

Nosologie der Geschlechtsidentitätsstörungen – Historischer Hintergrund und aktuelle Klassifikationssysteme

Nosology of Gender Identity Disorders
– Historical Background and Actual Classification

H. A.G. Bosinski, Kiel

Zusammenfassung

Die aktuellen medizinischen Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV) beinhalten hinsichtlich der Einordnung und diagnostischen Beschreibung der Geschlechtsidentitätsstörungen teilweise erhebliche Unterschiede. Diese werden vor dem historischen Hintergrund der Herausbildung des Krankheitsbegriffes „Transsexualismus“ dargestellt und in ihrer Relevanz für die Differentialdiagnostik und Begutachtung diskutiert.

Schlüsselwörter: Transsexualismus - Geschlechtsidentitätsstörungen - Klassifikation - Diagnostik - Geschichte

Abstract

Actual medical classification systems (ICD-10, DSM-IV) contain considerable differences in classification and differential diagnoses of gender identity disorders in childhood and adulthood. Historical background and actual implications are therefore discussed with regard to diagnostics and treatment aspects.

Key Words: Transsexualism - Gender Identity Disorders - Classification - Diagnoses - History

„Transsexualismus“ ist als Krankheitsbegriff in die medizinische Terminologie erst relativ spät eingeführt worden und die aktuelle Nomenklatur des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* hat ihn in der jüngsten Ausgabe (DSM-IV, APA 1994) schon wieder verlassen. Dort wird statt dessen nur noch von „*Gender Identity Disorders (GID)*“, also von „Geschlechtsidentitätsstörungen“ gesprochen. Demgegenüber beinhaltet ICD-10 (*Classification of mental and behavioural disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO 1992) weiterhin diesen Terminus und weicht im übrigen auch in einigen anderen, wesentlichen diagnostischen Kriterien von der DSM-IV Nomenklatur ab. Bevor auf diesen - zunächst erstaunlichen - Sachverhalt näher eingegangen wird, muß kurz die historische Entwicklung dieser Begrifflichkeit erläutert werden.

1. Historischer Hintergrund

Angesichts der Tatsache, daß „Transsexualismus“ als nosologische Einheit erst in der Mitte unseres Jahrhunderts beschrieben wurde, ist es schwierig, retrospektiv auszumachen, ob und wie häufig es dieses Störungsbild in historischen Zeiten gab. Aussagen hierüber müssen sich an Berichte *über* und rechtshistorische Regelungen *für* zwei verschiedene Formen „geschlechtlicher Übergänge“ halten:

(a) Den Umgang mit Menschen, deren körperliches Geschlecht aufgrund von Störungen der Geschlechtsdifferenzierung unklar war, sog. Hermaphroditen oder Zwitter;

(b) Den Umgang mit Menschen, die bei körperlich eindeutiger Geschlechtszugehörigkeit soziale oder soziosexuelle Verhaltensweisen des anderen Geschlechts zeigten.

1.1 Die Entwicklung der rechtlichen Beurteilung von Hermaphroditen

Die nun folgenden Ausführungen stützen sich im wesentlichen auf die instruktive Arbeit von Wacke (1989). Auf die wissenschaftstheoretische Diskussion zur „Konstruktion des Transsexualismus“ (i. Überblick Hirschauer 1992; Herdt 1994) kann hier nicht eingegangen werden.

Zwar gab es im antiken Griechenland eine ästhetische Verklärung des Hermaphroditen oder Androgynos als ein beide Geschlechter in sich vereinendes Fabelwesen. Bei Geburt tatsächlicher Hermaphroditen wurden diese jedoch - gleich den Monstra - als böses Omen gedeutet und unter Einhaltung eines Reinigungszeremoniells getötet. So verfuhr auch zunächst das Römische Recht. An Stelle dieser Regelung trat unter Justinian im Corpus Iuris Civilis (529 n.Chr.) ein Entscheidungsprozeß dahingehend, daß die überwiegenden Geschlechtsmerkmale den Ausschlag für eine - in jedem Falle für erforderlich gehaltene (*tertium non datur*) - Geschlechtszuordnung gaben. Eine solche Entscheidung stützte sich auch auf die In-Augenscheinnahme durch Nachbarn oder andere Familienfremde, da sie praktische Konsequenzen hatte: Frauen und Kastraten (nicht aber zeugungsunfähige Männer) waren vom Erbschafts- und vom Zeugnisrecht ausgeschlossen. Diese Regelung wurde auch in das sich über Jahrhunderte entwickelnde deutsche Rechtssystem aufgenommen. So hieß es im Bayerischen Codex Maximilianeus Civilis von 1756:

„Hermaphroditen werden dem Geschlecht beygezehlt, welches nach Rath und Meinung deren Verständigen vordringt; falls sich aber die Gleichheit hierin bezeigt, sollen sie selbst eins erwählen, und von dem Erwählten *sub Poena Falsi* nicht abweichen.“ (zit. nach Wacke 1989: 883).

Während aus erbrechtlichen Gründen diese Entscheidung häufig *in dubio pro masculo* ausfiel, wiesen interessanterweise Ärzte schon um 1800 darauf hin, ein Zwitter „gehöre eigentlich zu dem weiblichen Geschlechte, und das männliche sey bey ihm nur scheinbar“ (zit. n. Wacke 1989: 887) - eine Feststellung, die erstaunlich nahe an unser heutiges Wissen über die Geschlechtsdifferenzierung heranreicht.

Im Allgemeinen Preußischen Landrecht von 1794 wurde die Regelung des Bayerischen Codex spezifiziert: Zunächst legten die Eltern nach der Geburt und zur Taufe das Geschlecht ihres genital ambivalenten Kindes fest. Dies hatte jedoch die Möglichkeit, sich mit 18 Jahren (d.h. vor der damaligen Mündigkeitsgrenze von 24 Jahren, aber nach Abschluß der Pubertät) tatsächlich selbst zu entscheiden. Auf eine körperliche Untersuchung durch Sachverständige wurde nur dann Wert gelegt, wenn dadurch Rechtsgüter Dritter (etwa in Erbschaftsfragen) berührt wurden. Das Sächsische BGB von 1863/65 verlangte in §46: „Die Verschie-

denheit des Geschlechts begründet in der Regel keine Verschiedenheit der bürgerlichen Rechte. Eine Person, deren Geschlecht zweifelhaft ist, wird dem bei ihr vorherrschenden Geschlechte beigezählt.“ (zit. n. Wacke 1989: 883). Im BGB von 1900 gibt es keine explizite Regelung für Fälle unklarer Geschlechtszugehörigkeit; in solchen Fällen wird seitdem nach §47 des Personenstandsgesetzes (Augstein 1982) verfahren, der eine Berichtigung des eingetragenen Geschlechts im Geburtsregister auf Anordnung des Gerichts vorsieht, wenn spätere Erkenntnisse die Annahme rechtfertigen, daß zum Zeitpunkt der Geburt (!) ein falscher Eintrag vorgenommen wurde.

