

Spielend ein richtiger Junge werden? Zur Geschlechternormierung im medizinisch-psychologischen Umgang mit sogenannten „Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter“¹

"Psychische Störungen lassen sich (...) nicht durch naturgegebene Grenzen von psychischer Normalität unterscheiden. Vielmehr sind sie abhängig von statistischen, sozialen, idealen, subjektiven und funktionalen Kriterien über Erscheinungsweisen und Struktur psychischer Prozesse; sie sind als Konventionen zu bezeichnen, die *wissenschaftlich begründeten und soziokulturellen Normen* unterliegen." (R. H. Bastine)²

Kategorien für psychische „Normalität“ und „Störungen“ sowie Modelle psychologisch-psychiatrischer Behandlung wandeln sich je nach historischem und kulturellem Kontext. So wurde Homosexualität noch in den 1970er Jahren offiziell als psychische Störung gewertet. Schwulen und Lesben haftete das Stigma von „Krankheit“ an; „Therapien“ sollten das Verhalten hin zu stereotypen heterosexuellen Rollenmustern verändern.³ Aus heutiger Sicht erscheint es unangemessen, Homosexualität mit psychischen Defiziten und frühkindlichen Entwicklungsstörungen in Zusammenhang zu bringen. Ebenso fragwürdig erscheint es im Rückblick, psychische Krisen von Schwulen und Lesben unabhängig von sozialen Faktoren (wie Diskriminierung, Abwertung, Druck zum Verschweigen wichtiger Teile des eigenen Lebens) zu betrachten und die Ursachen allein im Individuum zu suchen. Im Diagnosemanual DSM-IV wird der Prozess der Entpathologisierung von Homosexualität reflektiert und die Kontextabhängigkeit von Diagnosen hervorgehoben: "Weder normabweichendes Verhalten (z.B. politischer, religiöser oder sexueller Art) noch Konflikte des Einzelnen mit der Gesellschaft sind psychische Störungen (...)." ⁴

Da gesellschaftliche Normen dadurch gekennzeichnet sind, dass sie kaum als solche reflektiert, sondern selbstverständlich vorausgesetzt werden, gelingt es oft erst im Rückblick, „Normalität“ als kulturelles Konstrukt zu hinterfragen und „Abweichungen“ nicht mehr von vornherein als Defizite zu begreifen. Während die Norm der Heterosexualität in heutiger Zeit zumindest Brüche aufweist, und lesbische, schwule und bisexuelle Lebensformen sichtbar werden, wirkt die Norm der Zweigeschlechtlichkeit, d.h. die scheinbar natürliche Einteilung aller Menschen in zwei Geschlechter, als nicht benannte, umfassend wirksame Struktur (vgl. polymorph 2002). Menschen, die Geschlechtergrenzen überschreiten, lassen im Alltags- und

¹ Dies ist eine leicht überarbeitete Version des gleichnamigen Textes, der zuerst erschien in: Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport, Berlin (2006): *männlich – weiblich – menschlich? Trans- und Intergeschlechtlichkeit*. Dokumente lesbisch-schwuler Emanzipation Nr. 22.

² Bastine 1998, 175, Hervorhebung im Original.

³ Vgl. z.B. Bloch 1975/76, Bates & Bentler 1973.

⁴ DSM-IV, 944.

wissenschaftlichen Verständnis nicht etwa den zweigeschlechtlichen Rahmen als zu eng erscheinen, sondern gelten als behandlungsbedürftige „Fälle“, für die sich Medizin und Psychologie zuständig erklärt haben. Dass medizinisch-psychiatrische Kategorien für geschlechtliche Identität ein relativ junges Phänomen sind⁵ und gesellschaftliche Normen sowohl widerspiegeln als auch reproduzieren, gerät selten in den Blick. So können normabweichende Ausdrucksweisen von Geschlecht schon im Kindesalter Anlass psychiatrischer Diagnostik und Behandlung werden:

„Als besonderes Problem beobachten wir in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Störungen der Geschlechtsidentität. Kinder und Jugendliche mit diesen Störungen äußern den Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören. Sie fallen dadurch auf, dass sie Kleidung, Spiele und Aktivitäten des anderen Geschlechts bevorzugen und alles ablehnen, was als zu ihrem biologischen Geschlecht gehörig angesehen wird.“⁶



