



universität
wien

Diplomarbeit

Genderdysphorie

Erlebte Genderdysphorie und psychisches
Wohlbefinden bei transsexuellen Personen

Verfasserin

Catharina Schneider

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag. rer. nat.)

Wien, im Dezember 2012

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Prof. Ilse Kryspin-Exner und Prof. Hertha Richter-Appelt

Abstract

Die vorliegende Arbeit untersucht das Konstrukt der Genderdysphorie sowohl theoretisch, als auch empirisch. In der fünften Revision des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) soll es die bisherige Diagnose „Gender Identity Disorder“ (GID) ablösen. Diese Neuerung geht mit einem Paradigmenwechsel einher, nachdem „Transsexualität“ nicht länger als psychiatrische Störung, sondern als natürliche Variation menschlich-geschlechtlichen Erlebens betrachtet wird. In diesem Zuge stellt Genderdysphorie das Leiden unter einer nichtpathologischen transsexuellen Entwicklung dar, für die konkrete Definitionen und Instrumente der Erfassung in Zukunft von Bedeutung sind. Im Forschungsprojekt „ENIGI – European Network for the Investigation of Gender Incongruence“, innerhalb dessen die vorliegende Arbeit entstand, wird Genderdysphorie mittels unterschiedlicher Fragebögen erfasst.

Zwei Instrumente, die „Utrecht Gender Dysphoria Scale“ (UGDS) und das „Gender Identity/ Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults“ (GII) wurden explizit auf ihre Definitionen von Genderdysphorie sowie die Übereinstimmung mit der sie diese erfassen untersucht. Zusätzlich wurde der Zusammenhang von Genderdysphorie und Geschlechtsidentität untersucht.

Es wurde festgestellt, dass Genderdysphorie in den beiden Fragebögen unterschiedlich konzeptionalisiert wurde, was zu leicht voneinander abweichenden Ergebnissen in den Subgruppen nach Geschlecht und Alter zu dem Geschlechtsinkongruenz zum ersten mal bemerkt wurde, führte. Während die UGDS in Genderdysphorie die Ablehnung des eigenen Körpers und eine gegengeschlechtliche Identifizierung sieht, definiert das GII sie als pathologisches Gegenstück einer (gesunden) Geschlechtsidentität. Die Untersuchung des Zusammenhanges zwischen Genderdysphorie und Geschlechtsidentität zeigten Unterschiede in den einzelnen Subgruppen.

Zusätzlich wurde ein nur sehr geringes Maß an selbst-berichteter Psychopathologie bei den Teilnehmenden gefunden. Am deutlichsten traten Depressionen und Angst-bezogene psychische Probleme auf, allerdings nur in einem geringen Maß.

Zusammenfassend zeigte sich, dass beide Instrumente sich zur Erfassung von Genderdysphorie als nützlich für die zukünftige Forschung erwiesen, dass allerdings eine Überarbeitung hinsichtlich ihrer Definitionen und ihres Inhaltes in Anlehnung an die neue Diagnose nötig erscheint.

Abstract

The study at hand aimed to examine the construct of gender dysphoria both theoretically and empirically. Since gender dysphoria will become the new diagnosis for gender identity disorder (GID) in the upcoming 5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), accompanied by a paradigm shift, perceiving “Transsexuality” no longer as psychiatric condition but natural variation of gender expression, obliging definitions and valid measurements become more important in the future. Within the “European Initiative for the Investigation of Gender Incongruence” (ENIGI) it is measured as part of the diagnostic process via different instruments.

Two measures, the “Utrecht Gender Dysphoria Scale” (UGDS) and the “Gender Identity/ Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults” (GII) were explicitly examined for their definitions of gender dysphoria and evaluated for their congruence in seizing it. Furthermore, the connections between gender dysphoria and gender identity as well as psychological wellbeing were observed.

Gender dysphoria was found to be differently defined in the two instruments which lead to slightly different findings in the subgroups of gender and age of onset. While the UGDS defines Gender dysphoria as the rejection of one’s body and cross-gender identification the GII conceptualizes it as the pathological counterpart of a (healthy) gender identity. The relation between gender dysphoria and gender identity revealed differences in subgroups as well.

Finally only a very low level of self-reported psychopathology was found. Depression and anxiety related problems could be detected within this sample although still relatively low. Ultimately both measures of gender dysphoria seem to be useful instruments for future practice, but they also are in need of refinement with regard to contents and adaption to the new concept of gender dysphoria as used in DSM-5.

Inhaltsverzeichnis

I. Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung.....	3
1.1 Terminologie	3
1.2 Von Transsexualität zu Genderdysphorie.....	8
1.3 Definitionen von Genderdysphorie	14
1.4 Entwicklung der Diagnosen in DSM und ICD	18
1.5 Forschungskontext und Stand der Forschung	24
II. Methodik.....	31
2.1 Projektbeschreibung	31
2.1.1 Verfahren (Tests, Fragebögen etc.).....	33
2.2 Fragestellungen	37
2.3 Statistische Methoden.....	42
III. Ergebnisse.....	44
3.1 Stichprobenbeschreibung.....	44
3.1.1 Demographische Daten.....	45
3.1.2 Gruppenzuordnung	51
3.2 Gruppenvergleich.....	51
3.2.1 UGDS.....	51
3.2.2 GII	53
3.2.3 SCL-90-R	55
3.2.4 GIQ	58
3.3 Zusammenhänge	62
3.3.1 Die Geschlechtsdysphoriemaße UGDS und GII	62
3.3.2 Genderdysphorie und Geschlechtsidentität (UGDS und GIQ)	64

3.3.3 Genderdysphorie und Geschlechtsidentität (GII und GIQ).....	65
3.3.4 Genderdysphorie und psychische Belastung (UGDS und SCL-90-R).....	66
3.3.5 Genderdysphorie und psychische Belastung (GII und SCL-90-R).....	66
3.3.6 Geschlechtsidentität und psychische Belastung (GIQ und SCL-90-R).....	67
IV Diskussion.....	69
4.1 Zur Gruppenzuordnung.....	69
4.2 Zu den Gruppenvergleichen.....	69
4.2.1 Erfassen die UGDS und GII das gleiche Konstrukt?.....	69
4.2.2 Genderdysphorie.....	70
4.2.3 Vergleich der Fragebögen.....	73
4.2.4 Geschlechtsidentität.....	74
4.2.5 Geschlechtsidentität und Genderdysphorie.....	76
4.3 Zu den Zusammenhängen mit psychischen Problemen.....	77
4.4 Zur Stichprobenbeschreibung.....	80
4.5 Einschränkungen der Ergebnisse.....	83
4.6 Schlussfolgerung.....	85
Literaturverzeichnis.....	89
Internetquellen.....	95
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	97

I. Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung

1.1 Terminologie

Metamorphosis sexualis paranoica, sexuelle Inversion, Transvestitismus, Transsexualismus/Transsexualität, Transgenderismus, Gender Variant, Gender-Inkongruenz, Gender Dissonanz, Geschlechtsidentitätsstörung und Genderdysphorie sind nur einige Namen für unterschiedliche Aspekte von gesellschaftlich nicht konformer Geschlechtlichkeit eines Menschen. Sie stammen aus unterschiedlichen Disziplinen, Epochen und Gesellschaften.

Während die meisten aus einem psychiatrischen Diskurs entspringen und spezielle Störungsbilder beschreiben, sollen andere auf einen entpathologisierenden Diskurs verweisen, in dem Transgender¹ eine Geschlechtsidentität unter mehreren darstellt. Geschlechtsidentität beschreibt das subjektive Geschlechtererleben eines Menschen, wonach dieser sich männlich, weiblich oder anders, z.B. zwischengeschlechtlich fühlen kann (Richter-Appelt, 2007). Um dieses psychische Geschlechtererleben und -empfinden wird es in der vorliegenden Arbeit gehen. Zu diesem Zweck sollen die Begrifflichkeiten noch einmal vorgestellt werden.

Im Englischen gibt es seit den 1950ern die Unterscheidung zwischen „sex“ und „gender“, welche auf den amerikanischen Sexualforscher John Money zurück geht (Schweizer & Richter-Appelt, 2012). Während „sex“ den älteren Begriff darstellt, der sich nach Robert Stoller auf das biologische oder körperliche Geschlecht bezieht, beschreibt der neuere Begriff „gender“ die eher sozialisierten, kulturabhängigen, verhaltens- und erlebensbezogenen Aspekte von Geschlecht (Stoller, zitiert in Green, 2010). Während „sex“ „male/female“ zugeordnet ist, wird „gender“ „masculine/feminine“ zugeordnet (Schweizer & Richter-Appelt, 2012). Stoller, der Mitbegründer der ersten „Gender Identity Research Clinic“ (GIRC) an der University of California, Los Angeles war, versuchte die beiden Begriffe voneinander getrennt zu verstehen, eine Sicht,

¹ Transgender: setzt sich zusammen aus *trans* (lat. für jenseitig, darüber hinaus) und *gender* (engl. für „soziales“ Geschlecht) und steht für Abweichungen von der zugewiesenen Geschlechtsrolle. Genauere Erläuterungen weiter unten im Text

die später wiederum von John Money als dichotomisierend und vereinfachend kritisiert wurde (Schweizer & Richter-Appelt, 2012).

