Selbst-Repräsentation gedrängt. Die Repräsentation des weiblichen Selbst des Sohnes von der Mutter als positiv erlebt. Dieses muss mit der vom Sohn als negativ wahrgenommenen Mutter-Repräsentation vereint werden.⁴⁶

*Weibliche Transsexualität*⁴⁷

Hierbei wird die Mutter-Kind-Symbiose nicht dauerhaft aufrechterhalten, sondern frühzeitig aufgelöst.

Die physisch und/oder psychisch nicht erreichbare Mutter lebt in einem Konflikt mit ihrer eigenen weiblichen Geschlechtsidentität. Dies führt dazu, dass sie die Geschlechtsidentität der Tochter durch aggressives Verhalten bedroht, und sich dadurch vor der Union mit der Tochter schützen kann.

⁴⁴ Stemann-Acheampong, Susanne (1996): S. 99.

⁴⁵ Die fortdauernde Symbiose kann meines Erachtens nicht konfliktlos bleiben, da das Kind nach Autonomie strebt, und somit die forciert verlängerte Dualunion durchbrechen will.

⁴⁶ Vgl. hierzu ausführlich: Stemann-Acheampong, Susanne (1996): S.97 – 99.

⁴⁷ Ebd. S. 99 – 100; sowie Söder, Manfred (1998):S. 30 – 31; oder auch Désirat, Karin: Die Problematik der weiblichen Geschlechtsrollenidentifizierung am Beispiel der transsexuellen Frau. Von der Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften der Universität Hannover zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie. Hannover, 1982. S. 39 – 64.

Die Tochter fühlt sich von der Mutter weder geliebt noch angenommen. Sie sucht Schutz bei ihrem Vater, der die Tochter in die Rolle des Beistands und der Pflege für die Mutter drängt. Die Tochter nimmt diese Rolle an, und identifiziert sich mit ihrem Vater. Dieser unterstützt und fördert die von der Tochter nach außen präsentierte männliche Geschlechtsidentität.

Die Identifikation mit dem Vater und die gleichzeitige Annahme des mütterlichen Konfliktes mit der weiblichen Geschlechtsidentität ermöglicht der Tochter, die mütterliche Aggression abzuwehren.

3. Die offizielle Überwindung der eigenen Geschlechtlichkeit

*"I have found happiness that I never dreamed possible. I adore being a girl and I would go thru 10 operations, if I had to, in order to be what I am now. A girl's life is so wonderful. The whole world looks so beautifully different."*⁴⁸

Um als Angehöriger des jeweils anderen Geschlechts offiziell anerkannt zu werden, bedarf es einer notariell beglaubigten und richterlich anerkannten Zugehörigkeit zum Identitätsgeschlecht. Die transsexuelle Person muss hierzu einen – mittlerweile etablierten – institutionalisierten Geschlechtswechsel durchlaufen.

Individualität, Bedürfnisse oder eigene Interessen, die eventuell nicht in einem Diagnoseschlüssel zu finden sind, können durch die reglementierte Geschlechtlichkeit schlichtweg vergessen werden.

Gezwungen durch den offiziellen Druck, der auf dem transsexuellen Menschen lastet, wird dieser oftmals in ein taktisches Verhalten hineingedrängt: Es wird gesagt, was laut Diagnoseschlüsseln und TSG erlaubt ist.⁴⁹

3.1. Der etablierte institutionalisierte Geschlechtswechsel

Ich richte mich in diesem Kapitel nach Prof. Dr. med. Götz Kockott, der von einem „gestuften Therapiepaket“ ausgeht. Dieses „Therapiepaket“ bietet dem transsexuellen Menschen einen auf ihn abgestimmten Gestaltungsablauf und zielt auf eine „adäquate individuelle Lösung seines Identitätsproblems“ hin.⁵⁰

⁴⁸ Benjamin, Harry: „The Transsexual Phenomenon“. Chapter 4: Three different types of transsexuals. URL: <http://www.symposium.com/index.htm>. Stand: 05.11.2003.

⁴⁹ vgl. Eicher (1992): S. 64; sowie ausführlich: Pfäfflin: Therapeut-Patient-Beziehung. In: Clement, Senf (1996): S. 24-34.

⁵⁰ Vgl. hierzu ausführlich: Kockott, Götz (1996): S. 8 – 15.

3.1.1. Diagnostik

In dieser ersten Stufe des „Therapiepakets“ findet in begleitender Interaktion zwischen Therapeut und Betroffenen eine sichere Indikation statt. Der Therapeut sollte sich immer an den gängigen diagnostischen Standards orientieren, um dem Betroffenen „eine wissenschaftlich fundierte Behandlung anbieten zu können“⁵¹. Sie dient auch dem Therapeuten zur kontinuierlichen Überprüfung und Festigung seiner Diagnose.⁵²

In der diagnostischen Behandlungsstufe wird eine biographische Anamneseerhebung durchgeführt. In ihr sollte der Schwerpunkt „auf der Geschlechtsidentitätsentwicklung und der psychosexuellen Entwicklung (inkl. der sexuellen Orientierung) liegen“⁵³.