1.2 Die Entwicklung der rechtlichen Beurteilung der „Sodomie“

Vergleichende ethnographische Untersuchungen (Karsch-Haack 1911; Carrier 1980; Hofer 1980; Herdt 1994; Whitam 1995) zeigen, daß es schon immer Menschen gab, die sozial (und soziosexuell) eine eigentlich dem anderen Geschlecht zugeordnete Rolle bzw. eine Rolle „im Zwischenraum der Geschlechter“ oder als „drittes/anderes Geschlecht“ einnahmen, ohne daß es sich hierbei um Hermaphroditen handelte. Insbesondere die Funktion des Schamanen in animistischen Kulturen scheint häufig mit einem passageren oder kontinuierlichen sozial-rituellen Geschlechtswechsel einhergegangen zu sein, der dann auch vermutlich einen gewissen Prestigegewinn für den Betreffenden mit sich brachte (Bleibtreu-Ehrenberg, 1970; Street, 1989). Auch in rezenten traditionellen Kulturen (z.B. als *Berdache* oder *Two-spirit-people* unter den Ureinwohnern Nordamerikas [Roscoe 1994; Lang 1995] oder als *Hijras* in Indien [Nanda 1994]) wurden derartige institutionalisierte Geschlechtswechsel beschrieben und sie dürften auch in der europäischen Geschichte des Altertums nicht unbekannt gewesen sein. Bleibtreu-Ehrenburg (1981) berichtet in ihrer umfangreichen Monographie zur Geschichte des Umgangs mit gleichgeschlechtlichem Sexualverhalten über diesbezügliche mythische und historische Quellen.¹

Im alten Römischen Recht war gleichgeschlechtliche Sexualität unter Männern pönalisiert, wurde unter dem Einfluß „griechischer Moden“ und fremder Riten (zumal des Kybele-Kultes) jedoch - bei weiter bestehender formaler Strafandrohung - zunehmend toleriert (Bornemann 1984). Im Germanischen Recht war es vor allem die Zurückdrängung schamanistisch-animistischer Vorstellungen und Praktiken, die eine rigide Bestrafung gleichgeschlechtlicher Sexualität zur Folge hatte. Die im christianisierten Römischen Recht und im Germanischen Recht enthaltenen Auffassungen gingen - zusammen mit machtorientierten Bestrebungen zur Erklärung von Hungersnöten, Seuchen und Kriegsverlusten - eine unseligen Allianz ein, die zur Verfolgung von im wesentlichen drei „Sündenbock-Gruppen“ im europäischen Mittelalter führten: Juden, Hexen/Ketzer und „Sodomiten“. Unter „Sodomiten“ wurden primär die Akteure homosexueller Akte, aber auch weitergehend „Effeminierte“ verstanden. Bis zur Zeit der Aufklärung fiel derartige Verhalten undifferenziert dem kirchlichen Verdikt der „himmelschreienden Sünde“ (*peccata in coelum clamantia*) anheim, das mit Todesstrafe belegt war.

¹ Daß die Autorin ihre Arbeit im Titel als Studie zur Geschichte des Vorurteils gegenüber Homosexualität ausweist, ist insofern kein Hinderungsgrund, derartige Berichte miteinzubeziehen, als der Begriff „Homosexualität“ und überhaupt die kategoriale Scheidung zwischen „gleichgeschlechtlicher Sexualität“ (bei unbeeinträchtigter Geschlechtsidentität entsprechend dem angeborenen biologischen Geschlecht) und „gegengeschlechtlicher Identifizierung/Transsexualismus“ erst jüngeren Datums ist.

Mit dem Beginn der Aufklärung, der zunehmenden Säkularisierung der Gesellschaft, insbesondere der Rechtsprechung und der Verbreitung naturrechtlicher Vorstellungen, wonach Strafe als Abschreckung (und nicht als Durchsetzung göttlichen Gebots) betrachtet wurde, änderte sich auch die Pönalisierungspraxis gleichgeschlechtlicher Sexualität: Im Code pénale von 1810 blieb sie bei einverständlich handelnden Erwachsenen straffrei. Das preußische Landrecht von 1794, das erstmals die Freiheit des menschlichen Willens für die Begehung einer Tat forderte und damit Voraussetzungen zur De- oder Exkulpierung aus Gründen der mangelnden mentalen Selbstverfügung schuf, sah für „*Sodomiterei und andere dergleichen unnatürlichen Sünden, welche wegen ihrer Abscheulichkeit nicht genannt werden können*“ Zuchthaus und Verbannung vor. Anschließende Reformen zogen sich dann von 1825 bis 1848 hin und waren durch den Widerstreit zwischen preußischem Rechts- und Kulturgefüge einerseits und durch die Französische Revolution geprägtem System in der Rheinprovinz andererseits gekennzeichnet (Lautmann 1992).

Vor dem Hintergrund der Naturalisierung der Sexualität einerseits und der Pönalisierung aufgrund ihrer „Widernatürlichkeit“ andererseits kam es in der Mitte des letzten Jahrhunderts zu einer deutlichen Zunahme der medizinisch-psychiatrischen Beschäftigung mit geschlechtlichen Verhaltensweisen, die als eigentlich dem anderen Geschlecht zugehörig und damit „widernatürlich“ betrachtet wurden. Sigusch (1992) sieht eine Parallele in der Psychiatrisierung Homosexueller im vorigen Jahrhundert und Transsexueller in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Er verkennt dabei jedoch, daß eine solche Unterscheidung seinerzeit noch überhaupt nicht bekannt war, weshalb die damaligen Beschreibungen tatsächlich homosexuelle und transsexuelle Verhaltensweisen einschließen. Beispielhaft seien hier die Arbeiten von Westphal, Krafft-Ebing und Ulrichs angeführt:

Der Psychiater Carl Westphal (1833-1890) verfasste 1870 einen Artikel über „*Die conträre Sexualempfindung*“ als „*Symptom eines neuropathischen (psychopathischen) Zustandes*“. Er meinte damit nicht nur sexuelle Attraktion zu Angehörigen des eigenen Geschlechts, sondern einen „periodisch wechselnden und sodann fortdauernden Zustand (...) so daß der Mann sich als Weib, das Weib sich als Mann fühlt.“ (Westphal 1869: 94)

Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) unterteilte in seiner 1886 erstmals erschienenen „*Psychopathia sexualis*“ die „*konträre Sexualempfindung*“ in „erworbene“ und „angeborene“ Formen. Eine Zwischenform sei bei „latenter bisexueller Veranlagung ab origine“ und zusätzlich „unter dem Einfluß von Masturbation, Abstinenz oder sonstwie entstandenen Neurasthenie“ zu beobachten, wo es einen stufenweisen „körperlich seelischen Umwandlungsprozess“ gäbe, eine „*Metamorphose*“:

„I. Stufe: Einfache Verkehrung der Geschlechtsempfindung.“

„II. Stufe: Eviratio und Defeminatio.“

„III. Uebergangsstufe zur Metamorphosis sexualis paranoica.“

„IV. Stufe: Metamorphosis sexualis paranoica. Eine letzte mögliche Stufe in dem Krankheitsprozess stellt der Wahn der Geschlechtsverwandlung dar. Er wird erreicht auf der Grundlage einer zur Neurasthenia universalis gewordenen sexuellen Neurasthenie im Sinne einer seelischen Erkrankung, der Paranoia.“ (Krafft-Ebing 1912: 229ff).

Es folgten Falldarstellungen, von denen einige unserem heutigen Verständnis nach einer transsexuellen Entwicklung gleichen, wobei der Autor derartige Fälle von „Wahn der Geschlechtsverwandlung“ für „auffallend selten“ hielt. Eine ähnliche Vermutung äußerte wohl schon in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts der spanische Arzt Esquirol (ohne

Quelle zit. bei Krafft-Ebing 1912: 255). Die „angeborene conträre Sexualempfindung“ führte Krafft-Ebing auf „funktionelle Degeneration“ und einen „hereditären neuro(psycho)pathischen Zustand“ zurück. Sie sei gekennzeichnet durch:

„Das Empfinden, Denken und Streben, überhaupt der Charakter entspricht, bei voller Ausbildung der Anomalie, der eigenartigen Geschlechtsempfindung, nicht aber dem Geschlechte, welches das Individuum anatomisch und physiologisch repräsentiert. Auch in Tracht und Beschäftigung gibt sich diese abnorme Empfindungsweise dann zu erkennen, bis zum Drang, der sexuellen Rolle, in welcher das Individuum sich fühlt, entsprechend zu kleiden.“ (Krafft-Ebing 1912: 257)

Der Jurist Carl Heinrich Ulrichs (1825-1895) bediente sich in seiner Argumentation gegen den §175 („widernatürliche Unzucht“) zweier Rechtsfiguren: Zum einen der nicht gegebenen Willensfreiheit, die seit dem Preußischen Landrecht eine Exkulpierung nach sich zog; zum anderen des Verweises gleichgeschlechtlicher Sexualität in den Bereich der „ungeklärten geschlechtlichen Verhältnisse“, also der Bestimmungen zum Hermaphroditismus (die dann eine freie Entscheidung des Betreffenden zum empfundenen Geschlecht nach sich gezogen hätte). Ulrichs bezeichnete die „Uranier“ (oder, eingedeutscht, „Urnige“), die er von den - heute heterosexuell genannten - „Dioningen“ abgrenzte, als „eine Spezies von Hermaphroditismus“. Der Spruch von der „weiblichen Seele in einem männlichen Körper“ (*anima muliebris virili corpore inclusa*), der noch heute häufig zur Kennzeichnung des Mann-zu-Frau-Transsexualismus genutzt wird, wurde von Ulrichs geprägt und war auf „Urnige“ gemünzt. Diese Kategorie war somit weiter als die bekanntlich von dem ungarischen Arzt Karoly Maria Benkert alias Kertbeny (1824-1882) eingeführte Bezeichnung „Homosexualität“. Dies geht auch aus der von Hirschfeld (1914) zitierten Schrift eines H. Marx über die „Urningsliebe“ hervor. Dieser behauptete „...daß ein Urning kein Mann ist, sondern zum weiblichen Geschlecht gerechnet werden muß“, und: „Ein Urning kann nichts dafür, daß der Schöpfer ihn mit einem seinen Leib schändenden Organ geschaffen hat, daß für den Urning gänzlich unbrauchbar ist“ (zit. n. Hirschfeld 1914: 129). Der Autor beschrieb damit eine Aversion gegen die eigenen männlichen Genitalien, wie sie ebenfalls heute nicht untypisch für Mann-zu-Frau-Transsexuelle ist.

Die terminologische Trennung von „Homosexualität“ und „Transvestitismus“ geht auf Hirschfeld (1868-1935) zurück. Mit dem von ihm (1910) geprägten Begriff des „Transvestitismus“ (der bis in die sechziger Jahre hinein synonym zum Transsexualismus verwendet wurde) bezeichnete er „...den so sehr in die Augen springenden Drang einiger Menschen, in den Kleidern des anderen Geschlechts, am liebsten dauernd, zu leben.“ (1914: 232). In seinen späteren Werken unterschied Hirschfeld (1922, 1926) folgende Gruppen des Transvestitismus, und zwar bei Männern *und* bei Frauen:

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| „1. Totale Transvestiten | 6. Periodische Transvestiten |
| 2. Extreme Transvestiten | 7. Narzistische Transvestiten |
| 3. Partielle Transvestiten | 8. Metatropische Transvestiten |
| 4. Namenstransvestiten | 9. Bisexuelle Transvestiten |
| 5. Dauertransvestiten | 10. Homosexuelle Transvestiten“ |
- (Hirschfeld 1926: 592-594)

Hirschfeld (1922: 144) gab an, daß in seinem Patientengut je 35% der sog. Transvestiten heterosexuell bzw. homosexuell seien, 15% bisexuell und weitere 15% asexuell bzw. automonosexuell seien. Der letztgenannte Terminus geht auf Rohleder zurück und bezeichnet das Gefühl, sich mit der Phantasie „zugleich Mann und Frau zu sein“ sexuell zu befriedigen. Dies wird heute von Blanchard (1985) als „Autogynäphilie“ beschrieben. Diese Gruppeneinteilung, die vielfältigen Kasuistiken Hirschfelds und seine Einlassung, daß „die andersgeschlechtliche Kleidung ... in diesen Fällen nie etwas nur Äußerliches, sondern das Abbild, die Widerspiegelung, die Projektion einer ganz bestimmten Empfindung, die sich niemals auf die Kleidungsstücke allein erstreckt“ (Hirschfeld 1926, Bd.I: 586) sei, machen deutlich, daß er mit der von ihm geschaffenen Kategorie eine Reihe von heute nosologisch differenzierten Erscheinungsbildern zusammenfasste: Effeminierte männliche und maskulinisierte weibliche Homosexuelle, fetischistische Transvestiten sowie Transsexuelle. Er unterschied verschiedene Formen der Geschlechtsübergänge, je nach der betroffenen Gruppe der vier seiner Ansicht nach wesentlichen und grundlegenden Geschlechtsunterschiede. Diese waren:

- „I. Der *Hermaphroditismus* als intersexuelle Bildung der Geschlechtsorgane
- II. die *Androgynie* als intersexuelle Mischform der übrigen körperlichen Eigenschaften,
- III. der *Metatropismus*, die Bisexualität und Homosexualität als intersexuelle Geschlechtstriebvarianten
- IV. der *Transvestitismus* als intersexuelle Ausdrucksform sonstiger seelischer Eigenschaften.“

(Hirschfeld 1926, Bd. I: 548)
 An anderer Stelle (1922: 89) spricht Hirschfeld sogar von „*Hermaphroditismus genitalis*“ (= Zwitterbildung), „*Hermaphroditismus somaticus*“ (= Androgynie), „*Hermaphroditismus psychicus*“ (= Transvestitismus) und „*Hermaphroditismus psychosexualis*“ (= Homosexualität und „Metatropismus“).

Hirschfeld war auch der erste (1923: 14), der den Begriff „*psychisch transsexuell*“ benutzte, ohne daß dieser sich zunächst durchsetzte.

Cauldwell (1949) nahm in den USA nach dem 2. Weltkrieg die Hirschfeldsche Terminologie wieder auf, ohne ihren Ursprung zu nennen (er erwähnt lediglich eine Kasuistik Hirschfelds, jedoch ohne Terminologie, die in der als Referenz genannten „Sittengeschichte des Weltkrieges“ auch nicht vorkommt). Cauldwell sprach im Zusammenhang mit einer Frau, die unabbringbar davon überzeugt war, eigentlich ein Mann zu sein, von einem Fall von „*Psychopathia transexualis*“ (*sic!*).

Benjamin (1953, 1966) trennte dann endgültig den Transsexualismus (mit doppeltem „s“) vom Transvesti(ti)smus, d.h. dem sexuellen Lustgewinn durch das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts. Er war jedoch selbst unsicher, was die scharfe Trennung beider Erscheinungsformen anbetraf: „It is still an unsolved question whether all transvestites are possibly in reality transsexuals, differing only in degree.“ (Benjamin 1967: 109)

2. Die aktuelle Klassifikation

2.1 Die Klassifikation der WHO - ICD

Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) der WHO unterschied in ihrer 9. Ausgabe (ICD 9; WHO 1975) Transvestismus (302.3) erstmals vom (neu aufgenommenen)

Transsexualismus (302.5) und „Störungen der psychosexuellen Identität“ (302.6) und subsumierte alle unter „Sexuelle Verhaltensabweichungen und -störungen“.

Das nach wie vor gültige ICD-10 (*Classification of mental and behavioural disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO 1992) beinhaltet im Kapitel F6 (Persönlichkeitsstörungen) einen eigenen Abschnitt „Störungen der Geschlechtsidentität“ (F64). „Transsexualismus“ wird hier unter der Nummer F64.0 ebenfalls gesondert aufgeführt. Das Unbehagen im Geburtsgeschlecht wird - erstaunlicherweise - nur als Möglichkeit („...meist“), nicht aber als zwingender Umstand zur Vergabe der Diagnose gefordert:

„Es besteht der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlechts einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.“ (WHO 1993: 241).

Als diagnostische Leitlinien für den Transsexualismus führt ICD-10 an:

„Die transsexuelle Identität muß mindestens 2 Jahre durchgehend bestanden haben und darf nicht Symptom einer anderen psychischen Störung, wie z.B. einer Schizophrenie, sein. Ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien muß ausgeschlossen sein.“ (WHO 1993: 241)

Für die Diagnose des Transsexualismus nach ICD-10 ist also der Operationswunsch zwingend erforderlich. Besteht er nicht, soll die Diagnose F64.1 „Transvestismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ (F64.1) gegeben werden. Die Abgrenzung dieser Form der Geschlechtsidentitätsstörung zum fetischistischen Transvestitismus (F65.1) wird durch das Fehlen sexueller Erregung beim Cross-dressing angegeben. Die Kategorien „Sonstige“ (F64.8) und „nicht näher bezeichnete Störungen der Geschlechtsidentität“ (F64.9) werden nicht näher erläutert.

2.2 Die Klassifikation der APA - DSM

1980 wurde die Diagnose „Transsexualismus“ erstmals in die (dritte) Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) der American Psychiatric Association aufgenommen (APA 1980), und zwar im Abschnitt „Psychosexuelle Störungen“. Die revidierte Fassung (DSM III-R, APA 1987) unterschied unter der Rubrik „Störungen der Geschlechtsidentität“ den „Transsexualismus“ (302.50) von der „Störung der Geschlechtsidentität in der Adoleszenz oder beim Erwachsenen, nicht-transsexueller Typ“ (Gender identity disorder of adolescence and adulthood, nontranssexual type = GIDAANT). Beide Kategorien forderten den Abschluß der Pubertät für ihre Anwendung und die Spezifizierung der sexuellen Orientierung in „asexual, homosexual, heterosexuell oder unbestimmt“ und schlossen das einzig zum Zwecke der sexuellen Erregung vollzogene Cross-dressing (im Sinne des fetischistischen Transvestismus) aus. Derartiges Verhalten wurde in DSM III-R unter die Kategorie „Geschlechtsidentitätsstörungen, andernorts nicht spezifiziert“ (Gender identity disorder not otherwise specified = GIDNOS) eingeordnet. Diese Klassifikation wurde kontrovers diskutiert (Bradley 1991). Besonders umstritten war neben dem Ausschlußkriterium „sexuelle Erregung beim Cross-dressing“ auch die Unterteilung der sexuellen Orientierung, die sich nach dem biologischen Geschlecht richtete: Tatsächlich

empfinden sich Mann-zu-Frau-Transsexuelle, die sich sexuell-erotisch zu Männern hingezogen fühlen und damit, entsprechend ihrem biologischen Geschlecht, „homosexuell“ wären, als „heterosexuell“ (da sie sich ja als Frau fühlen). Im umgekehrten Falle, der sexuellen Attraktion eines Mann-zu-Frau-Transsexuellen durch Frauen, wäre dies formal eine „heterosexuelle Orientierung“, der Betreffende sieht sich selbst hingegen als „lesbisch“.