In der deutschen Sprache existiert kein Äquivalent für die Unterscheidung von „sex“ und „gender“, Sexualität bezieht sich hier eher auf körperliches Lustempfinden oder körperliche Geschlechtlichkeit. Es wird gemeinhin unterschieden in körperliche, soziale und psychische Aspekte von Geschlecht (Schweizer & Richter-Appelt, 2012).

Das somatische Geschlecht besteht aus verschiedenen Komponenten. Im Intersex-Diskurs wird von folgender Einteilung berichtet: So gibt es genetische, bzw. chromosomale (Geschlechtschromosomen, bei Männern typischerweise XY, bei Frauen typischerweise XX), gonadale (Keimdrüsen, welche in der Geschlechtsentwicklung zu Hoden oder Eierstöcken werden) und anatomische, bzw. phänotypische Aspekte (anatomische und morphologische Beschaffenheit der sekundären Geschlechtsmerkmale) (Schweizer & Richter-Appelt, 2012). Es wird dabei auch von genetischen, hormonellen und anatomischen Komponenten von Geschlecht gesprochen, was verdeutlicht, dass es ein „eindeutiges“ biologisches Geschlecht im Sinne von „sex“ nicht geben kann, da zwischen diesen drei Aspekten eine ganze Bandbreite an Variationen möglich ist.

Das soziale Geschlecht stellt die sozialen Erwartungen an und kulturellen Vorstellungen von Männern/Männlichkeit und Frauen/Weiblichkeit dar. Wie an ihrer kulturellen und historischen Bedingtheit deutlich wird, ist das soziale Geschlecht eher wandel- und veränderbar als das körperliche, obwohl auch dieses viel mehr Veränderungsspielraum birgt, sobald die unterschiedlichen auf das somatische Geschlecht bezogenen physiologischen Prozesse mitgedacht werden. In westlich-industrialisierten Gesellschaften wird das (soziale) Geschlecht eines Menschen als eine von zwei möglichen Ausprägungen eines Geschlechterdualismus gesehen. Dieses wiederum ist nur sehr schwer veränderbar. In Anlehnung an Garfinkel gehen Keßler und McKenna (1978) von einem „folk model“ von Geschlecht aus, welches sich in folgenden Annahmen äußert: Es gibt nur zwei Geschlechter, welche über die Zeit intraindividuell nicht veränderbar sind und für die die Genitalien das essentielle Indiz darstellen.

Ausnahmen können nicht ernsthaft, sondern müssen scherz- oder krankhaft sein und ein Geschlechtswechsel ist nicht möglich, höchstens in rituellen Inszenierungen. Letztendlich muss jede Person einem Geschlecht zugeordnet werden, weil es keine geschlechtslosen Fälle geben darf, da die Dichotomisierung von männlich und weiblich als natürlich aufgefaßt wird (Lang, 2006). Dass körperliches und soziales Geschlecht unabhängig voneinander in mehr als zwei Ausprägungen existieren können, wird allein durch die Existenz von inter- und transgender Menschen deutlich. Während erstere durch Uneindeutigkeit im körperlichen Geschlecht nicht in eine von zwei Geschlechterrollen eingeordnet werden können, zeigen letztere, dass ein Wechsel des Geschlechts auf allen Ebenen und zeitlich unabhängig voneinander möglich ist. Wie an diesen Beispielen deutlich wird, hängen „sex“ und „gender“ miteinander zusammen und beeinflussen sich wechselseitig, weshalb eine strikte Trennung zwischen ihnen hinderlich ist, Geschlecht ganzheitlich zu denken.

Der terminologische Ansatz in dieser Arbeit versucht das Zusammenspiel von „sex“ und „gender“ zu verdeutlichen. Dementsprechend wird beispielsweise der Begriff Genderdysphorie dem deutschen Geschlechtsdysphorie vorgezogen, da dieser deutlicher macht, dass es sich dabei um ein psychosoziales Phänomen und kein rein körper-medizinisches handelt.

Die folgenden Ausführungen zum sog. psychischen Geschlecht beziehen sich auf Schweizer und Richter-Appelt (2012). Wie sie zusammenfassen stellt es das erlebte und gelebte Geschlecht eines Menschen dar und wird weiter unterschieden in die drei Konzepte Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle und sexuelle Orientierung. Die Geschlechtsidentität meint, wie weiter oben beschrieben, das subjektive Geschlechtererleben einer Person. Das Zusammenspiel mit dem sozialen Geschlecht wird dagegen vor allem bei der Geschlechtsrolle deutlich, in der das kulturell und sozial erwartete, und den kulturspezifischen Geschlechtsrollenstereotypen entsprechende Verhalten seinen Ausdruck findet. Sexuelle Orientierung (auch sexuelle Präferenz) stellt

die Präferenz einer Person bei der Wahl ihrer Sexualpartner_innen² dar. Mit ihr hängt die sexuelle Identität einer Person zusammen, die sich erst in der Adoleszenz entwickelt und die das subjektive Selbsterleben eines Menschen als homo-, hetero-, bi- oder asexuell bezeichnet, wobei auf die identitätsstiftende Funktion der sexuellen Präferenz hingewiesen wird. Bezogen auf die weiter oben beschriebene Unterscheidung von „sex“ und „gender“, bringt der Begriff der sexuellen Identität das Problem mit sich, dass vorerst unklar bleibt, ob er sich auf die sexuelle Orientierung oder auf das Erleben der eigenen körper-geschlechtlichen Identität bezieht, da er im Englischen auch zur Kennzeichnung der Geschlechtsidentität (sexual identity im Sinne von gender identity) herangezogen wird (Schweizer & Richter-Appelt, 2012).

Analog zur Unterscheidung von „sex“ und „gender“ könnten auch Transsex(ualität) und Transgender betrachtet werden. Transsexualität auf das körperliche Geschlecht zu reduzieren und Transgender von körperlichen Aspekten vollständig zu trennen und allein auf die sozialen zu beschränken, wäre allerdings eine starke Vereinfachung. Sowohl der historisch ältere Begriff der Transsexualität³, als auch der jüngere Transgender haben im Laufe der Entwicklung einige Wandlungen erfahren.

Transsexualität geht wie Transvestitismus⁴ auf den deutschen Sexualforscher Magnus Hirschfeld (1868-1935) zurück, der Transsexualismus 1923 in seinem *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen* zum ersten Mal erwähnte (Nieder & Richter-Appelt, 2011), wobei er aber noch keine differenzierte Abgrenzung zu Transvestitismus und effimierter Homosexualität aufwies (Cohen-Kettenis & Gooren, 1999). Der Begriff wurde von ihm schon 1913 „erfunden“, als es im

² Der Unterstrich, nach Hermann (2003) „performing the gap“ genannt, beschreibt ein Konzept des sprachlichen Umgangs mit allen Individuen, die sich in der binären Geschlechterordnung nicht wiederfinden. Da sie in der zweigeschlechtlichen Sprache unsichtbar sind, soll „_“ den Ort darstellen, an dem sie sichtbar werden können (Herrmann, 2003).

³ Der Begriff der Transsexualität ist im Laufe der Zeit immer wieder kritisiert und neu definiert worden. Vereinfacht kann sie verstanden werden als ein Prozess, in dem eine Person Aspekte ihres körperlichen Geschlechts an ihre eigene Geschlechtsidentität anpasst. Für eine ausführliche Diskussion, siehe Kapitel 1.4

⁴ Transvestitismus bezieht sich auf das Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung, ohne sich einem anderen Geschlecht als dem bei Geburt zugewiesenen zugehörig zu fühlen (Sternchen & Steine, 2012).

Umfeld des Kaisers zu einem Skandal durch homosexuelle Handlungen gekommen war und er befürchtete, diese effiminiert (d.h. in Frauenkleidern) auftretenden homosexuellen Männer könnten seine Bemühungen, den Paragraphen 175 des Reichsstrafgesetzbuches (welcher Homosexualität unter Strafe stellte) abzuschaffen, gefährden. Daher wurden die auffälligeren Mitglieder, welche effiminiert erschienen, durch diesen neuen Begriff aus der Gemeinschaft der Homosexuellen ausgeschlossen (Pfäfflin, 2008).

Ab den 1940ern wurde der Begriff „Transsexualität“ dann im heutigen Wortgebrauch verwendet, um Personen zu beschreiben, die den Wunsch nach Angleichung des Körpers an ihr erlebtes oder gelebtes Geschlecht äußern (Cohen-Kettenis & Gooren, 1999). Wie weiter unten im Kapitel 1.2 noch ausführlich besprochen wird, waren die Begriffe Transvestitismus, Transsexualität und Geschlechtsidentität über die Zeit eng miteinander verbunden und dienten der gegenseitigen Abgrenzung von diagnostischen Kategorien.