Es folgt eine körperliche Untersuchung mit der Aufgabe, chromosomale Unregelmäßigkeiten ausschließen zu können.⁵⁴ Eventuell findet man bei der Untersuchung Hinweise auf z. B. Automutilation, venerische Erkrankungen oder hormonelle Anbehandlungen.⁵⁵

Desweiteren kann hier eine mutmaßliche Bewertung bezüglich der „körperlichen Anpassungsmöglichkeiten an die gegengeschlechtliche Rolle“⁵⁶ erstellt werden.

Es geht aber nicht nur um eine Indikationsstellung, sondern um Aufklärung, Betreuung, Hilfe und Support des transsexuellen Menschen. Der Klient muss z. B. über eventuell notwendige „Veränderungen bei einem Geschlechtswechsel im beruflichen Bereich“⁵⁷ und über Reaktionen im sozialen Umfeld (Familie, Freundeskreis) aufgeklärt werden.

⁵¹ Beier (2001): S. 299.

⁵² Kockott (1996): S. 12.

⁵³ Beier(2001): S. 299.

⁵⁴ vgl. hierzu ausführlich: Beier (2001): S. 301; sowie z. B. Eicher (1992): S. 64 - 65.

⁵⁵ Vgl. hierzu ausführlich: Eicher (1992): S. 65ff.; sowie z. B. Beier (2001): S. 301 oder Söder (1998): S. 12f.

⁵⁶ Söder (1998), S. 13.

⁵⁷ Ebd. S. 11.

Durch die therapeutische Begleitung soll dem Klienten zu „einer realistischen Sicht der Möglichkeiten und Grenzen der Hormonbehandlung und der geschlechtskorrigierenden Operation“⁵⁸ verholfen werden.

Die Häufigkeit und das Ausmaß der psychotherapeutischen Betreuung kann individuell angesetzt werden.

Zusätzlich bietet sich dem Klienten die Möglichkeit mit Selbsthilfegruppen Kontakt aufzunehmen, um Informationen und Unterstützung zu erhalten. Der Betroffene sollte hierbei die eigene Selbstreflexion nicht außer acht lassen.⁵⁹

*Standards der Behandlung und Begutachtung*⁶⁰

Es handelt sich hierbei um die deutsche Anlehnung an die Standards of Care der International Gender Dysphoria Association⁶¹, die die Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen festlegt. Die von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie der Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft ausgearbeiteten Standards fordern einige Kriterien, die zur Diagnose einer bestehenden Transsexualität führen:

- „1. Eine tiefgreifende und dauerhafte gegengeschlechtliche Identifikation.
2. Ein anhaltendes Unbehagen hinsichtlich der biologischen Geschlechtszugehörigkeit bzw. ein Gefühl der Inadäquatheit in der entsprechenden Geschlechtsrolle; kontinuierlicher Wunsch nach Beseitigung der körperlichen Merkmale des biologischen Geschlechts und nach Erwerb derjenigen des biologischen Gegengeschlechts.
3. Ein klinisch relevanter Leidensdruck und/oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen.“⁶²

⁵⁸ Kockott (1996): S. 11.

⁵⁹ vgl. Pfäfflin (1996): S. 26-27.

⁶⁰ Vgl. Becker et al. Zusammengefasst nach Beier (2001): S.299.

⁶¹ Vgl. hierzu: The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Inc.: The 2001 Standards of Care (version six). In: URL: <http://www.hbigda.org/socv6.pdf>. Stand: 28.1.2004.

⁶² Becker et al. Zitiert nach Beier (2001): S. 299.

Diese Kriterien kommen weitgehend den vorgenannten Kriterien der ICD-10 und des DSM-IV gleich. Der bedeutendste Unterschied ist allerdings, dass ein intersexuelles Syndrom nicht entscheidendes Ausschlusskriterium ist.

3.1.2. Alltagstest

In dieser zweiten Stufe testet der Klient den Alltag. Der Transsexuelle soll für sich selbst erkennen, inwieweit der angestrebte Geschlechtswechsel für ihn möglich ist.⁶³ Dadurch erhält der Klient auch die Möglichkeit des Rücktritts, „wenn er dabei merkt, daß die Therapie für die Lösung seiner Probleme ungeeignet“⁶⁴ ist. Er kann sich durch den Alltagstest in die neue von ihm gewünschte Rolle hineinleben, die Reaktionen seines sozialen, beruflichen und gesellschaftlichen Umfeldes überprüfen und sukzessive die erstrebte Identität nach außen übernehmen.⁶⁵

Der Alltagstest wird als unerlässlicher Bestandteil der Behandlung angesehen. Daher umfasst diese Behandlungsstufe einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren.⁶⁶

Lehnt der Klient diesen Test ab, und bleibt dieser daher aus kann der Behandler „berechtigte Zweifel an der Diagnose „transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörung“⁶⁷ haben. Eine Indikation kann somit nicht gestellt werden.

⁶³ Vgl. hierzu ausführlich: Kockott (1996): S. 12; sowie Beier(2001): S. 305 –307 oder Eicher (1992): S. 68 – 69.

⁶⁴ Eicher (1992): S. 69.

⁶⁵ Vgl. hierzu ausführlich: Söder (1998): S. 14.

⁶⁶ Vgl. hierzu: Kockott (1996): S.12; sowie z. B. Eicher (1992): S. 69.

⁶⁷ Beier (2001), S. 305.