Die vierte Ausgabe (DSM-IV; APA, 1994) bringt deshalb unter der Nummer 302.85 (bei Adoleszenten und Erwachsenen) bzw. 302.6 (bei Kindern) im Abschnitt „Sexuelle Funktionsstörungen und Störungen der Geschlechtsidentität“ (APA 1994: 493-538) einige deutliche Änderungen. Die wichtigste ist wohl, daß der Begriff „Transsexualismus“ in der aktuellen Nomenklatur des DSM gar nicht mehr vorkommt und durch „*Gender Identity Disorders (GID)*“ (Geschlechtsidentitätsstörungen) ersetzt wurde. DSM-IV nennt folgende diagnostische Merkmale für eine Geschlechtsidentitätsstörung bei Jugendlichen und Erwachsenen:

„A. Ein starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht (d.h. nicht lediglich das Verlangen nach irgendwelchen kulturellen Vorteilen, die als mit der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht verbunden empfunden werden).

(...)

Bei *Adoleszenten* und *Erwachsenen* manifestiert sich das Störungsbild durch Symptome wie geäußertes Verlangen nach Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht, häufiges Auftreten als Angehöriger des anderen Geschlechts, das Verlangen, wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben oder behandelt zu werden oder die Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechtes aufzuweisen.

B. Anhaltendes Unbehagen im Geburtsgeschlecht oder Gefühl der Person, daß die Geschlechtsrolle dieses Geschlechts für ihn nicht die richtige ist.

(...)

Bei *Adoleszenten* und *Erwachsenen* manifestiert sich das Störungsbild durch Symptome wie die Vereinnahmung durch Gedanken darüber, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (z.B. Nachsuchen um Hormone, Operation oder andere Maßnahmen, welche körperlich die Geschlechtsmerkmale so verändern, daß das Aussehen des anderen Geschlechts simuliert wird) oder der Glaube, im falschen Geschlecht geboren zu sein.

C. Das Störungsbild ist nicht begleitet von einem somatischen Intersex-Syndrom.

D. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.“ (APA 1994: 537-538; wörtl. Übersetzung vom Verf.)

Im Unterschied zu ICD-10 und auch zu vorherigen Klassifikationen der APA (DSM III-R) ist der Wunsch nach hormonellen und/ oder operativen geschlechtsverändernden Maßnahmen nun nicht mehr alleiniges Kriterium. Der „Glaube, im falschen Geschlecht geboren zu sein“ tritt als *alternatives* Kriterium hinzu („...oder“). Damit ist der zuvor nicht von der Hand zu weisende „Operationsdruck“ für den Patienten (quasi um als Transsexueller „anerkannt zu werden“) nicht mehr gegeben. Langer (1995) weist zurecht darauf hin, daß diese klassifikatorische „Zurückhaltung“ der DSM-IV Herausgeber auch ihre Negative hat - indem die Autoren keine nähere Eingrenzung der Schweregrade vornehmen, bleibt die „Last der Entscheidung“ beim einzelnen Therapeuten.

Der Grund für diese relative weite Fassung des diagnostischen Begriffs dürfte derselbe sein, der Fisk bereits Anfang der siebziger Jahre (Fisk 1973) dazu bewogen hatte, anstelle des

Begriffs „Transsexualismus“ den des „*Gender Dysphoria Syndrome*“ zu verwenden: Er wollte damit denjenigen Patienten gerecht werden, die sich „in ihrem Geschlecht unwohl (*discomfort*) fühlen“ und deshalb versuchten, weitgehend das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts zu erlangen und in dessen sozialer Rolle anerkannt zu werden. Bestünde dieser Wunsch permanent und würde anhaltend die weitestmögliche hormonelle und chirurgische Anpassung an das gewünschte Geschlecht gefordert, so sei dies die extremste Form der Geschlechtsidentitätsstörung, der Transsexualismus. Durch diese terminologische Änderung sollte auch die bis dato übliche enge Begrenzung der Operationsindikation auf nicht-fetischistisch/nicht-transvestitische, asexuell lebende Transsexuelle überwunden werden. Zugleich ermöglichte aber dieser Begriff in seiner Weiterentwicklung auch eine klassifikatorische und damit differentialdiagnostisch-differentialtherapeutische Berücksichtigung all jener Personen, die tatsächlich an ihrer Geschlechtlichkeit (nicht ihrer Geschlechtsidentität) leiden, ohne diese Patienten sofort in das enge Label des „Transsexuellen“ zu zwingen und ihnen damit indirekt die Operation als einzigen Ausweg offenzulassen.

Als Spezifikationskriterien nennt DSM-IV die Angabe der sexuellen Orientierung „auf Männer, auf Frauen, auf beide Geschlechter oder auf keines der beiden Geschlechter“ (APA 1994: 538)

Dies ist insofern bedeutsam, als in weiterführenden Erläuterungen zum Verlauf der Geschlechtsidentitätsstörungen bei biologischen Männern darauf hingewiesen wird, daß es bei ihnen im wesentlichen *zwei* Entwicklungswege und damit zwei „Untergruppen“ gibt, die sich nicht zuletzt durch die Ausrichtung der sexuellen Orientierung unterscheiden:

„Die *erste* Form ist die Fortsetzung einer bereits in der Kindheit oder frühen Adoleszenz beginnenden Geschlechtsidentitätsstörung. Diese Patienten werden typischerweise in der späten Adoleszenz oder im Erwachsenenalter vorstellig.

Bei der *anderen* Verlaufsform treten die offeneren Anzeichen eines Zugehörigkeitsgefühls zum anderen Geschlecht später und gradueller auf, bei einer klinischen Vorstellung im frühen bis mittleren Erwachsenenalter, üblicherweise im Gefolge, manchmal aber auch gleichzeitig mit, *Transvestitischem Fetischismus*. Die Gruppe mit späterem Beginn der Störung kann im Ausmaß des Zugehörigkeitsgefühls zum anderen Geschlecht wechselhafter sein, bezüglich der Geschlechtsumwandlungsoperation unentschiedener sein, mit größerer Wahrscheinlichkeit sexuell auf Frauen orientiert sein und die Wahrscheinlichkeit, daß sie nach einer Geschlechtsumwandlungsoperation zufrieden sind, kann bei ihnen geringer sein.