Der Begriff Transgender entstammt dem medizinischen Diskurs der 1970er Jahre in den USA und ist somit der jüngste. Er bezieht sich auf alle Personen, die geschlechts-nonkonform im Sinne zweigeschlechtlicher Geschlechtsrollenstereotype leben, wie bspw. Cross-dresser⁵ oder Personen, die mit Geschlechterrollen spielen, wie Butch/Femme in lesbischen Kontexten oder Drag-Kings und -Queens. Nach Chrstos (2009) wechseln diese Menschen ihr soziales Geschlecht („gender“), nicht aber ihr körperliches („sex“). Problematisch ist die Vereinfachung in dieser Anschauung, da die Grenzen zwischen Transgender und Transsexualität fließend sind (Chrstos, 2009) und es mittlerweile sehr viele Menschen gibt, die ihren Körper nur „teilweise“ ihrer Geschlechtsidentität anpassen und somit keiner der beiden Kategorien entsprechen. Darüber hinaus ist nicht definiert, welche somatischen Aspekte verändert werden müssten, um von einem „kompletten“ körperlichen Geschlechtswechsel zu sprechen.

⁵ Unter cross-dressen ist das Tragen der Kleidungsstücke gemeint, die üblicher nur in der jeweils „anderen“ Geschlechtsrolle akzeptiert werden (Nieder & Richter-Appelt, 2012)

Im Zuge queerer Theoriebildung wurde eine zweite Unterscheidung zwischen transgender- und transsexuellen Personen vorgenommen. Während erstere durch ihren selbstbestimmten Umgang mit ihrem Geschlechtsausdruck zu Vorbildern queerer Geschlechter(de)konstruktion wurden, wurde Personen mit Transsexualität vorgeworfen, die heteronormative Matrix weiter zu verfestigen, da sie postoperativ konventionelle Geschlechterrollenstereotype bedienen würden (Chrstos, 2009). Auch diese Anschauung ist heute überholt, da durch veränderte Gesetzeslagen in einigen Ländern die sog. geschlechtsangleichenden Operationen nicht mehr vorgeschrieben sind, wenn eine Person ihren Vornamen oder Personenstand ändern lassen möchte. Dadurch kommt es heute viel häufiger zu „queeren Geschlechterkonstruktionen“, bzw. zu Geschlechtsentwicklungen, die im obigen Sinne nicht eindeutig Transgender oder Transsexualität zugeordnet werden können. Heute gilt Transgender als ein „Umbrella“-Begriff, unter dem alle Formen Geschlechts-nonkonformen Erlebens und Verhaltens subsumiert werden, auch die Transsexualität.

„Transgender is an umbrella term typically used to describe individuals who possess a gender identity different from their gender assigned at birth or experience their gender outside the limits of the gender binary.” (Kozee, Tylka, & Bauerband, 2012, S.179)

In diesem Sinne wird in dieser Arbeit vor allem von transgender-, transidenten-, gendernonkonform lebenden oder kurz Trans*Personen⁶ zu lesen sein. Von transsexuellen Personen wird nur gesprochen, wenn auf den medizinischen Diskurs Bezug genommen wird oder es der Eigenwahrnehmung der Person entspricht.

1.2 Von Transsexualität zu Genderdysphorie

Berichte über Menschen, die in einer Geschlechtsrolle leben, die nicht ihrem bei Geburt zugeschriebenen Geschlecht entspricht, gibt es aus den unterschiedlichsten Epochen und Regionen. Sie können, vereinfacht, als Transgenderpersonen bezeichnet werden. Entscheidend ist aber nicht allein ihr

⁶ Das Sternchen „*“ wird gebraucht wie der Unterstrich „_“, um denjenigen einen Raum zu geben, die in der Sprache sonst unsichtbar blieben. Siehe auch S. 3

Status als Transgender, sondern, ob sie unter der Diskrepanz zwischen er-/erlebtem und körperlichem Geschlecht leiden. Erst wenn es zu Konflikten mit der eigenen Geschlechtsidentität und/oder körperlichen Merkmalen kommt, ergibt sich das Motiv Kontakt zum klinisch-medizinischen Bereich aufzunehmen. In diesem Falle wird heute von Geschlechtsdysphorie gesprochen (genauer wäre Genderdysphorie, siehe Kapitel 1.1).

Eine in diesem Zuge häufig verwendete Beschreibung ist die des „Falschen Körpers“, welches nach Hill (2008) schon in den frühesten Theorien von Sexualforscher_innen zum Thema Transsexualität beschrieben wurde. Schon in den 1860ern hat Karl Heinrich Ulrichs einen Fall von „einer Frau, gefangen in einem männlichen Körper“ beschrieben (Hill, 2008, S.150). Aber auch Harry Benjamin, der von vielen als Pionier auf dem Gebiet der Transsexualität angesehen wird und dessen Buch „The Transsexual Phenomenon“ als Klassiker gilt (Edgerton, 1973; Ihlenfeld, 1986), verwendete diese Geschichte, wenn er von Personen schrieb, “[...] who feel that their minds and their souls are ‚trapped‘ in the wrong bodies” (Benjamin, 1966, S.9).

Wirklich populär wurde die Geschichte vom falschen Körper durch George/Christine Jorgensen, einen amerikanischen Ex-GI, der 1952 als Mann nach Dänemark reiste, um als Frau in die USA zurück zu kehren. Wenn dies auch nicht der erste Fall einer geschlechtsangleichenden Operation war, so war es doch der erste, der medial populär wurde. Jorgensen schrieb ihre Biographie (1967) (Hill, 2008) und ihre Ärzte veröffentlichten eine Arbeit über ihre Behandlung (Drescher, 2010). Auch sie und ihre Ärzte bedienten sich dieser Geschichte einer Person, die „innerlich“ weiblich und „äußerlich“ männlich ist (Hill, 2008). Es ist das zu dieser Zeit charakteristische Merkmal transsexueller Biographien, da es einer Diagnose (und damit einer Krankheit/ Störung) nahe kommt, durch welche wiederum eine Behandlung durch Mediziner_innen/Therapeut_innen legitimiert werden kann.

In den 1950er und 60er Jahren gab es in den USA und Europa noch keine Gender-Kliniken im heutigen Sinn. Der Zugang zu einer somato-medizinischen Behandlung für Personen, denen eine psychische Störung attestiert wurde, war durch sogenannte „Gatekeeper“, medizinisches Personal, welches die

Zulassung zu einer Behandlung kontrollierte, versperrt. Operationen an körperlich gesunden Menschen waren größtenteils verboten, es handelte sich dabei noch um experimentelle Verfahren, welche nicht von Krankenkassen übernommen wurden. Dementsprechend radikal war das Vorgehen einiger Betroffener wie Jorgensen, die um die halbe Welt reiste, um eine Behandlung zu bekommen, die sie nach Eigendiagnose für die einzig hilfreiche erachtete. Durch ihre Biographie und ihre Behandlung bei bzw. in Zusammenarbeit mit Harry Benjamin wurde sie zum Vorbild und zur Ansprechperson vieler genderdysphorischer Menschen. Im Zuge der Entwicklung von „Gender Reorientation“ - Programmen mussten potentielle Patient_innen Auswahlprozesse durchlaufen, um sich auf „Tauglichkeit“ zur Behandlung testen zu lassen. Durch Benjamins definitorische Arbeiten und Jorgensens Autobiographie erfuhren Transgenderpersonen im ganzen Land (und in weiterer Folge fast auf der ganzen Welt) von dem Prozedere und den Kriterien, die sie erfüllen mussten, um zu einer Behandlung zugelassen zu werden (Hill, 2008). So entstanden die „Biographien“ von „echten Transsexuellen“.

Hill diskutiert mögliche Gründe für diese stereotypen Erzählungen, mit denen Transgenderpersonen in dieser Zeit an Behandler_innen herangetreten sind. In den 1960ern galt Homosexualität noch als unheilbare psychische Krankheit, während „Transsexualität“ mit medizinischen Maßnahmen heilbar sein sollte (Hill, 2008). Weiterhin sei der Kontakt zu Benjamin in vielen Fällen über Jorgensens Buch entstanden (Benjamin hatte das Vorwort dazu geschrieben), wodurch diese Personen einem Vorbild folgen konnten, dem schon geholfen worden war, so sie eine möglichst ähnliche Geschichte erzählten. Und Jorgensen bestand darauf, nicht homosexuell zu sein. Sie machte die Erzählung vom „falschen Körper“ populär, ebenso wie das Bild einer stereotypen Hausfrau mit einem durchschnittlichen Ehemann als Lebenstraum einer jeden „echten“ (transsexuellen) Frau (Hill, 2008).