3.1.3. Hormonbehandlung

Vor einer somatischen Therapie, muss der begleitende Therapeut bei dem Klienten eine stimmige, unveränderliche gegengeschlechtliche Identität eindeutig diagnostiziert haben. Auch muss der Klient eine realistische Vorstellung über die Möglichkeit einer somatischen Behandlung haben. Die angestrebte Geschlechtsrolle soll für den Klienten nach außen lebbar sein. Letzteres kann der Klient in einem therapeutisch begleiteten Alltagstest für sich herausfinden.⁶⁸

Eine Hormonbehandlung ermöglicht dem Betroffenen bereits vor der Operation den postoperativen Zustand zu erleben. Diese wird von einem hinzugezogenen Endokrinologen durchgeführt oder nur kontrolliert.⁶⁹

Durch die Einnahme konträrgeschlechtlicher Hormone kann der transsexuelle Klient in seiner Umwelt überzeugender in der gewünschten Geschlechtsrolle wirken, z. B. führt es bei weiblichen Transsexuellen zu einer natürlichen Maskulinisierung des Körpers (tiefere Stimmlage, geschlechtstypische Fettverteilung oder geschlechtstypische Behaarung).⁷⁰ MFTs und FMTs werden zusätzlich während der Hormonapplikation mit dem Zustand der Unfruchtbarkeit konfrontiert.⁷¹

Die Hormonbehandlung erfolgt frühestens nach einem mindestens einjährigen Alltagstest.

Die konträrgeschlechtliche Hormonbehandlung muss lebenslang beibehalten werden.

⁶⁸ Vgl. Hierzu ausführlich: Beier (2001), S. 308 – 309; sowie z. B. Kockott (1996): S. 12 – 14.

⁶⁹ Vgl. Kockott (1996): S. 13.

⁷⁰ Vgl. hierzu: Kockott (1996), S. 14 oder auch Söder (1998), S. 15.

⁷¹ de Sutter, P. ; Kira, K. [u.a.] : « The Desire to have Children and the Preservation of Fertility in Transsexual Women : A Survey ». In: URL: http://www.symposium.com/ijt/ijtvo06no03_02.htm. Stand: 28.01.2004

3.1.4. Geschlechtskorrigierende Operation

Nach frühestens 1 ½ Jahren – d. h. nach erfolgtem mindestens einjährigem Alltagstest und einer mindest halbjährigen gegengeschlechtlichen Hormongabe – kann die geschlechtskorrigierende Operation veranlasst werden.⁷²

Der ausführende Chirurg fordert hierzu meistens zwei unabhängige Gutachten an. Die Gutachten müssen die Diagnose der Transsexualität zweifelsfrei bestätigen. Zusätzlich macht sich der verantwortliche Chirurg ein eigenes Bild des Transsexuellen. Hierfür vereinbart der Operateur mit dem Betroffenen Vorgespräche. Diese dienen dem gegenseitigen Kennenlernen, der Beratung und fachgerechten Aufklärung des Transsexuellen, aber auch einer eingehenden körperlichen Untersuchung.⁷³

Die geschlechtskorrigierende Operation führt meistens zu einer psychischen und sozialen Stabilisierung des Patienten.

Es kann bei voreilig oder auch gutgemeint getroffenen Indikationen zu Rückumwandlungsbegehren kommen. Diese sind nicht unproblematisch, da die somatischen Therapien zu kaum noch rückgängig zu machenden körperlichen Veränderungen führen.⁷⁴

Auch bei unbefriedigenden Operationsergebnissen – z. B. bei Penoidplastiken – werden Rückumwandlungsanträge äußerst selten gestellt.

*Vier Motive für eine umwandelnde Operation*⁷⁵

BENJAMIN geht von vier verschiedenen Beweggründen aus, die einen Transsexuellen dazu veranlassen, sich operativ dem anderen Ge-

⁷² Vgl. hierzu: Beier (2001), S. 308; sowie z. B. Kockott (1996), S. 14 oder Eicher (1992), S. 75.

⁷³ Vgl. hierzu: Kockott (1996): S. 14; sowie Beier (2001): S. 321.

⁷⁴ Vgl. hierzu: Beier (2001): S. 309; sowie z. B. Kockott (1996): S. 14.

⁷⁵ Vgl. hierzu: Benjamin, Harry (1966): „The transsexual phenomenon. Chapter 7: Four Motives for the Conversion Operation. Electronic books. URL: http://www.symposium.com/ift/benjamin_preface.htm. Stand: 05.11.2003.

schlecht angleichen zu lassen. Hierbei bezieht er sich nur auf MFTs. Seine Feststellungen sind zum größten Teil auf FMTs übertragbar.

Zum einen steht bei jüngeren, nicht homosexuell veranlagten MFTs das sexuelle Motiv im Vordergrund. Da ein transsexueller Mann in der Regel als heterosexuell orientierte Frau empfindet, ist eine Vagina wichtig, um sexuell so „normal“ wie möglich mit einem Mann zu verkehren. Außerdem werden Heirat und Adoption von Kindern als Ziel von MFTs genannt.

Im Falle des „Gender“-Motives – besonders bei älteren MFTs – wird nicht die Sexualität in den Vordergrund geschoben, sondern der tief empfundene Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören. Der Transsexuelle will endlich als von der Gesellschaft akzeptierte und wahrgenommen Frau leben.

Die Sozialisierung ist ebenfalls als Beweggrund für eine angleichende Operation zu sehen. Erst mit dem „passenden“ Körper wird ein Transsexueller Mensch in der Gesellschaft unbehelligt leben können.