Männer mit Geschlechtsidentitätsstörung, die sexuell auf Männer orientiert sind, werden eher in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter mit der Vorgeschichte einer lebenslang bestehenden Geschlechtsdysphorie vorstellig. Im Gegensatz werden diejenigen, die sexuell auf Frauen, auf beide Geschlechter oder weder auf Frauen noch auf Männer orientiert sind, tendenziell später vorstellig und haben typischerweise eine Vorgeschichte von *Transvestitischem Fetischismus*.“ (APA 1994: 536; wörtl. Übersetzung und Hervorhebg. v. Verf.)

In diese Verlaufsbeschreibungen sind die Befunde verschiedener Untersuchungsgruppen eingeflossen, die wir selbst an einem eigenen Sample geschlechtsidentitätsgestörter Männer bestätigen konnten (Bosinski 1994).

Für den Praktiker ist an dieser neuen Klassifikation bedeutsam, daß DSM-IV deutlicher als die anderen Systeme der Tatsache Rechnung trägt, daß „Transsexualismus“ zunächst eine selbstgestellte Diagnose des Patienten ist. An der Geschlechtsidentitätsstörung wird bei allen Patienten kein Zweifel bestehen; ob jedoch tatsächlich eine irreversible und nur durch

hormonelle und chirurgische „Geschlechtsumwandlung“ adäquat behandelbare Transposition der Geschlechtsidentität im engeren Sinne des Transsexualismus vorliegt, kann nur ein längerwährender diagnostisch-therapeutischer Prozeß klären. In diesem Prozeß, der - wie jedes psychotherapeutische Arrangement - natürlich in jeder Richtung ergebnisoffen sein muß, kommt dem sog. „Alltagstest“, d.h. der *durchgehenden* Erprobung in der sozialen Rolle des gewünschten Geschlechtes *vor* der Einleitung irreversibler medizinischer Maßnahmen, eine zentrale Bedeutung (a) für die Diagnosestellung und (b) für den erfolgreichen Verlauf der Umwandlungsbehandlung zu. Aktuelle Standards of Care und weltweite Umfragen in Behandlungseinrichtungen veranschlagen für diesen Alltagstest eine *Mindestdauer* von einem Jahr (Walker 1990; Petersen 1995). Auch DSM-IV stellt eindeutig fest: „Es gibt keinen spezifischen diagnostischen Test für Geschlechtsidentitätsstörung.“ (S.535) Auch wenn DSM-IV in diesem Zusammenhang darauf hinweist, daß spezifische Befunde der körperlichen oder Laboruntersuchung bei Geschlechtsidentitätsstörungen nicht bekannt sind, so bedeutet dies natürlich nicht, daß derartige Untersuchungen entbehrlich wären: Sie sind schon allein zum Ausschluß eines Intersex-Syndroms (Kriterium C), und spätestens wenn es um die Indikationsstellung zur hormonellen und/oder operativen Umwandlungsbehandlung geht, zwingend erforderlich.

Als *Differentialdiagnosen* der Geschlechtsidentitätsstörungen gibt DSM-IV an:

„*Transvestitischer Fetischismus* tritt bei heterosexuellen (oder bisexuellen) Männern auf, bei denen das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts dem Zweck der sexuellen Erregung dient. Außer diesem Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts haben die meisten Personen mit *Transvestitischem Fetischismus* in der Kindheit keine Vorgeschichte von Verhaltensweisen, die ein Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht ausdrücken. Bei Männern, die sowohl alle Kriterien der Geschlechtsidentitätsstörung als auch des *Transvestitischen Fetischismus* erfüllen, sollten beide Diagnosen gestellt werden. Falls bei einer Person mit *Transvestitischem Fetischismus* Geschlechtsdysphorie auftritt, jedoch nicht alle Kriterien der Geschlechtsidentitätsstörung erfüllt werden, kann die Zusatzcodierung *Mit Geschlechtsdysphorie* verwendet werden.

Die Kategorie *Nicht Näher Bezeichnete Geschlechtsidentitätsstörung* kann bei Personen verwendet werden, die ein Geschlechtsidentitätsproblem bei einem *gleichzeitigen angeborenen somatischen Intersex-Syndrom* (z.B. Androgenresistenz-Syndrom oder Adrenogenitales Syndrom) haben.

Bei *Schizophrenie* kann selten der Wahngedanke auftreten, dem anderen Geschlecht anzugehören. Das Insistieren einer Person mit Geschlechtsidentitätsstörung darauf, daß er oder sie dem anderen Geschlecht angehöre, wird nicht als Wahngedanke bezeichnet, weil stets gemeint ist, daß die Person sich wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts fühlt und nicht glaubt, diesem Geschlecht tatsächlich anzugehören. In sehr seltenen Fällen können jedoch Schizophrenie und schwere Geschlechtsidentitätsstörung gleichzeitig vorhanden sein.“ (APA 1994: 536-537; wörtl. Übersetzung vom Verf., Hervorhebg. i. Orig.)

2.3 Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10 grenzt unter der Nummer F64.2 die „Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters“ (WHO 1993: 242-244) exklusiv von den anderen Formen ab.

Im Unterschied dazu (und auch abweichend von DSM III-R) trennt DSM-IV die Diagnose der Geschlechtsidentitätsstörung nicht mehr kriteriologisch für Kinder und Erwachsene, sondern wird mehr dem Entwicklungscharakter der Störung gerecht. Wohl aber werden für

Kinder und Erwachsene verschiedene Nummern - 302.6 bzw. 302.85 - gegeben. Die allgemeinen diagnostischen Kriterien (A, B, C, D) gelten also sowohl für das Entwicklungs- als auch für das Erwachsenenalter. Jedoch werden für die Kindheit bezüglich der spezifischen diagnostischen Kriterien gesonderte Angaben zu den Punkten A und B gemacht:

zu Kriterium A: „Bei Kindern manifestiert sich das Störungsbild durch vier (oder mehr) der folgenden Merkmale:

(1) wiederholt geäußertes Verlangen oder Bestehen darauf, dem anderen Geschlecht anzugehören

(2) bei Jungen Neigung zum Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts oder Imitation weiblicher Aufmachung; bei Mädchen das Bestehen darauf, nur eine dem männlichen Stereotyp entsprechende Bekleidung zu tragen

(3) starke und andauernde Neigung zum Auftreten als Angehöriger des anderen Geschlechts in Phantasie- und Rollenspielen oder anhaltende Phantasien über die eigene Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht

(4) intensives Verlangen nach Teilnahme an Spielen und Freizeitbeschäftigungen, die für das andere Geschlecht typisch sind