Benjamin, der eine Vielzahl von transsexuellen Biographien hörte, unternahm die Unterscheidung zwischen „Transvestiten“ und „Transsexuellen“, bzw. „unechten“ und „echten Transsexuellen“. Nur letzteren attestiert er das Gefühl, im falschen Körper zu leben, und beschreibt dies in „The Transsexual Phenomenon“ folgendermaßen:

„He lives only for the day when his ‘female soul’ is no longer being outraged by his male body, when he can function as a female - socially, legally, and sexually.”
(Benjamin, 1966, S.13)

Damit beschreibt er einerseits das Stereotyp eines „echten Transsexuellen“, welches dann von Anwärt_innen für die Zulassung zu einer Behandlung stetig repliziert wird. Andererseits beschreibt er den enormen Leidensdruck von Personen, die ihr körperliches Geschlecht an ihre Geschlechtsidentität angleichen wollen und dies nicht alleine können.

Um zu entscheiden, welche Person zu einer Behandlung zugelassen wird und welche nicht, gab es nur wenige Kriterien. So galten nach Benjamins Unterscheidung „echte Transsexuelle“ gemeinhin als gute Kandidat_innen für ein postoperativ unauffälliges Leben als „normale Frau“ bzw. „normaler Mann“. Damit waren Personen gemeint, deren Äußeres schon präoperativ dem Wunschgeschlecht ähnelte, die bezogen auf dieses heterosexuell waren und die idealerweise auch noch heiraten wollten; kurz: die sich gut in eine heteronormative Gesellschaft eingliedern ließen (Nieder & Richter-Appelt, 2011).

Nachdem sich auch in Kliniker_innen-Kreisen herumgesprochen hatte, dass die Unterscheidung in „echte“ und „unechte Transsexuelle“ zu den zahlreichen „auswendig aufgesagt“ anmutenden Lebensgeschichten führte, hat das Team um Norman Fisk im Stanford University Gender Reorientation Program den beschreibenden Begriff „Gender Dysphoria Syndrome“ eingeführt (Fisk, 1973, S.7). Mit ihm sollten alle sich vorstellenden Personen grob unter einer Kategorie zusammengefasst werden, was für potentielle „Patient_innen“ den Druck eine perfekte Biographie und die „richtigen“ Symptome zu zeigen, verringern sollte.

In der Anfangsphase (1968) dieses Programms wurden aufgrund mangelnder Erfahrung und zur Steigerung der Erfolgchancen der Kandidaten und des Programms selbst vor allem „textbook cases“ von Transsexualität zur Behandlung aufgenommen (Fisk, 1973, S.8). Aufgabe war also, die „klassischen“ Symptome einer Transsexualität herauszufiltern, welche sich auf drei Kategorien beschränkten: (1) das lebenslang anhaltende Gefühl dem „anderen Geschlecht“ anzugehören, (2) schon frühes und dauerhaftes „cross-dressing“, welches ausdrücklich keine erotische Komponente beinhaltet (als

Abgrenzung zu Transvestitismus als Fetisch) und (3) eine Abscheu vor Homosexualität. Da sich dieses Vorgehen unter den potentiellen Kandidat_innen schnell herumsprach, boten sie den Kliniker_innen genau die Biographien, die für einen positiven Ausgang des Auswahlverfahrens nötig waren und fügten sich so in eine Diagnose ein, die sich selbst noch in einem Entwicklungsprozess befand.

Neben somato-medizinischer Behandlung gab es auch eine sozialtherapeutisch ausgerichtete Abteilung im Stanford University Gender Reorientation Program, in der vor allem soziale Aspekte des „Geschlechtswechsels“ im Mittelpunkt standen. Als Auffangbecken für solche Fälle geplant, die nicht ins Programm aufgenommen werden sollten, an dem aber auch post-operative Personen teilnahmen, stellte sich bald die große Heterogenität unter den Teilnehmenden heraus (Fisk, 1973). Viele erfüllten die Kriterien der Diagnose Transsexualität nicht genau genug, um zu somato-medizinischen Maßnahmen zugelassen zu werden, waren aber weder psychotisch, noch hatten sie andere schwerwiegende psychische Störungen. Andere waren durch an das Zulassungsregime angepasste Biographien ins Programm gekommen ohne wirklich die Kriterien zu erfüllen. So stellte sich heraus, dass das Auswahlverfahren auf die falschen Aspekte fokussierte. Was aber alle gemeinsam hatten, war die deutliche Belastung durch ihr anatomisches, genetisches und bei Geburt zugeschriebenes Geschlecht und das intensive Bemühen darum, dieses zu ändern. Da es für die Kliniker_innen offensichtlich erschien, dass diese Personen in der Geschlechtsrolle ihrer Wahl wesentlich besser zurechtkamen als in der ihnen zugewiesenen, benutzten sie fortan die Bezeichnung „gender dysphoria syndrome“ (einen Begriff, der für das DSM-5 wieder aufgegriffen wurde (siehe Kapitel 1.4)) als erste Diagnose mit zusätzlichen Unterdiagnosen zur Differenzierung (Fisk, 1973). Dieser Begriff sollte vor allem ein deskriptiver sein, der auf unterschiedliche klinische Situationen und auf die verschiedenen Symptome und Verhaltensweisen von Personen anzuwenden sei, die „gender reorientation, including surgical sex conversion“ suchten (Fisk, 1973, S.7).

Es wurden vier bis fünf postoperative Unterkategorien unterschieden, die auf die Ätiologie verweisen sollten. Die erste entsteht nach Fisk (1973) aus

effimierter Homosexualität, wobei die „Effimiertheit“ in unterschiedlicher Ausprägung auftreten kann, es zu keinem kindlichen cross-dressing kommt und die Homosexualität im Vordergrund steht. Die zweite mit Genderdysphorie in Zusammenhang stehende Subkategorie ist Transvestitismus, wobei mit ihm keine erotische Erregung einhergeht und Homosexualität sowie Heterosexualität gleichermaßen vorkommen kann. In den letzten drei Subkategorien geht es um die selteneren Fälle von Persönlichkeitsstörungen, aktuelle oder vergangene Psychose-Erfahrungen und exhibitionistisch-soziopathische Personen (Fisk, 1973). Die meisten allerdings sind Personen, die den ersten beiden Kategorien zugeordnet werden können. Fisk zu Folge fügen diese sich allzu bereitwillig in die Diagnose der Transsexualität ein, was den Grund hat, wie auch Mehl (1973) glaubt, dass die als moralisch verwerflich geltende Homosexualität und der als Fetischismus bezeichnete Transvestitismus schwerer zu ertragen seien als eine vermeintlich „heilbare“ Transsexualität. Hier zeigt sich, dass zu dieser Zeit eine Gegenüberstellung von Homosexualität und Transsexualität üblich war. Beide stellten psychiatrische Erkrankungen dar, die differentialdiagnostisch auseinander gehalten wurden. Sie wurden nur dann zusammen gebracht, wenn es um die Unterscheidung „echter“ und „unechter Transsexueller“ ging, da analog zu Benjamin, nur Personen die auf das Identifikationsgeschlecht bezogen hin heterosexuell waren als „echt“ transsexuell galten (s.o.).

Wie sich in den letzten Absätzen andeutet, entstammte die fast zwanghafte Festlegung auf Auswahlkriterien für „geeignete Kandidat_innen“ vor allem der Angst der (fast ausschließlich männlichen) Kliniker, Falschentscheidungen zu treffen und dadurch ihren Beruf aufs Spiel zu setzen. Es gab noch keine Diagnose, keine Behandlungsrichtlinien oder gesetzliche Rahmenbedingungen. In diesem Sinne stellt Fisks deskriptives Gender Dysphoria Syndrome eine Verbesserung innerhalb der strikten Auswahlprozesse dar, da es beiden Seiten mehr Zeit für Entscheidungen ermöglichte. Die 1979 gegründete „Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association“ (HBIGDA) trug Fisks Konzept Rechnung. Benjamin selbst befasste sich zwar vorrangig mit der Terminologie von Transvestitismus und Transsexualismus, nahm aber Genderdysphorie in den Namen dieser Organisation auf. Im Jahr 2006 wurde

die Gesellschaft umbenannt in World Professional Association of Transgender Health (WPATH), wodurch sie nicht mehr an Harry Benjamin persönlich gebunden ist und das pathologische Konzept der Genderdysphorie dem Umbrella-Begriff Transgender gewichen ist⁷. Sie verfolgt die Optimierung der Versorgung von Bedürfnissen genderdysphorischer Personen und leitete mit ihrer aktuellen Version der „Standards of Care“⁸ einen Paradigmenwechsel ein. Es geht heute nicht mehr um die Begutachtung und Selektion potentieller Anwärt_innen für medizinische Maßnahmen, sondern um die bestmögliche Behandlung der Geschlechtsdysphorie mit dem Ziel eine gute psychische und sexuelle Gesundheit zu ermöglichen (Richter-Appelt, 2012).