Das Legalisierungsmotiv bezieht sich auf die rechtliche Gleichstellung mit dem Identitätsgeschlecht. Hier muss man deutlich zwischen den U.S.A. und Deutschland unterscheiden, da in den U.S.A. ist in manchen Staaten das Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung von Männern auch heute noch strafbar. Somit kommt diesem Motiv ein höherer Stellenwert zu, als hier in Deutschland.

3.1.4. Nachbetreuung

Die chirurgische und psychotherapeutische Nachbetreuung ist für den transsexuellen Patienten fakultativ. Von den meisten Transsexuellen wird nur die chirurgische Nachbetreuung in Anspruch genommen. Vie-

le unterschätzen die möglichen Schwierigkeiten, die besonders MFTs erwarten, wenn sie z. B. eine neue Partnerschaft eingehen wollen.⁷⁶

Besonders in postoperativen Krisen wird eine psychotherapeutische Nachbetreuung empfohlen. In einer solchen Phase kann es zu Depressionen, Alkoholabusus oder zu dem Wunsch nach weiteren Nachoperationen kommen.⁷⁷

3.2. Das Transsexuellengesetz⁷⁸

Mit dem Transsexuellengesetz (im folgenden TSG genannt) „wurde ein Rahmen geschaffen, der Menschen, die sich entgegen ihrer körperlich männlichen oder weiblichen Anlage jeweils dem anderen Geschlecht zugehörig erleben, die Möglichkeit bietet, unter bestimmten Bedingungen Vornamen und Personenstand ihrem Erleben und der von ihnen ausgefüllten Geschlechtsrolle anzupassen.“⁷⁹

Bis in die 70er Jahre galt die – mit Einwilligung des Betroffenen – durchgeführte operative Geschlechtsangleichung juristisch als „sittenwidrige Körperverletzung“. Erst im September 1971 wurde dies vom Bundesgerichtshof widerlegt (Beschluss vom 21.9.1971, AZ IV ZB 61/70, J 72, 281). Somit bildet das TSG seit dem 01.01.1981 die rechtliche Grundlage der Transsexualität.

Seit dem 06.06.1987 (BsozG, Az 3 RK 15/86) sieht das TSG die Transsexualität als behandlungsbedürftige Krankheit an. Dies bewirkt einerseits eine Übernahme der Behandlungskosten durch die Kran-

⁷⁶ Vgl. hierzu: Kockott (1996): S. 15.

⁷⁷ Vgl. hierzu ausführlich: Clement, Senf: Psychotherapie mit Transsexuellen: Ziele und Vorgehen. In: Clement, Senf (1996): S. 23; sowie Pfäfflin, Friedemann und Junge, Astrid (1992): Nachuntersuchungen nach Geschlechtsumwandlung. Eine kommentierte Literaturübersicht 1961 – 1991. In: Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität. Stuttgart; New York, 1992. S. 149 - 446.

⁷⁸ Vgl. hierzu ausführlich: Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz – TSG) vom 10. September 1980

⁷⁹ Pfäfflin(1997): „Rechtliche Aspekte der Transsexualität aus psychiatrischer Sicht.“ In: Spehr, Christiane (1997): Probleme der Transsexualität und ihre medizinische Bewältigung. Heidelberg 1997. S. 17

kenkassen⁸⁰. Andererseits wird dadurch auf den Betroffenen Druck ausgeübt: um die Kostenübernahme für eine Behandlung zu sichern, muss der Transsexuelle erst einmal zwei Gutachten – meist handelt es sich hierbei um Gutachten, die bei der Vornamensänderung vorgelegt werden – erbringen. Dies bedeutet, dass der Klient sofort den Weg zum Gericht einschlägt, um die Kostenübernahme sicherzustellen. Er sucht somit nicht zuerst einen Behandler auf, um sich von diesem sach- und fachkundig beraten zu lassen. Dem Betroffenen bleibt so kaum Zeit, „sich mit eigenen Zweifeln an dem einmal eingeschlagenen Weg auseinanderzusetzen.“⁸¹

„Kleine Lösung“⁸²

Der Vorname kann auf Antrag des Patienten vom Gericht geändert werden, wenn er seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, seiner transsexuellen Prägung nach leben zu wollen. Die Irreversibilität der transsexuellen Prägung muss sichergestellt sein, und von zwei unabhängigen Gutachtern festgestellt werden.

Die Altersgrenze wurde mit dem 26.1.1993 vom Bundesverfassungsgericht aufgehoben (BverfG 1 BvL 38, 40, 43/92).

Fühlt sich der Antragsteller wieder seinem biologischen Geschlecht zugehörig, führt dies zu einer Aufhebung des Änderungsbescheids.⁸³ Durch die Geburt eines Kindes, des von dem Antragsteller abstammt oder durch eine Eheschließung (§13, Ehegesetz) innerhalb eines vorgeschriebenen Zeitraumes wird die Entscheidung der Vornamensänderung unwirksam.⁸⁴

Nach erfolgter Vornamensänderung wird der neue Name in sämtliche Ausweispapiere übertragen. Der Transsexuelle darf Verträge mit dem

⁸⁰ Diese Vorgehensweise ist nicht vom TSG gewollt. Hier muss man deutlich zwischen juristischen und behördlichen Belangen unterscheiden.