„No Girl“ Ins A Kromminga

„Abweichendes Geschlechtsrollenverhalten“ bei Kindern (zunächst überwiegend Jungen) erfuhr erstmals in den 1960er Jahren wissenschaftliche Aufmerksamkeit: Vor dem Hintergrund der kurz zuvor eingeführten Kategorie Transsexualität befürchteten

⁵ Sowohl die in diesem Zusammenhang bis heute wirkmächtigen Konzepte der Geschlechtsrolle und –identität als auch die Diagnose der Transsexualität entstanden in den 1950er und 60er Jahren. Vgl. Money 1994, Benjamin 1953; vgl. auch Hirschauer 1993.

⁶ Meyenburg 2001, 538.

Psychiater_Innen, dass Jungen, deren Verhalten als „feminin“ gewertet wurde, zu transsexuellen Erwachsenen würden. Die Symptome der kindlichen „Störung der Geschlechtsidentität“ wurden detailliert beschrieben und sind noch heute relevant: Sie betreffen Jungen, die Barbiepuppen, Prinzessinnen und weibliche Rollen im Spiel lieben und mit Mädchen spielen, die Mädchenkleider anziehen wollen, die unaggressiv und unsportlich wirken und körperliche Auseinandersetzungen scheuen, die „typische Jungenbeschäftigungen“ meiden und kein Interesse an Autos haben. Das, was bei diesen Jungen vermisst wird, gilt jedoch bei Mädchen als Alarmsignal: Intensive Abneigung gegen „mädchenspezifische“ Beschäftigungen und Kleidung, Interesse an Sport und Raufereien, männliche Identifikationsfiguren und Spielgefährten. Möglicherweise äußern die Kinder den Wunsch, im jeweils anderen Geschlecht zu leben.⁷

Weite Teile der hier als Merkmale einer psychischen Störung beschriebenen Verhaltensweisen spiegeln Konflikte mit sozialen Konventionen: Bestimmte Verhaltensmuster, Spiele, Wünsche und Identifikationsweisen gelten als typisch für Jungen bzw. Mädchen, als „zu ihrem biologischen Geschlecht gehörig“ (s.o.), dabei wird die Verschränkung von Körpergeschlecht, Identifizierung und Rollenverhalten vorausgesetzt. Dass geschlechtsspezifische Rollenbilder nicht als biologisch begründete Bestandteile menschlicher Entwicklung betrachtet werden können, findet zwar gelegentlich Erwähnung, jedoch bleibt das Konzept der „gestörten“ Geschlechtsidentitätsentwicklung von dieser Erkenntnis weitgehend unbeeinflusst.

Behandler_Innen gelangten zeit- und kontextbedingt zu unterschiedlichen Ansichten darüber, auf welchem Gebiet die „Störung“ anzusiedeln sei: In den 1960er Jahren begann der US-amerikanische Psychiater Richard Green eine Längsschnittstudie mit „femininen Jungen“ und prägte den Begriff „*Sissy Boy Syndrome*“, der zu einer feststehenden Wendung im Diskurs um „Geschlechtsidentitätsstörungen“ wurde⁸. Green stellte fest, dass die Jungen entgegen seiner Erwartung in der Adoleszenz selten transsexuell, oft jedoch homosexuell wurden. In der Folge rückte der Zusammenhang nonkonformen Geschlechtsrollenverhaltens mit späterer Homosexualität in den Mittelpunkt des Interesses. Der Verdacht der pathologischen Entwicklung wurde auch auf „jungenhafte“ Mädchen („*tomboys*“) ausgeweitet. Öffentliche „Aufklärung“ sollte bewirken, dass nordamerikanische Eltern und Lehrer_Innen Kinder

⁷ Vgl. die entsprechenden diagnostischen Leitlinien für die „Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters“ (F 64.2) nach ICD-10 und DSM-IV. In der psychologisch-psychiatrischen Diskussion wurde und wird übrigens sehr selten danach gefragt, was die beschriebenen Interessen und Identifikationen für die betreffenden Kinder selbst bedeuten.