1.3 Definitionen von Genderdysphorie

Parallel zu den im nachfolgenden Kapitel vorgestellten DSM-Diagnosen hat sich Fisks Genderdysphorie in vielen wissenschaftlichen Arbeiten durchgesetzt. Sie ist breiter angelegt, hat keine zu erfüllenden Unterkriterien und stellt den gemeinsamen Nenner aller Personen dar, die mit einem Problem bzgl. ihres Geschlechtsempfindens in eine Gender-Klinik gehen.

Kuiper und Cohen-Kettenis (1988) beschreiben Genderdysphorie wie folgt:

Gender Dysphoria is defined as „a sense of discomfort, which the person in question ascribes to the incongruence between his/her gender identity (subjectively experienced gender) on the one side and his/her gender role and physical gender (primary and secondary sex characters) on the other side.“ (S.440)

Für sie stellt Transsexualität eine extreme Ausprägung der Genderdysphorie dar, die sich durch den Wunsch der Betroffenen auszeichnet, von den eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmalen befreit zu werden und vollständig als eine Person des Wunschgeschlechts leben zu können.

Etwas genauer beschreiben de Vries, Cohen-Kettenis und Dellemarre-van de Waal (2006) später:

„*Gender dysphoria* refers to distress caused by discrepancy between sense of self (gender identity) and the aspects of the body associated with sex/gender, other

⁷ Für mehr Informationen, siehe: <http://www.wpath.org/>

⁸ Siehe: http://www.wpath.org/publications_standards.cfm

people's misidentification of one's gender, and the social roles associated with gender." (Hervorhebung im Original) (S.83)

Genderdysphorie ist also das Leiden unter dem eigenen körperlichen Geschlecht und die Identifikation mit der Geschlechtsrolle des binär gedachten anderen Geschlechts. In ihrer extremen Form wird die Genderdysphorie zur Transsexualität bei der die Ablehnung des eigenen Körpers so weit gesteigert ist, dass körpermedizinischen Maßnahmen zur Änderung des körperlichen Geschlechts abgestrebt werden.

Nieder und Richter-Appelt (2012) unternehmen in Anlehnung an die Neuerungen im DSM-5 eine andere Unterscheidung zwischen Transsexualität und Genderdysphorie: Transsexualität wird hier als eine „transsexuelle Entwicklung“ verstanden, die Lebensverläufe beschreibt, innerhalb derer das Geschlechtsidentitätserleben einer Person nicht mit seinen/ihren angeborenen körperlichen Geschlechtsmerkmalen übereinstimmt. Dies stellt ihnen zu folge eine Normvariante menschlich-geschlechtlichen Erlebens und Verhaltens dar und ist nicht per se zu pathologisieren. Erst die Genderdysphorie, als „Leiden“ unter dieser Entwicklung zu verstehen, bietet die Grundlage einer Behandlung.

„Der Begriff ‚Geschlechtsdysphorie‘ (engl.: gender dysphoria) bezeichnet die als belastend erlebte Unvereinbarkeit von Identitätserleben und geschlechtstypischer körperlicher Erscheinung.“ (Nieder & Richter-Appelt, 2012, S.61)

Geschlechts- und Genderdysphorie werden in dieser Arbeit synonym verwendet. Da der Begriff Gender die einzelnen Aspekte von Geschlecht (sozial, psychisch, kulturell, aber auch seine Verwobenheit mit körperlichen Anteilen) deutlicher macht, wird hauptsächlich von Genderdysphorie gesprochen.

Obwohl alle Definitionen von Genderdysphorie auf Fisk zurückgehen, erscheint es wesentlich, die Unterschiede zwischen den verschiedenen Arbeitsgruppen herauszuarbeiten, die den Wandel von einer als pathologisch betrachteten Inkongruenz zwischen Geschlechtserleben und körperlicher Erscheinung hin zum Verständnis des Leidens unter dieser Inkongruenz begleitet haben.

In dem Team um Peggy Cohen-Kettenis hat sich in den 1980er und 90er Jahren eine Definition herauskristallisiert, die - Fisk am nächsten -

Genderdysphorie als Syndromkomplex versteht, von dem Transsexualität die extremste Ausprägung darstellt. Aus ihr entstand eines der ersten Instrumente zur expliziten Erfassung von Genderdysphorie, die „Utrecht Gender Dysphoria Scale“, die im Methodenteil ausführlich beschrieben wird. Auch heute noch wird Genderdysphorie als umfassende Kategorie gebraucht und Transsexualität bzw. die aktuelle DSM-IV-Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung als ihre extremste Ausprägung aufgefasst (Kreukels et al., 2010).

Demgegenüber hat das Team um Kenneth Zucker (Deogracias et al., 2007; Singh et al., 2010) einen Ansatz gewählt, der Genderdysphorie als einen Pol eines Kontinuums darstellt, an dessen anderem Ende Geschlechtsidentität steht. Auch diese Konzeption bezieht sich auf Fisk, allerdings wird Genderdysphorie explizit als Gegenstück von Geschlechtsidentität verstanden. Geschlechtsidentität wird hier im Sinne Stollers als das basale Verständnis einer Person von sich selbst als männlich oder weiblich betrachtet, während Genderdysphorie die subjektive Belastung einer Person im Zusammenhang mit ihrer unklaren Geschlechtsidentität darstellt (Deogracias et al., 2007).

„[...] we conceptualized gender identity/gender dysphoria as a bipolar continuum with a male pole and a female pole and varying degrees of gender dysphoria, gender uncertainty, and gender identity transitions between the poles.“ (Deogracias et al., 2007, S.371)

Zudem setzen Deogracias et al. (2007) Geschlechtsidentität und -dysphorie in Zusammenhang mit einer bipolaren Konzeption von Geschlecht. Auf dieses Konstrukt wird im Methodenteil noch genauer eingegangen, wenn das von dieser Arbeitsgruppe konzipierte Instrument zur Erfassung von Genderdysphorie vorgestellt wird.

Während die einen Genderdysphorie also als eine Art „Syndrom“ verstehen, in welches Transsexualität/ Geschlechtsidentitätsstörung eingeschlossen wird, sehen die anderen sie als pathologische Gegenseite zur gesunden Geschlechtsidentität, womit sie quasi als das Leiden unter der eigenen Geschlechtsidentität verstanden wird.

Das Team um Hertha Richter-Appelt wiederum entkoppelt, in Anlehnung an die DSM-5-Konzeption, Genderdysphorie von Transsexualität, welche als Entwicklung entpathologisiert wird (Nieder & Richter-Appelt, 2012). Gleichzeitig

wird Geschlechtsidentität nicht auf ein bipolares Geschlechtskontinuum beschränkt, sondern beschrieben als „das subjektive Geschlechtererleben eines Menschen, wonach dieser sich männlich, weiblich oder anders, z.B. zwischengeschlechtlich fühlen kann“ (Schweizer & Richter-Appelt, 2012, S.24). Die Diskrepanz zwischen Geschlechtsidentität und körperlichen Geschlechtsmerkmalen wird zur Genderdysphorie, sobald sie als belastend erlebt wird.

Bezogen auf die Praxis und den Umgang mit genderdysphorischen Personen haben Nieder und Richter-Appelt (2012) zusammengefasst, dass nun nicht mehr die Transsexualität, sondern die Geschlechtsdysphorie behandelt würde, wobei die Geschlechtsrollen-Nonkonformität als nicht-pathologisch anzuerkennen sei. Sie sprechen in diesem Kontext von der weiter oben beschriebenen transsexuellen Entwicklung.

„Transsexuell wird diese Entwicklung, wenn die Person das Bedürfnis hat, gemäß ihres Geschlechtsidentitätserlebens wahrgenommen zu werden, und dieses Ziel mit Mitteln der somatischen Medizin (z.B. Behandlung mit Sexualhormonen, chirurgische Eingriffe) verfolgt.“ (Nieder & Richter-Appelt, 2012, S.61).

Im Intersex-Diskurs wird Genderdysphorie ebenso als Belastung ausgelöst durch „conflicting gender identity and assigned sex“ beschrieben (de Vries et al., 2007), wobei hier von einigen kritisiert wird, dass Geschlechtsidentität/en und Körper von intersexuellen Personen pathologisiert werden und nicht klar sei, ob es nicht vielmehr die Reaktion der Umwelt auf geschlechtliche Uneindeutigkeit ist, die diese Personen leiden lässt. Genderdysphorie wird hier als Gegenstück zur binär angelegten Geschlechtsidentität verstanden und als diskriminierend wahrgenommen. Personen mit untypischer somatischer Geschlechtsentwicklung, die sich nicht eindeutig männlich oder weiblich erleben, sehen sich so in die einzig mögliche dritte Kategorie „Dysphorie“ gezwängt (Schweizer & Richter-Appelt, 2012).