⁸¹ Pfäfflin(1997): S.26

⁸² vgl. hierzu: §1, 1 - TSG

⁸³ § 6 TSG

⁸⁴ § 7, 1, 1-3 TSG

neuen Vornamen unterzeichnen. Behörden sind verpflichtet, die dem Namen entsprechende Anrede zu verwenden.

Eine geschlechtstypische Behandlung des transsexuellen Menschen in öffentlichen Räumen – z. B. die Unterbringung eines MFTs im Frauengefängnis oder im Krankenhaus auf einer entsprechenden Frauenstation – ist mit einer Vornamensänderung vom Gesetzgeber nicht vorgesehen.⁸⁵

„Große Lösung“

Voraussetzung für die Personenstandsänderung ist eine nach §4 TSG, Abs. 3 durchgeführte Begutachtung.

Desweiteren muss die Begutachtung Auskunft geben über eine dauernde Unfruchtbarkeit des Antragstellers. Eine erfolgte operative Angleichung der äußeren Geschlechtsmerkmale an das „Erscheinungsbild des anderen Geschlechts“⁸⁶ muss ebenfalls bestätigt werden.

Die Fortsetzung einer bestehenden Ehe wird ausgeschlossen.

Die Altersgrenze von 25 Jahren wurde 1982 vom Bundesverfassungsgericht aufgehoben. (BverfG v. 16.3.1982|619-1BvR 938/81)

Für MFTs bedeutet die vorgeschriebene „Annäherung an das körperliche Erscheinungsbild des anderen Geschlechts“ die obligatorische Kastration und Penisschaftsresektion. Eine vollausgebildete Neo-Vagina ist nicht zwingend notwendig.⁸⁷

Für FMTs ist die Kolphysterektomie (Entfernung von Uterus und Scheide), die Exstirpation der Adnexen (Entfernung der Tuben und Ovarien) und die Mastektomie (Entfernung der weiblichen Brust) erfor-

⁸⁵ vgl. ausführlich: Ramm (2002): S. 74.

⁸⁶ § 8 TSG

⁸⁷ vgl. hierzu: Eicher (1992): S.167; sowie z. B. Beier (2001): S. 312.

derlich.⁸⁸ Ein Neo-Phallus oder ein Scheidenverschluss ist nicht erforderlich.⁸⁹

⁸⁸ vgl. hierzu: Eicher (1992): S.167; sowie z. B. Beier (2001): S. 312.

⁸⁹ Anfang der 90er Jahre wurde versucht, bei FMTs einen Scheidenverschluss oder eine Penisoperation bei Antrag auf Personenstandsänderung vorzuschreiben. Dies wurde mit der Voraussetzung der deutlichen Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts für eine Personenstandsänderung begründet. Das OLG lehnte dies mit Beschluss vom 07.05.1993 ab (OLG 3 W 5/93, Beschluss vom 07.05.1993).

3. Zusammenfassung

Der Konflikt zwischen dem geschlechtlichen „Ich“ und dem biologischen „Du“ entspringt im Grunde genommen aus einem gesellschaftlichen Kontext heraus: Auch im 21. Jahrhundert ist ein Vorname verknüpft mit signifikanten Körperformen wie Busen oder Penis. Mit anderen Worten: Stellt sich eine männliche Person z. B. als „Susanne“ vor, so überprüft das Gegenüber Erlerntes (weiblicher Vorname braucht weibliche Körperformen) mit der Realität (weiblicher Vorname ohne weibliche Körperformen). Nach erfolgter Überprüfung und Fehlen des erlernten weiblichen Erscheinungsbildes verweigert er die Wahrnehmung von „Susanne“ als weibliches Individuum.

„Susannes“ Gegenüber hat also während seiner Sozialisation geschlechtliche Stereotypen erlernt und verinnerlicht, d.h. das der weibliche Vorname in Kombination mit einer nicht erlernten und damit verinnerlichten Körperlichkeit (weiblicher Vorname ohne weibliche Körperformen) dazu führt, dass „Susanne“ nicht als Frau, sondern als Mann mit weiblichem Vornamen wahrgenommen wird.

„Susanne“ ist nun in der „Beweispflicht“ ihrer Geschlechtsidentität. Da Identität aber immer etwas subjektives ist, kann „Susanne“ es ihrer Umwelt nicht beweisen. Eine subjektive Empfindung reicht als Beweis nicht aus, um von der Umwelt als „Susanne“ wahrgenommen zu werden.

Somit muss sie sich in einem nächsten Schritt als personifizierte pathologisierte Geschlechtsidentität der Umwelt präsentieren.

Diese Präsentation funktioniert nur dann, wenn „Susanne“ sich der herrschenden Geschlechtsrolle unterwirft. Sie trägt nun z. B. geschlechtstypische Kleidung, schminkt sich geschlechtstypisch oder frisiert sich geschlechtstypisch. Wenn „Susanne“ Glück hat, dann wirkt sie für die Umwelt jetzt als Frau. Dieses Glück hängt aber noch von anderen Faktoren ab. Hat „Susanne“ z. B. eine ausgeprägt tiefe Stimme, hat Schuhgröße 45 und beträgt ihre Körpergröße 1,95m dann wird „Susanne“ in der Regel nicht als Frau – obwohl sie sich bereits der

gängigen Geschlechtsrolle unterworfen hat – wahrgenommen, sondern lediglich als Mann in Frauenkleidung.