(5) ausgeprägte Bevorzugung von Spielgefährten des anderen Geschlechts“

Zu Kriterium B: „Bei Kindern ist das Störungsbild durch eines der folgenden Merkmale gekennzeichnet: Bei Jungen die Behauptung, daß der Penis oder die Hoden abstoßend seien oder verschwinden werden oder die Behauptung, daß es besser wäre, keinen Penis zu haben, oder eine Aversion gegen Rauf- und Tobespiele und eine Ablehnung von typischem Jungenspielzeug, Jungenspielen und Jungenbeschäftigungen; bei Mädchen Ablehnung des Urinierens im Sitzen, die Behauptung, daß sie einen Penis hat oder ihr ein solcher wachsen wird, oder die Behauptung, daß sie keine Brust bekommen möchte oder nicht menstruieren möchte, oder eine ausgeprägte Aversion gegen normative weibliche Bekleidung.“

Wesentliche inhaltliche Abweichungen zu den diagnostischen Leitlinien von ICD-10 ergeben sich jedoch nicht. Beide Klassifikationssysteme betonen, daß eine Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter nur unter bestimmten Voraussetzungen diagnostiziert werden darf:

„Diese Störung ist nicht dazu bestimmt, die Unangepaßtheit eines Kindes an stereotype Geschlechtsrollen zu beschreiben, wie zum Beispiel beim „Wildfang-Verhalten“ von Mädchen oder beim „Memmen-Verhalten“ von Jungen. Vielmehr beschreibt sie ein tiefgehend gestörtes Gefühl der Identität des Betroffenen bezüglich seines Männlich-Seins oder Weiblich-Seins. Bei einem Verhalten von Kindern, das lediglich die kulturellen Stereotype von Männlichkeit oder Weiblichkeit nicht erfüllt, sollte die Diagnose nicht gestellt werden, solange nicht das Vollbild einschließlich ausgeprägtem Leiden oder Beeinträchtigung vorhanden ist.“ (APA 1994: 536; wörtliche Überstzg. v. Verf.)

3. Schlußfolgerungen

Angesichts der Tatsache, daß DSM-IV der Diversivität der Verlaufsformen von Geschlechtsidentitätsstörungen jetzt deutlich besser gerecht wird, bleibt zu hoffen, daß sich nun auch in Deutschland Psychotherapeuten verstärkt dieser Patientengruppe annehmen. Insbesondere wird es zukünftig stärker darum gehen müssen, adäquate Therapieformen für jene Patienten zu entwickeln, bei denen eine Indikation zur Geschlechtstransformationsoperation

nicht gegeben ist (Montgomery 1995; Wilchesky 1995). Die von den DSM-IV Herausgebern beschriebene Unterteilung der zwei Verlaufsformen der Geschlechtsidentitätsstörung sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß ab einem gewissen Punkt der Entwicklung beide Personengruppen den gleichen Leidensdruck haben, beide zum Leidenden an ihrer körperlichen Geschlechtlichkeit geworden sind. Insofern ist eine derartige Unterteilung von „primären“ und „sekundären“ Transsexuellen nur mit Blick auf den Störungsverlauf, nicht aber mit Blick auf den prinzipiellen Zugang zu einer operativen Intervention angezeigt. Dabei sollte aber stets im Auge behalten werden, daß die Operationsergebnisse im Sinne einer psychosozialen Adaptation und Befriedung der Zerrissenheit bei den sekundären Verläufen tendenziell ungünstiger sind (Blanchard 1989).

Bezüglich der Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter muß festgestellt werden, daß im deutschsprachigen Schrifttum zwar in den einschlägigen Lehrbüchern der Kinder- und Jugendpsychiatrie Ausführungen enthalten sind (Martin, 1985; Nissen, 1989; Renschmidt 1992; Steinhausen 1993), empirische oder differentialdiagnostisch-therapeutisch orientierte Publikationen hierzu jedoch spärlich sind. Andererseits haben eigene Untersuchungen (Bosinski, i. Druck) ergeben, daß auch hierzulande Jungen und Mädchen mit ausgeprägten Symptomen bis hin zum Vollbild der Geschlechtsidentitätsstörung bei Kinderärzten, Psychologen oder Kinder- und Jugendpsychiatern vorgestellt werden. Deren gegenwärtiges therapeutisches Vorgehen ist jedoch bislang eher eklektisch und mitunter auch hilflos. Auch auf diesem Gebiet bleibt also für die gezielte sexualmedizinische Qualifikation der Ärzteschaft (Vogt 1995) noch ein weites Feld zu bestellen.

Literatur:

- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition (DSM-III). American Psychiatric Press, Washington DC 1980.
- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third revised Edition (DSM III-R). American Psychiatric Press, Washington DC 1987.
- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition (DSM-IV). American Psychiatric Press, Washington DC 1994.
- Augstein, M.S.: Entscheidungen zur Transsexualität und Intersexualität bis zum 31. 12. 1980. Das Landesamt 1982; 35: 240-241.
- Benjamin, H.: Transvestism and transsexualism. *Int J Sexology* 1953; 7: 12-14.
- Benjamin, H.: *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press 1966.
- Benjamin, H.: Transvestism and transsexualism in the male and female. *J Sex Res* 1967; 3: 107-127.
- Blanchard, R.; Steiner, B.W.; Clemmensen, L.H.; Dickey, R.: Prediction of regrets in postoperative transsexuals. *Can J Psychiatr* 1989; 34: 43-45.
- Bleibtreu-Ehrenberg, G.: *Homosexualität und Transvestition im Schamanismus*. Anthropos 1970; 65, Heft 1/2.
- Bleibtreu-Ehrenberg, G.: *Homosexualität. Die Geschichte eines Vorurteils*. Frankfurt/M.: Fischer TB 1981.
- Bornemann, E.: *Das Patriachat*. Frankfurt/M.: Fischer TB 1984.
- Bosinski, H.A.G.: Zur Klassifikation von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Männern. *Sexuologie* 1994; 1:195-212.
- Bosinski, H.A.G.; Arndt, R.; Sippell, W.G.; Wille, R. (i. Druck): *Geschlechtsidentitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Nosologie und Epidemiologie*. *Monatsschr Kinderheilkd*
- Bradley, S.J.; Blanchard, R.; Coates, S.; Green, R.; Levine, S.B.; Meyer-Bahlburg, H.F.L.; Pauly, I.B.; Zucker, K.J.: Interim Report of the DSM-IV subcommittee on gender identity disorders. *Arch Sex Behav* 1991; 20:333-343.