Zusammenfassend kann von drei Konzeptionen von Genderdysphorie gesprochen werden, die in dieser Arbeit verwendet werden. Nach Cohen-Kettenis und Mitarbeiter_innen wird Genderdysphorie als Abneigung des eigenen Körpers und als gegengeschlechtliche Geschlechtsrollenidentifikation verstanden. In ihrer extremen Ausprägung wird sie zur Transsexualität, die sich

durch den Wunsch nach geschlechtsangleichenden medizinischen Maßnahmen auszeichnet.

Die bipolar angelegte Konzeption von Genderdysphorie von Zucker und Mitarbeiter_innen, beschreibt diese als Problem mit der eigenen Geschlechtsidentität und postuliert sie als ihr Gegenstück. Zuletzt kommt die neue Konzeption des DSM-5 hinzu (welche im nächsten Kapitel noch eingehend diskutiert wird) derzufolge Genderdysphorie das subjektive Leiden unter der Diskrepanz zwischen körperlichen Geschlechtsmerkmalen und eigenem Geschlechtsempfinden beschreibt, die auch unabhängig von der transsexuellen Entwicklung existieren kann.

1.4 Entwicklung der Diagnosen in DSM und ICD

Während in den 1960er und 70er Jahren der Fokus auf dem Gender Dysphoria Syndrome und dessen Klassifikation mitsamt Unterdiagnosen lag, hat sich das Augenmerk später vermehrt auf die Geschlechtsidentität als Diagnoseinhalt gerichtet.

Erstmals erschien die Diagnose „Transsexualism“ unterschieden von „Gender Identity Disorder of Children“ im DSM-III 1980 (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010). Beide gehörten im DSM-III-R anstatt zu psychosexuellen Störungen zu den Achse-II Störungen „typically beginning in infancy, childhood or adolescence“ (u.a. Persönlichkeitsstörungen) (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010, S.499). In der Revision wurden noch weitere Diagnosen hinzugenommen: „Gender Identity Disorder of Adolescence or Adulthood, Nontranssexual Type“ (GIDAANT) für Transgenderpersonen, die keine Operationen wünschen, und „Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified“ (GIDNOS) für diejenigen, die nicht alle spezifischen Kriterien erfüllen (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010, S.499).

In der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 9“ (ICD-9) gab es „Transsexualism“ als Diagnose schon 1978 zusammen mit „Transvestic Fetishism“ und „Gender Identity Disorder in Children“ im Abschnitt "Neurotic Disorders, Personality Disorders, and other nonpsychotic Mental Disorders" unter der Position 302 „Sexual and Gender Identity Disorder“, neben „Ego-dystonic Sexual Orientation“, „Exhibitionism“,

„Zoophilia“ und „Pedophilia“⁹. Seit 1991 ist die aktuelle Version ICD-10 gültig, in der „Transsexualismus“ eines von fünf Symptombildern unter der Kategorie F64 „Störungen der Geschlechtsidentität“ darstellt, welche zu den „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ gezählt werden. Die anderen vier Diagnosen lauten „Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“, „Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters“, „Sonstige Störungen der Geschlechtsidentität“, „Nicht näher bezeichnete Störung der Geschlechtsidentität“ und „Fetischistischer Transvestitismus“.

In dem seit 2000 gültigen DSM-IV-TR gibt es derzeit nur eine Diagnose: „Gender Identity Disorder“ (GID) (mit einer Unterscheidung zwischen Kindern und Jugendlichen/ Erwachsenen), welche auf der Achse-I unter „Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität“ geführt wird und die sich auf verschiedene Weise entwickeln, sowie unterschiedliche Level der Intensität annehmen kann. Obwohl sich die Position im DSM und die Namen der Diagnose in den verschiedenen Versionen immer wieder verändert haben, blieb als Kern die Belastung, ausgelöst durch das zugeschriebene Geschlecht, bestehen (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010).

Hier gehen laut DSM eine starke und zeitlich überdauernde Identifizierung mit „dem anderen“ Geschlecht mit dem Unbehagen, ausgelöst durch die geschlechtlichen Merkmale des eigenen Körpers, einher, was auch im Glauben resultieren kann, im falschen Geschlecht geboren worden zu sein. In jedem Fall führt der Zustand der gegengeschlechtlichen Identifizierung zu klinisch relevantem Leiden und Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen des Lebens.

Die APA (2000) definiert psychische Störungen generell folgendermaßen:

„Each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with present distress (e.g., painful symptom) or disability (i.e., impairment in one or more important areas of functioning) or with a significant increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom. In addition, this syndrome or pattern must not be merely an expectable and culturally sanctioned response to a particular event, for example the death of a loved one. Whatever its original cause, it must currently be considered a manifestation of a behavioral,

⁹ Für ausführlichere Informationen siehe:
<http://icd9cm.chrisendres.com/index.php?action=child&recordid=2480>

psychological, or biological dysfunction in the individual. Neither deviant behavior (e.g., political, religious, or sexual) nor conflicts that are primarily between the individual and society are mental disorders unless the deviance or conflict is a symptom of a dysfunction in the individual, as described above.” (APA, 2000, S.31)

Hier wird also beschrieben, dass psychische Störungen aus dem Individuum selbst hervorgehen und nicht allein Reaktion auf äußere Umstände sein dürfen. Mit vielen Diagnosen geht jedoch ein soziales Stigma einher, welches zu klinisch relevantem Leiden führen kann. Nach Bockting (2009) ist das Risiko und die Schwere eines solchen Stigmas bei GID sogar stärker, da es die Identität einer Person betreffe. Während es Forschung zu Stigmatisierung der Diagnosen Schizophrenie und „Borderline“ gebe, seien die stigmatisierenden Effekte von GID noch nicht ausreichend beforscht worden (Bockting, 2009). Kritisiert wird weiterhin, wie Bockting (2009) zusammenfasst, dass GID nicht die oben angeführte Definition von psychischen Störungen erfülle, da die Belastung nicht im Individuum selbst liege, sondern aus einem Konflikt zwischen der eigenen Geschlechtsidentität und den von der Gesellschaft normativ durchgesetzten Geschlechtsrollenerwartungen entstehe.

Einige Autoren halten diesen Konflikt, die Stigmatisierung und Diskriminierung von gender-nonkonform lebenden Menschen sogar für die eigentliche Ursache ihres klinisch relevanten Leidens (Lev, 2005; Sennott, 2010).

Vorschläge für Revisionen des DSM gibt es unzählige (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Fraser et al., 2010; Haraldsen et al., 2010; Hepp et al., 2005; Meyer-Bahlburg, 2010; Vance et al., 2010).

Beispielsweise haben Vance et al. (2010) weltweit die Meinungen von Transgenderorganisationen zur aktuellen GID-Diagnose erfragt. Etwa 55% der Befragten würden sie gänzlich abschaffen wollen, der einzige Grund sie dennoch zu erhalten, stellt die Finanzierung von Behandlungen durch die Krankenkassen dar. Die von ihnen vorgeschlagenen Änderungen für eine Revision der Diagnose betreffen vor allem folgende Punkte: „there needs to be an overhaul of the name, criteria, and language to minimize stigmatization of transgender individuals“ (Vance et al., 2010, S.1)

Im Mai 2013 soll das DSM-5 erscheinen¹⁰, in dem die Diagnose erneut revidiert wird. Sie soll nun „Gender Dysphoria in Adolescents and Adults“ heißen und einige Änderungen aufweisen¹¹. In die Überarbeitung flossen Vorschläge der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) ein und die Arbeitsgruppe¹² hat versucht, auch die Anliegen von „Transgender Advocates“ mit einzubeziehen, die oftmals für eine vollständige Entpathologisierung von Transgender eintreten (z.B. Schedlbauer, 2010).

Für den Umgang mit Jugendlichen wurde empfohlen, sich auf drei Kriterien für die Diagnose zu konzentrieren (Haraldsen et al., 2010): (1) Die anhaltende wahrgenommene Inkongruenz zwischen erlebtem/gelebtem und bei Geburt zugewiesenem Geschlecht. (2) Eine klinisch relevante Belastung, die zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen des Lebens führt und nicht allein durch äußere Einflüsse wie Diskriminierung, Stigmatisierung und Vorurteile zu erklären ist. (3) Die Symptome sind nicht durch eine andere medizinische oder psychische Störung zu erklären. Sie sind nicht Ausdruck von Gender-Nonkonformität oder der Schwierigkeit, sich an kulturelle Normen anzupassen, bzw. entsprechen nicht dem Wunsch, den Erwartungen subkultureller, familiärer oder sozialer Erwartungen zu genügen. Für Erwachsene wurden bis dato die ersten zwei Kriterien¹³ ebenso gebraucht.

Die Diagnose fokussiert nun auf die Dysphorie und nicht mehr auf Identität. Dies wird von Haraldsen und Kollegen damit begründet, dass die Identität oder „gender expression“ von Transgenderpersonen nicht per se pathologisch sei, sondern die wahrgenommene Inkongruenz von erlebtem und zugeschriebenem Geschlecht zur Dysphorie führe. Die Ursache liege (bei Jugendlichen) im Konflikt zwischen Identität, Anatomie und der sozialen Rolle (Haraldsen et al., 2010).