Bleiben wir bei der „glücklichen Susanne“, die von ihrer Umwelt (zumindest) äußerlich als Frau wahrgenommen wird: Sozial betrachtet hat „Susanne“ jetzt erreicht, was sie erreichen wollte: das Wahrgenommenwerden als Frau. Die rechtliche Gleichstellung mit dem Identitätsgeschlecht hat „Susanne“ aber noch nicht erreicht, da eine bloße Annahme der herrschenden Geschlechtsrolle nicht automatisch eine rechtliche Gleichstellung mit dem Identitätsgeschlecht mit sich bringt.

„Susanne“ hat die Möglichkeit, einen Antrag auf Vornamensänderung zu stellen. Rechtliche Konsequenz wäre, dass „Susanne“ vom Tag der Bewilligung an, auch offiziell, d.h. behördlich mit „Frau X“ angeredet werden muss. Außerdem ist sie mit dem neuen weiblichen Vornamen unterschriftsberechtigt.

Die Vornamensänderung bringt dennoch nicht die von „Susanne“ ersehnte vollkommene rechtliche Gleichstellung mit dem Identitätsgeschlecht mit sich. Sie wird zwar offiziell als „Frau X“ angeredet, und darf als „Frau X“ unterzeichnen, aber sie würde z.B. nicht das Recht haben, auf die Frauenstation der Charité verlegt zu werden. Denn „Susanne“ ist körperlich noch ein Mann. „Susanne“ hat immer noch einen Penis, einen Adamsapfel und keine weibliche Brust.

Die Folge ist, dass „Susanne“ gezwungen ist auch ihren Körper durch eine somatische (endokrinologische und chirurgische) Behandlung äußerlich zu verändern.

Hier erwächst der nächste Konflikt: „Susanne“ will sich eventuell gar nicht von ihrem Genitale trennen, weil sie damit vielleicht auch sexuelle Befriedigung erlangt oder einfach Angst vor Operationen oder lebenslangen Hormoneinnahmen hat. Doch der Gesetzgeber zwingt „Susanne“ zu somatischen Behandlungen. Erst nach erfolgter angleichender somatischer Behandlung darf aus „Martin“ eine „Susanne“ werden, die rechtlich dem Identitätsgeschlecht vollkommen gleichgestellt ist.

Aus der Sicht eines Außenstehenden stellt die operative Entfernung des Genitales den am wenigstens nachvollziehbaren dar. Würde es nicht ausreichen, wenn „Susanne“ sich einfach als Frau verhält? Rechtlich verbietet „Susanne“ es niemand. Sie könnte ohne weiteres in Frauenkleidung auf die Strasse gehen und müsste deshalb nicht ins Gefängnis.

Doch was würde der Arbeitgeber sagen, wenn sein Buchhalter „Martin“ mit weiblichem Outfit im Büro auftaucht und von nun an mit Frau X angesprochen werden möchte? Was würden biologische Frauen sagen, wenn „Martin“ als „Susanne“ auf der Frauenstation der Charité eingeliefert werden würde? Sie würden höchstwahrscheinlich protestieren, wenn „Martin“ nicht in Form von Ausweispapieren und möglichst noch mit passenden Körperformen den Beweis antreten kann, dass er wirklich eine „Sie“ ist.

Die operative Entfernung des Genitales ist demnach die einzig mögliche Entscheidung, um als Angehörige(r) des Identitätsgeschlechts wahrgenommen zu werden, solange sich im Laufe der Entwicklung eines Menschen Geschlechtsschemata aufbauen, die als Filter der Aufnahme neuer Informationen funktionieren. Diese filternden Geschlechtsschemata sind es ja, die nichts in die Speicherung eingehen lassen, was nicht kongruent mit dem bereits Gespeicherten ist.

Der nächste Schritt auf dem Wege der rechtlichen Gleichstellung mit dem Identitätsgeschlecht wäre eine Antragsstellung auf Personenstandsänderung, welche sie auch gleichzeitig mit der Vornamensänderung beim Amtsgericht beantragen kann (laut §9, TSG möglich) und durchläuft dann – nach erfolgten positiven Gutachten – die somatische Behandlung.

Hier ist ebenfalls ein weiterer Konflikt zu sehen: „Susannes“ Bedürfnis ist die möglichst schnelle und unkomplizierte Ausführung ihres Anliegens. Aus ihrer Sicht steht die Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse im Vordergrund. Für „Susanne“ steht eines fest: „Ich gehöre dem anderen Geschlecht an.“ Sie will den Weg eigenverantwortlich gehen.

Ihre selbstgestellte Diagnose einer gegengeschlechtlichen Identität muss dem Behandler als Voraussetzung genügen, um sie ihrem Wunsch wieder ein Stückchen näher zu bringen.

Doch der institutionalisierte Geschlechtswechsel und die damit verbundene, von außen vorgenommene und offiziell bestätigte Geschlechtszuweisung, erscheint „Susanne“ unter diesem Aspekt als Abstreichung der Eigenverantwortung. Alles ist vorgeschrieben, reglementiert und standardisiert. Fehlt ein Symptom, so kann dies ein Zeichen für den Behandler den Wahrheitsgehalt in Frage zu stellen und ihn nötigenfalls erneut zu überprüfen.