- Carrier, J.M.: Homosexual behavior in cross-cultural perspective. In: Marmor, J. (ed) *Homosexual behavior. A modern reappraisal*. New York: Basic Books, 1980:100-122.
- Cauldwell, D.O. : *Psychopathia transexualis*. *Sexology* 1949; 16:275-280.
- Fisk, N.: Gender dysphoria syndrome. In: Laub, D.; Gandy, P. (eds) *Proceedings of the 2nd Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Stanford University Press 1973.
- Herdt, G.H. (ed): *Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York: Zone books 1994.
- Hirschauer, S.: Hermaphroditen, Homosexuelle und Geschlechtswechsler. *Transsexualität als historisches Projekt*. In: Pfäfflin, F.; Junge, A. (Hrsg) *Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität*. Stuttgart, New York: Schattauer, 1992: 55-94.
- Hirschfeld, M.: *Die Transvestiten. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb, mit umfangreichem kasuistischem und historischem Material*. Berlin: A.Pulvermacher 1910.
- Hirschfeld, M.: *Die Homosexualität des Mannes und des Weibes (Nachdruck der Erstauflage von 1914)*. Berlin, New York: de Gruyter 1984.
- Hirschfeld, M.: *Sexualpathologie, 2. Teil: Sexuelle Zwischenstufen. Das männliche Weib und der weibliche Mann*. Bonn: Marcus & Webers Verlag 1922 (2. Aufl.)
- Hirschfeld, M.: *Die intersexuelle Konstitution. Erweiterung eines am 16. März 1923 im Hygienischen Institut der Universität Berlin gehaltenen Vortrages. Zeitschrift für sexuelle Zwischenstufen* 1923; 23:3-27.
- Hirschfeld, M.: *Geschlechtskunde (5 Bände)*. Stuttgart: Julius Püttmann Verlagsbuchhandlung 1926.
- Hofer, G.: *Das Phänomen „Geschlechtswechsel“ - dargestellt an ethnographischen Beispielen*. In: Bischof, N.; Preuschoft, H. (Hrsg) *Geschlechtsunterschiede, Entstehung und Entwicklung. Mann und Frau in biologischer Sicht*. München: Beck 1980.
- Karsch-Haack, F.: *Das gleichgeschlechtliche Leben der Naturvölker*. München: Verlag Ernst Reinhardt 1911.
- Krafft-Ebing, R.v.: *Psychopathia sexualis*. (Nachdruck der 14. Auflage von 1912) München: Matthes & Seitz 1984.
- Lang, S.: *Two-spirit People. Geschlechterkonstruktionen und homosexuelle Identitäten in indigenen Kulturen Nordamerikas*. *Z Sexualforsch* 1995; 8:295-328.
- Langer, D.: *Psychiatrische Gedanken zur Verselbständigung des Prozesses der Geschlechtsumwandlung und zur Rolle der Begutachtung*. *Sexuologie* 1995; 2:263-275.
- Lautmann, R.: *Das Verbrechen der widernatürlichen Unzucht. Seine Grundlegung in der Preußischen Gesetzesrevision des 19. Jahrhunderts*. In: Lautmann, R. (Hrsg) *Männerliebe im alten Deutschland. Sozialgeschichtliche Abhandlungen*. Berlin: Verlag Rosa Winkel, 1992:141-186.
- Martin, M.; Dauner J.: *Störungen der Sexualentwicklung und des Sexualverhaltens*. In: Remschmidt H.; Schmidt M.H. (Hrsg) *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Bd III*. Stuttgart: Thieme, 1985: 299-322.
- Montgomery, D.: *Group psychotherapy of gender dysphoria*. Paper presented at the XIV. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Symposium, Kloster Irsee (Bavaria), September 7-10, 1995.
- Nanda, S.: *Hijras: An alternative sex and gender role in India*. In: Herdt, G. (ed) *Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York: Zone books, 1994:373-417.
- Nissen, G.: *Psychische Störungen in der Pubertät und Adoleszenz*. In: Eggers C.; Lempp R.; Nissen G.; Strunk P. (Hrsg) *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Heidelberg, Berlin, New York: Springer, 1989:263- 300 (5. Aufl)
- Petersen, M.E.; Dickey, R.: *Surgical sex reassignment: A comparative survey of international centers*. *Arch Sex Behav* 1995; 24:135-156.
- Remschmidt, A.: *Psychiatrie der Adoleszenz*. Stuttgart: Thieme 1992.
- Roscoe, W.: *How to become a Berdache: Toward a unified analysis of gender diversity*. In: Herdt, G. (ed) *Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York: Zone books, 1994:329-372.
- Sigusch, V.: *Geschlechtswechsel*. Hamburg: Klein Verlag 1992.
- Steinhausen, H.C.: *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und*

- Jugendpsychiatrie. München: Urban & Schwarzenberg 1993 (2. Aufl).
- Street, M.: Jäger und Schamanen. Mainz: Verlag des Römisch-Germanischen Zentralmuseums 1989.
- Vogl, H.-J.; Loewit, K.; Wille, R.; Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G.: Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ - Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog. *Sexuologie* 1995; 2: 65-89.
- Wacke, A.: Vom Hermaphroditismus zum Transsexuellen. In: Eyrich, H.; Odersky, W.; Säcker, F. (Hrsg) Festschrift für Kurt Rebmann zum 65. Geburtstag. München: Beck, 1989:861-903.
- Walker, P.A.; Berger, J.C.; Green, R.; Laub, D.R.; Reynolds, C.L.; Wollman, L.: Standards of care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons. Third revised draft. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association 1990.
- Westphal, C.: Die conträre Sexualempfindung. Symptom eines neurophathischen (psychopathischen) Zustandes. *Archiv für Psychiatrie* 1869; 2: 73-108.
- Whitam, F.L.: The scientific importance of drag queens. Paper presented at the 21st Annual Meeting of the International Academy of Sex Research, Provincetown (Mass), September 20 -24, 1995.
- Wilchesky, M.; Coté, H.: The cross-roads group - designed for rejected, but not dejected, gender candidates. Paper presented at the XIV. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Symposium, Kloster Irsee (bavaria), September 7-10, 1995.
- World Health Organization (WHO): The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization 1992.
- World Health Organization (WHO): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Im Deutschen herausgegeben von Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H.. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber 1993 (2. Aufl.).

Anschrift des Autors

Dr.med. Hartmut A.G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle im Klinikum der Christian-Albrechts-Universität, Arnold-Heller-Str. 12, D-24105 Kiel