⁸ Vgl. Green 1987.

verstärkt auf „geschlechtsatypische“ Zeichen hin beobachteten und sie gegebenenfalls in eigens eingerichtete Behandlungszentren brachten. Eine Reihe von Behandler_Innen verfolgte das erklärte Ziel, bei diesen Kindern Homosexualität zu verhindern und „adäquates“ sexuelles Rollenverhalten herbeizuführen. Dies geschah meist im Rahmen verhaltenstherapeutischer Sitzungen, in denen unerwünschtes Verhalten (Spielen mit „falschem“ Spielzeug, „geschlechtsatypisches“ Rollenspiel) bestraft und Geschlechterstereotypen den Kindern bzw. Jugendlichen regelrecht antrainiert wurden:

„Die Patientin erhielt als erste Aufgabe, Röcke statt Hosen zu tragen (...), Kosmetikkurse zu besuchen und Wert auf ihre äußere weibliche Erscheinung zu legen, was auch eine Epilation ihrer Beinbehaarung einschloss. Die Patientin begann, sich als Mädchen zu fühlen, und nahm acht Monate nach der Entlassung aus der Klinik ihre erste sexuelle Beziehung zu einem Mann auf.“⁹

Zu diesem Zeitpunkt war die betreffende Jugendliche übrigens gerade 16 Jahre alt geworden. Dieses und andere Beispiele zeigen, welcher Wert heterosexueller Normalität als „Therapieerfolg“ beigemessen wurde und wird.

Seit 1980 wird Homosexualität im DSM nicht mehr als psychiatrische Diagnose aufgeführt. Abweichendes Geschlechtsrollenverhalten, das als Charakteristikum einer prähomosexuellen Kindheit galt¹⁰, wurde jedoch nicht gleichermaßen entpathologisiert: Zur selben Zeit wurden „Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter“ als eigene Diagnose eingeführt. Die Behandlungsbedürftigkeit wird nun wieder mit der Gefahr späterer Transsexualität begründet, obwohl die Verschiedenheit der Phänomene betont wird.¹¹ Anzumerken ist, dass ein Paradigmenwechsel im Umgang mit Homosexualität in der psychologisch-psychiatrischen Diskussion um „Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter“ nicht stattgefunden hat: Die Mehrzahl aktueller Studien zum Thema rekurriert bruchlos auf Texte aus den 1970er Jahren mit ihrer Pathologisierung und Bekämpfung von Homosexualität als Referenz für heutige Theorien und Behandlungsmodelle (vgl. Meyenburg 2001). Deutlich wird, wie eng die Norm der Zweigeschlechtlichkeit verknüpft ist mit heterosexuellen Rollenbildern, die sich in stereotyper „Männlichkeit“ und „Weiblichkeit“ widerspiegeln.

⁹ Meyenburg 1994, 346; referiert wird ein US-amerikanischer Therapiebericht von 1981. Diese und vergleichbare Quellen werden in der aktuellen Diskussion oft bruchlos als „erfolgreiche“ Behandlungen angeführt.

¹⁰ Entsprechende Bilder einer „prähomosexuellen Kindheit“ finden sich auch in schwul-lesbischen Identitätsdiskursen (vgl. Rottneck 1999).

¹¹ V. Auch gingen stereotype Bilder „gegengeschlechtlichen“ Verhaltens und Wünschens in Kindheit und Jugend in die Transsexualitätsdiagnostik ein, wie sie nicht nur in Begutachtungssituationen häufig abgerufen werden: Vgl. Lindemann 1997.