Will „Susanne“ aber den einmal eingeschlagenen Weg eigenverantwortlich gehen, d.h. den zeitlichen Ablauf selbst bestimmen, dann müsste sie sich theoretisch selbst die Hormone verabreichen, die Applikation selbstständig kontrollieren und sich letztendlich auch selbst operativ angleichen. Da letzteres praktisch nicht ausführbar ist, delegiert sie dies an Fachleute.

Auch diese Situation birgt einen Konflikt in sich. Geht der Behandler zu schnell vor – z. B. aus falsch verstandenem Mitgefühl – kann es passieren, dass „Susanne“ vor lauter Enthusiasmus die Problematik, die eventuell auch in der postoperativen Phase noch besteht, außer Acht lässt. „Susanne“ könnte den kaum wieder rückgängig zu machenden Eingriff bereuen. Hält sich der Behandler an den vorgeschlagenen Zeitrahmen, wird sich „Susanne“ ihrer Eigenverantwortung beraubt fühlen.

Im Rahmen der Behandlung entsteht demnach ein Konflikt, der auf den unterschiedlichen Bedürfnissen zweier Individuen (des Behandlers und von „Susanne“) basiert.

Die Frage, die ich ebenfalls eingangs gestellt habe, ob sich der Konflikt zwischen geschlechtlichen „Ich“ und seinem biologischen „Du“ auch ohne Auslöser entwickeln würde, kann ich nur theoretisch beantworten. Meines Erachtens nach, könnte sich dieser Konflikt nicht entwickeln, wenn der Mensch während seiner Sozialisation keine Geschlechtsrollen mehr erlernt. Erst dann könnte ein Mensch ohne Weite-

res selbst eine geschlechtliche Zuweisung vornehmen, die als offiziell anerkannt wird. „Susanne“ würde danach eine rechtliche Gleichstellung mit ihrem Identitätsgeschlecht erreichen, ohne sich zuvor dem institutionalisierten Geschlechtswechsel unterzogen zu haben.

Solange dies aber nicht in die Realität umgesetzt wird, glaube ich, dass die lange Zeit und die vielen Hürden die von Transsexuellen überwunden werden müssen, um ans Ziel ihrer Sehnsüchte zu gelangen, angebracht ist (sind).

Letztendlich darf man die Bedürfnisse bzw. Ansprüche von beiden Seiten (des Betroffenen und des Behandlers) nicht außer Acht lassen. Einerseits will der Transsexuelle nicht als personifizierte pathologisierte Transsexualität angesehen werden, andererseits macht er gerade diesen Zustand nicht nur zum Zentrum seines Daseins, sondern auch zu dem der Anderen.

Auch der Behandler lebt in einem Konflikt. Einerseits will er unproblematisch helfen, andererseits soll er auf medizinisch machbare Art einen Körper einer nicht fassbaren, irrationalen Seele anpassen.

Ich möchte diese Hausarbeit mit einem Zitat einer Betroffenen beenden:

„Auch wenn ich die letzte Hürde, die angleichende Operation noch vor mir habe, ohne die ich mir mein zukünftiges Leben nicht vorstellen kann, so wurde doch im Verlauf von zwei anstrengenden Jahren ein Berg, den ich für unüberwindbar gehalten hatte, Stein für Stein und in der richtigen Reihenfolge, allmählich zur Brücke zwischen zwei Welten.“

(Huber, Daniela: „Ach, wie gut, daß niemand weiß...?Wie ich mein langgehütetes Geheimnis der Öffentlichkeit preisgab und was ich dafür bekam. In: Spehr (1997) S. 39.)

Literatur

Angerer, Marie-Luise (Hg.) (1995): The Body of Gender. Körper. Geschlechter. Identitäten. Wien 1995.

Beier, Klaus M.: Sexualmedizin (2001): Grundlagen und Praxis. 1. Auflage. München [u.a.] 2001.

Bertram, Barbara (1989): Typisch weiblich – typisch männlich? Autorenkollektiv unter der Leitung von Barbara Bertram. Berlin 1989.

Born, Petra (1992): Geschlechtsrolle und diagnostisches Urteil. Wiesbaden 1992.

Bundgesetzblatt: Transsexuellengesetz (TSG) (1980): Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen. Stuttgart 1980.

Clement, Ulrich; Senf, Wolfgang (1996): Transsexualität. Behandlung und Begutachtung. Stuttgart 1996.

de Beauvoir, Simone (1992): Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau. Neuübersetzung. Hamburg 1992.

De Gruyter (1998): Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch. 258. Auflage. Berlin 1998.

Désirat, Karin (1982): Die Problematik der weiblichen Geschlechtsrollenidentifizierung am Beispiel der transsexuellen Frau. 1982.

DU DEN (1990): Das Fremdwörterbuch. 5. Auflage. Mannheim; Wien; Zürich 1990.

Eicher, Wolf (1992): Transsexualismus. Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung. 2. Auflage. Stuttgart 1992.

Epstein, Julia (1994): Kleidung im Leben transsexueller Menschen. Die Bedeutung der sozialen Geschlechtsrolle. Münster [u.a.] 1994.

Freud, S. (1915): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. 3. Auflage. Leipzig und Wien 1915.

Hausman, Bernice L. (1999): Changing sex. Transexualism, technology and the idea of gender. 2nd printing. Durham [u.a.] 1999.