¹⁰ Für ausführlichere Informationen siehe: <http://www.dsm5.org/about/Pages/Timeline.aspx>

¹¹ Siehe: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=482#>

¹² Bestehend aus: Kenneth Zucker, Irving Binik, Ray Blanchard, Lori Brotto, Peggy Cohen-Kettenis, Jack Drescher, Cynthia Graham, Martin Kafka, Richard Krueger, Niklas Långström, Heino Meyer-Bahlburg, Friedemann Pfäfflin und Robert Taylor Segraves

¹³ Siehe: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=482#>

Psychrembel definiert Dysphorie als „Störung der Affektivität mit mislauniger, gereizter Stimmung“¹⁴, die aber nicht explizit als pathologisch anzusehen ist. Menschen, die sich als „gender variant“ beschreiben oder eine Inkongruenz zwischen ihrem gelebten und zugewiesenem Geschlecht erleben, können eine Dysphorie diesbezüglich entwickeln, die, je nach Stärke, dazu führen kann, eine Gender-Klinik aufzusuchen.

Es wurde empfohlen, die Diagnose von dem Identitätsbegriff zu entkoppeln (Fraser et al., 2010; Winters, 2005). Sowohl die aktuelle Diagnose GID, als auch die voraussichtlich zukünftige Genderdysphorie haben ein A- und ein B-Kriterium. Bei GID wird von einer (A) “strong and persistent cross-gender identification (not merely a desire for any perceived cultural advantages of being the other sex)”¹⁵ ausgegangen, die sich in Jugendlichen und Erwachsenen durch die folgenden Symptome zeigt: der ausdrückliche Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, dem gewünschten Geschlecht entsprechend behandelt oder ihm zugehörend wahrgenommen zu werden, sowie die Überzeugung, die typischen Gefühle/Reaktionen des anderen Geschlechts zu haben¹⁶. Darüber hinaus setzt die Diagnose voraus, dass ein (B) “persistent discomfort with his or her sex or sense of inappropriateness in the gender role of that sex”¹⁷ besteht, der einhergeht mit dem Wunsch, die eigenen Geschlechtsmerkmale durch operative Maßnahmen loszuwerden, und dem Gefühl, im falschen Geschlecht geboren zu sein. Hier wird der Geschichte des „falschen Körpers“ noch Rechnung getragen, welche weiter oben besprochen wurde. Darüber hinaus besteht eine Kopplung der Diagnose an die Behandlung mit der Folge, dass die Behandlung die Symptomatik nicht verringert, sondern bestätigt (Winters, 2005). Diese Kritik ist in die Revision mit aufgenommen worden.

Die Genderdysphorie wird nun definiert als (A) „a marked incongruence between one’s experienced/expressed gender and assigned gender, of at least

¹⁴ <http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?col=Pschyrembel>

¹⁵ <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=482>

¹⁶ Ebd.

¹⁷ Ebd.

6 months duration, as manifested by 2* or more of the following indicators.“¹⁸. Damit unterscheidet sich diese von der GID durch die Konzentration auf die Dysphorie und nicht mehr auf die Identität. Da bezweifelt wurde, dass die Identität von Transgenderpersonen zu pathologisieren sei (Haraldsen et al., 2010), ist diese Veränderung als entpathologisierend zu werten. Die wahrgenommene Inkongruenz kann sich in Form von Indikatoren z.B. auf die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale beziehen, sie kann auch mit dem Wunsch einhergehen, diese loszuwerden und die des gewünschten Geschlechts zu bekommen. Sie kann aber auch mit dem Wunsch verbunden sein, einem anderen (nicht „dem“ anderen) Geschlecht anzugehören oder als Angehöriger eines anderen Geschlechts behandelt zu werden, bzw. mit der Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionen eines anderen Geschlechts zu haben. Der Wunsch nach Geschlechtswechsel muss in dieser Diagnose also nicht mehr als Voraussetzung angenommen werden, wobei er durchaus bestehen kann. Erst im zweiten Teil der Diagnose kommt die pathologische Komponente zum Tragen. (B) “The condition is associated with clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning, or with a significantly increased risk of suffering, such as distress or disability.”¹⁹. Auch hier muss eine Pathologisierung nicht zwingend angenommen werden, da das signifikant erhöhte Risiko für Leiden und Beeinträchtigung ausreicht, um die Diagnose zu vergeben.

Eine weitere Veränderung besteht darin, dass Störungen der Geschlechtsentwicklung (zusammengefasst unter dem Begriff Intersexualität) nicht mehr ein Ausschlusskriterium, sondern vielmehr einen Subtyp der Diagnose darstellen. Genderdysphorie kann nun mit oder ohne Störungen der Geschlechtsentwicklung diagnostiziert werden. Die letzte Neuerung stellt die Spezifizierung „post-transition“ dar, womit gemeint ist, dass die Person dauerhaft im gewünschten Geschlecht lebt und mindestens eine geschlechtsangleichende Maßnahme (Hormonsubstitution oder Operation/en) durchlaufen hat.

¹⁸ Ebd.

¹⁹ <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=482>

Damit unterscheidet sich die Diagnose Genderdysphorie in vier wesentlichen Punkten von GID: (1) im Titel, der auf Dysphorie und nicht mehr auf Identität fokussiert, (2) im B-Kriterium, durch das das für eine psychiatrische Störung relevante Leid von der eigentlichen Diagnose abgekoppelt wird, (3) durch den neuen Subtyp „Störung der Geschlechtsentwicklung“ sowie (4) das Hinzunehmen von „post-transition“.

Obwohl die bestehende Diagnose GID eigentlich auch dimensional angelegt ist, so verweist sie doch wie „Transsexualismus“ im ICD-10 vorwiegend auf eine Extremposition (Kreukels et al., 2010). Die neue Diagnose Genderdysphorie stellt jetzt eher ein Kontinuum dar, auf dem mehr als zwei Positionen des Geschlechts eingenommen werden können (siehe auch: Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010) und welches nicht automatisch das Gegenteil von Geschlechtsidentität (siehe Deogracias et al. 2007 für das Team um Zucker) darstellen muss. Dementsprechend kann die Inkongruenz zwischen gelebtem und zugeschriebenem Geschlecht zu klinisch relevantem Leiden führen, muss sie aber nicht.

An dieser Stelle wird immer wieder kritisch angemerkt, dass klinisch relevantes Leiden oder andere psychopathologische Symptome allein auf die Genderdysphorie zurückgeführt werden und nicht berücksichtigt würde, inwieweit diese als Reaktion auf Stigmatisierung und Diskriminierung erst zustande kommen (u.a. Lev, 2005; Meyer-Bahlburg, 2010; Nieder & Richter-Appelt, 2012; Sennott, 2010). Eine Kritik, der in der aktuellen Konzeption von Genderdysphorie als DSM-5-Diagnose noch nicht Rechnung getragen wird.

Zusammenfassend wird deutlich, dass Genderdysphorie ein sehr komplexer Begriff ist, der zunächst als basale Gemeinsamkeit für eine heterogene Gruppe von Personen verwendet wurde, aus dem sich dann eine Vielzahl von ähnlichen, aber nicht identischen Definitionen entwickelte und der nun zu einer Diagnose wird, welche ihn seiner Einfachheit und damit seiner (klinischen) Alltagstauglichkeit beraubt.

1.5 Forschungskontext und Stand der Forschung

Genderdysphorie wird seit mehr als 30 Jahren als deskriptive Kategorie für Personen mit unterschiedlichen Problemen ihrer Geschlechtsidentität

gebraucht. Geschlechtsidentitätsstörung, Transsexualität und Genderdysphorie wurden dabei häufig synonym verwendet. Im Vordergrund standen vielfach Follow-up-Studien bei transgender Erwachsenen (Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1997; Johansson et al., 2010; Kuiper & Cohen-Kettenis, 1988; Lawrence, 2003; Olsson & Möller, 2006) und Kindern (Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Auch gibt es mittlerweile mehrere Reviews zu Ätiologie, Diagnose und Behandlung von Transsexualität (Cohen-Kettenis & Gooren, 1999), Lebensqualität nach (Murad et al., 2010) und Evaluation von geschlechtsangleichenden somato-medizinischen Maßnahmen (Sutcliffe et al., 2009). Dabei wird Genderdysphorie zumeist als eine von mehreren Variablen erfasst, die im Idealfall nach geschlechtsangleichender Behandlung zurück geht (z.B. Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1997).

Mit dem diagnostischen Prozess bei Personen, die erstmals eine Spezial-Klinik wegen Problemen mit der Geschlechtsidentität aufsuchen, befasst sich seit 2007 das „European network for the investigation of gender incongruence“ (ENIGI) (Kreukels et al., 2010), einem Forschungsverbund zwischen den Universitätskliniken Amsterdam, Gent, Hamburg und Oslo. Ziel des Forschungsverbundes ist eine höhere Transparenz in Diagnose und Behandlung von Gender-Inkongruenz²⁰.