Statt den Einfluss sozialer Konventionen bei der Auseinandersetzung mit Konzepten von Geschlechtsidentitätsentwicklung und Transsexualität zu bedenken, geht der Trend medizinischer Wissenschaft jedoch erneut zur Suche nach biologischen Begründungen für Abweichungen von der Geschlechternorm: So berichtete unlängst „Die Zeit“ über niederländische Forschungen an den Gehirnen „geschlechtsidentitätsgestörter“ Kinder und Jugendlicher auf der Suche nach einer biologischen Basis der Transsexualität.¹² Mit der medizinisch-psychologischen Klassifizierung von nonkonformen Ausdrucksweisen von Geschlecht als „Identitätsstörungen“ und mit der Suche nach Ursachen im Individuum wird die gesellschaftliche Dimension von Geschlecht, Körpererleben und Identität ausgeblendet. So erhalten Diagnostik und Behandlung von „Geschlechtsidentitätsstörungen“ die Normen aufrecht, vor deren Hintergrund sie funktionieren. Die Wahrnehmung von Identifikations- und Verhaltensweisen sowie Körperbildern als „gegengeschlechtlich“ ist jedoch nur innerhalb einer zweigeschlechtlich strukturierten Gesellschaft denkbar, in der körperliche Merkmale mit Zuschreibungen geschlechtsspezifischen Verhaltens und Empfindens verknüpft sind, und in der es in jeder sozialen Interaktion darum geht, *als Mann* oder *als Frau* bzw. *als Junge* oder *als Mädchen* zu agieren.¹³ Problematisiert man den zweigeschlechtlichen Rahmen medizinisch-psychiatrischer Konzepte „gestörter“ Geschlechtsidentität als gesellschaftliche Norm, sind vielfältigere Ausdrucksweisen von Geschlecht und Sexualität sowie vielfältigere Wege ihrer Entwicklung denkbar.¹⁴

Literatur:

Bastine, R. H. (1998): *Klinische Psychologie. Band 1. Grundlegung der Allgemeinen Klinischen Psychologie*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Bates, J. E. & Bentler, P. M. (1973): “Play Activities of Normal and Effeminate Boys”, in: *Developmental Psychology*, Vol. 9, No. 1, 20-27.

Benjamin, H. (1953): “Transvestism and Transsexualism”, in: *International Journal of Sexology* 7, 12-14.

¹² Vgl. Spiewak, M. „Ein Traum von einem Mädchen“, in: *Die Zeit* Nr. 23, 27. Mai 2004, S. 35f.

¹³ Vgl. Lindemann (1993), 11.

¹⁴ Gesa Lindemann (1997) plädiert für eine stärkere Berücksichtigung der Subjektivität der betreffenden Menschen im medizinisch-psychologischen Umgang mit Überschreitungen von Geschlechtergrenzen. Soziale Strukturen bezieht sie auch bei Bedürfnissen nach Körperveränderung ein, so dass diese nicht mehr als individuelles psychisches Symptom erscheinen, aber gleichwohl notwendig sein können: „Transsexuelle haben den Wunsch, ihr Geschlecht zu verändern. Um diesem Wunsch unter den Bedingungen (...) somatisch fundierter Zweigeschlechtlichkeit zu realisieren, ist aus alltagspraktischen Gründen eine Veränderung des Körpers zumindest hilfreich, wenn nicht unerlässlich.“

Bloch, D. (1975/76): "The Threat of Infanticide and Homosexual Identity", in: *Psychoanalytical Review*, Vol. 62, No. 4, 579-599.

Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV (1996+1998), 2. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Green, R. (1987): *The „Sissy Boy Syndrome“ and the Development of Homosexuality*, New Haven, London: Yale University Press.

Hirschauer, S. (1993): *Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Über die Medizin und den Geschlechtwechsel*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Lindemann, G. (1993): *Das paradoxe Geschlecht. Transsexualität im Spannungsfeld von Körper, Leib und Gefühl*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Dies. (1997): „Wieviel Ordnung muss sein?“ In: *Zeitschrift für Sexualforschung* 10, 324-331.

Meyenburg, B. (2001): „Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter“, in: Sigusch, V. (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. 3. Aufl., Stuttgart, New York 2001, 538-553.

Ders. (1994): „Kritik der hormonellen Behandlung Jugendlicher mit Geschlechtsidentitätsstörungen“, in: *Zeitschrift für Sexualforschung* 7, 343-349.

Money, J. (1994): „Zur Geschichte des Konzepts Gender Identity Disorder“, in: *Zeitschrift für Sexualforschung* 7, 20-34.

Polymorph (Hrsg.) (2002): *(K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive*. Berlin: Querverlag.

Rottneck, M. (Hrsg.) (1999): *Sissies & Tomboys. Gender Nonconformity & Homosexual Childhood*. New York, London: New York University Press.

Weltgesundheitsorganisation (2002): *ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 4. Aufl., V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.