Hertzer, Karin (1999): Mann oder Frau, wenn die Grenzen fließend werden. Kreuzlingen [u.a.] 1999.

Hirschauer, Stefan (1993): Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Über die Medizin und den Geschlechtswechsel. Frankfurt am Main 1993.

Isakowitsch, Kathrin (1990): Untersuchung zur ätiopathogenese des Transsexualismus. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades doctor medicinae (Dr. med.) vorgelegt der Medizinischen Fakultät des Wissenschaftlichen Rates der Humboldt-Universität zu Berlin. Berlin 1990.

Kamermans, Johanna (1992): Mythos Geschlechtswandel. Transsexualität und Homosexualität. Hamburg 1992.

Lindemann, Gesa (1993): Das paradoxe Geschlecht. Transsexualität im Spannungsfeld von Körper, Leib und Gefühl. Frankfurt am Main 1993.

Marcuse, M.: Handwörterbuch der Sexualwissenschaft, 2. Aufl. Bonn.

Mertens, W. (1997): Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. 2 Bände. 3. Auflage. Stuttgart 1997.

Money, J. (1975): Männlich – weiblich: Die Entstehung der Geschlechtsunterschiede. Reinbek 1975.

Pfäfflin, F.; Junge, A. (1992): Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität. Stuttgart 1992.

Pinel, John P.(2001): Biopsychologie. 2. Auflage. Heidelberg, Berlin 2001.

Polymorph (Hg.) (2002): Arbeitsgruppe zur Kritik der zweigeschlechtlichen Ordnung. (K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive. Berlin 2002.

Ramm, Wiebke (2002): Transsexualität als Problem interdisziplinärer Produktion „authenti-scher Geschlechtlichkeit“. Annäherung an ein subjektwissenschaftliches Beratungskonzept. Electronic Dissertation. URL: siehe Internetdokumente.

Roche: Lexikon der Medizin. 4. Auflage. München: 1984/1987/1993/1999.

Schernitzky, Birgit (1995): Frau-zu-Mann-Transsexualität – psychosoziale Auswirkungen der plastisch-chirurgischen Operationen zur Geschlechtsumwandlung. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin des Fachbereiches der Human-medin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main. Frankfurt am Main: 1995.

Schröter, Susanne (2002): FeMale. Über Grenzverläufe zwischen Geschlechtern. Frankfurt am Main: 2002.

Sigusch, Volkmar (Hrsg.) (2001): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart [u.a.]: 2001.

Sigusch, Volkmar (1992): Geschlechtswechsel. 1. Auflage. Hamburg: 1992.

Söder, Manfred (1998): Die Strukturen der Herkunftsfamilien weiblicher Transsexueller und deren Vergleich mit einer Stichprobe Frauen mit kongruenter Geschlechtsidentität. Diplom-arbeit. Düsseldorf: 1998.

Spehr, Christiane (1997): Probleme der Transsexualität und ihre medizinische Bewältigung. Heidelberg: 1997.

Springer, A. (1981): Pathologie der geschlechtlichen Identität. Transsexualismus und Ho-mosexualität. Theorie, Klinik, Therapie. Wien, New York 1981.

Stemann-Acheampong (1996): Der phantastische Unterschied. Zur psychoanalytischen Theorie der Geschlechtsidentität. Göttingen; Zürich: 1996.

Stoller, Silvia; Helmuth Vetter (Hg.) (1997): Phänomenologie und Geschlechterdifferenz. Wien 1997.

Internetdokument

Homepage des Instituts für Sexualpädagogik:

URL: <http://www.info.sexualpädagogik.de/abriss.html>

Homepage des Fachblatts „The International Journal of Transgenderism“:

Benjamin, Harry (1966): The Transsexual Phenomenon. New York 1966.:

URL: <http://www.symposium.com/ijt/index.htm>.

URL: <http://athena.formstrengh.net/ep/ep951/html#HEAD3>

Homepage der Uni Graz:

URL : <http://www.gewi.kfunigraz.ac.at/moderne/sehft2f.pdf>

Homepage des Vereins Trans-Stuttgart e.V.:

URL: <http://www.trans-stuttgart.de/gedanken.shtml>

Homepage des Vereins DGTI e.V.:

URL: <http://www.dgti.trans-info.de>

Homepage des Vereins Transmann e.V.:

URL: <http://www.transmann.de/informationen/index.shtml>

URL: <http://www.caritig.org/de/article.html>

Homepage des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin:

URL: http://www.charite.de/ch/swsm/forschung_dissex.php

URL: http://www.charite.de/ch/swsm/klinik_info.php

Homepage eines MFTs:

<http://www.hettyvstolberg.org/hetty/legende.html>

Homepage der World Health Organisation. ICD-10:

URL: <http://www.who.int/msa/mnh/ems/icd10/f60f69.htm>

Homepage von Manfred Söder; Diplomarbeit.

URL: http://www.manfred-soeder.de/ausbildung_diplomarbeit.htm

Ramm, Wiebke, Dissertation:

URL: http://www.ditm.de/pdf/doktorarbeit_w.ramm.pdf

URL: <http://www.tc.umn.edu/~colem001/hbigda/hstndrd.htm>

URL: http://www.genderpsychology.org/psychology/autogynephilia/blanchard_autogynephilia.htm