Von einer dimensionalen Konzeption von Genderdysphorie nach Nieder und Richter-Appelt (2012) ausgehend, soll sich die vorliegende Arbeit im Rahmen des ENIGI-Projektes mit ihren diagnostischen Instrumenten auseinandersetzen. Von diesen werden vor allem zwei im Vordergrund stehen, welche Genderdysphorie dimensional erfassen sollen.

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die verschiedenen Definitionen von Genderdysphorie sowie deren historische und gesellschaftliche Bedingtheit zusammengetragen wurden, erscheint es obligat, sich mit ihrer Erfassung im klinischen Rahmen auseinanderzusetzen. Soll Genderdysphorie empirisch und klinisch eine relevante Kategorie darstellen (vor allem als Diagnose), dann ist ihre exakte Definition und Erfassung durch Messinstrumente unerlässlich. Da

²⁰ Kreukels et al. (2010) verweisen mit „Gender Incongruence“ auf die Vielfalt von Genderproblemen und benutzen GID nur für diagnostizierte Personen gemäß DSM-IV.

es aber, wie beschrieben, von diesen mehrere gibt, muss zunächst untersucht werden, welche Definitionen den jeweiligen Instrumenten zugrunde liegen. Daher wird untersucht, ob die beiden Instrumente das gleiche Konstrukt erfassen. Zudem sollen sie auf ihre Zusammenhänge mit einem dritten Fragebogen, welcher der Erfassung von unterschiedlichen Aspekten der Geschlechtsidentität dient, untersucht werden. Zum anderen ist von Interesse, ob die Instrumente in der vorliegenden Stichprobe Ergebnisse liefern, die mit denen der Literatur übereinstimmen, wodurch Aussagen über ihre Nützlichkeit gemacht werden können.

Abschließend soll untersucht werden, ob es Zusammenhänge zwischen Genderdysphorie und dem allgemeinen psychischen Wohlbefinden bei GID-diagnostizierten Personen gibt, da dies weiteren Aufschluss darüber geben kann, ob und wie Genderdysphorie eine pathologische Kategorie darstellt. Unterschiede zwischen den Geschlechtern und dem Onset Age (dem Alter in dem Gender-Inkongruenz das erste mal wahrgenommen wurde) sollen in diese Untersuchung mit eingeschlossen werden.

Die Unterscheidung nach Age of Onset, also zwischen den Gruppen mit frühem und spätem Beginn ihrer Genderdysphorie, dient der Typologisierung von Transgenderpersonen und wird als Prädiktorvariable bei Untersuchungen zu psychischen Komorbiditäten oder dem Ergebnis von Behandlungsmaßnahmen herangezogen (Lawrence, 2010; Smith et al., 2005a; Smith et al., 2005b). Early Onset (EO) bedeutet dabei ein Beginn in der Kindheit, Late Onset (LO) steht für einen Beginn in oder nach der Pubertät (Person & Ovesey, 1974a, 1974b). Wie Nieder et al. (2010) zusammenfassen, hat sich gezeigt, dass Mann-zu-Frau-Personen (MF) häufiger einen LO haben, als Frau-zu-Mann-Personen (FM), bei denen eine EO weitaus häufiger vorkommt. Auch stellen Personen mit einem EO früher, also in einem jüngeren Alter, Kontakt zu Gender-Kliniken her als Personen mit einem LO (Nieder et al., 2010). Diese Typologisierung ist relativ neu verglichen mit der Unterscheidung in homosexuelle und nicht-homosexuelle Personen, die schon sehr lang gebräuchlich ist. Zumeist wird die sexuelle Orientierung auf das Geburtsgeschlecht bezogen. Eine MF-Person (synonym als Trans*frau bezeichnet), die sich zu Frauen hingezogen fühlt, wird somit als nicht-homosexuell bezeichnet (Lawrence, 2010). Dies entspricht oft

nicht der Selbstwahrnehmung von Transgenderpersonen, weshalb die sexuelle Orientierung heute schon von einigen auf das Identifikationsgeschlecht bezogen dargestellt wird (Cerwenka, Nieder, & Richter-Appelt, 2012). Eine MF-Person, die sich als Frau identifiziert, wird nun als homosexuell bezeichnet, wenn sie sich zu Frauen hingezogen fühlt. Präziser ist allerdings die explizite Nennung, auf welche Personen sich die sexuelle Orientierung eines Menschen bezieht (siehe dazu: Nieder et al., 2010). In diesem Sinne werden die Begriffe androphil (zu Männern hingezogen) und gynäphil (zu Frauen hingezogen) gebraucht (Cerwenka, Nieder, & Richter-Appelt, 2012; Nieder et al., 2010).

Um die Typologisierung von Transgenderpersonen nach sexueller Orientierung oder Age of Onset bestehen kontroverse Diskussionen. Wie Lawrence (2010) beschreibt, wurde früher davon ausgegangen, dass eine Unterscheidung in EO und LO nur bei MF vorgenommen werden könne, während FM (synonym als Trans*männer bezeichnet) alle der EO-Gruppe zugeordnet werden müssten. Auch wurde früher angenommen, dass alle FM auf ihr Geburtsgeschlecht bezogen homosexuell seien, sich daher eine Typologie von FM generell erübrige (Lawrence, 2010). Diese Ansicht hält sich heute nicht mehr, vielmehr wird diskutiert, inwieweit die beiden Variablen zusammenhängen und welche von ihnen im DSM-5 mit einbezogen werden soll (bisher ist es die sexuelle Orientierung).

“With regard to sexuality, it was found that transsexuals attracted to partners of their natal sex more often belonged to the early onset group than the ones attracted to partners of the other sex. It is likely that there is an overlap between the groups, but this would have to be confirmed by more, preferably prospective, research, as retrospective data of adults regarding the date of onset of their feeling of being different are not reliable. Such research should perhaps even differentiate between onset in various phases (e.g., very early childhood [before the age of about 3 years], childhood until puberty, adolescence, and adulthood) as it is conceivable that more than the two currently described routes exist. [...] Future research will have to show also whether making a distinction between the subgroups is clinically useful.” (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010, S.508)

Während Lawrence (2010) die sexuelle Orientierung dem Onset Age zur Typologisierung von Transgenderpersonen vorzieht, schlagen Cohen-Kettenis und Pfäfflin (2010) vor, die Zusammenhänge zwischen den beiden noch genauer zu untersuchen und, wenn es sich als klinisch brauchbar erweist, dem Onset Age den Vorzug zu geben. Dafür geben sie zwei Gründe an: Erstens sei

Onset Age weniger erforscht als sexuelle Orientierung. Daher könne es auch mehr zum weiteren Verständnis von Genderdysphorie beitragen. Zweitens sei mittlerweile die sexuelle Orientierung im klinischen Bereich eine Kontroverse, die zu verfälschten Angaben der teilnehmenden Personen führen könne (ebd.).

Fraser et al. (2010) wiederum schlagen für die DSM-Revision vor, sämtliche Kriterien zur Typologisierung zu entfernen, und begründen das wie folgt:

“Since the proposed Gender Dysphoria diagnosis is focused on distress rather than identity, we deemed these specifiers no longer relevant. In addition, we decided not to include autogynephilia or early versus late as specifiers as the proposed revised criteria do not attempt to specify any possible causes of gender dysphoria, which remain unclear.“ (Fraser et al., 2010, S.84)

Im klinischen Bereich werden diese beiden Kategorien wohl dennoch von weiterhin von Bedeutung sein. Cohen-Kettenis und Pfäfflin (2010) folgend wird sich diese Arbeit vorwiegend mit dem Age of Onset und weniger mit der sexuellen Orientierung befassen.

In vielen Studien wird neben einer vorgenommenen Typologisierung auch der Zusammenhang von GID mit anderen psychischen Problemen untersucht. In einigen von ihnen wurden Zusammenhänge mit psychischen Störungen (Terada et al., 2012) oder Persönlichkeitsstörungen (De Cuypere et al., 1995; Hepp et al., 2005; Madeddu et al., 2009), in anderen hingegen keine Auffälligkeiten beschrieben. Dabei fanden sich weder auffällige Persönlichkeitsprofile (Cole et al., 1997; Gómez-Gil, Vidal-Hagemeijer, & Salamero, 2008) noch psychische Belastungen, die mit denen von Personen mit Persönlichkeitsstörungen vergleichbar wären (Haraldsen & Dahl, 2000). Seikowski et al. (2008) fanden keine Zusammenhänge von GID mit emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ. Auch mit spezifischen psychischen Störungen wie Essstörungen (Khoosal et al., 2009) fanden sich keine Zusammenhänge. Dafür wurde von Kersting et al. (2003) ein höheres Risiko von Transgenderpersonen für frühkindliche Traumatisierungen und dissoziative Störungen berichtet. Auch werden Angst und Depressivität immer wieder als häufige psychischen Belastungen in dieser Population angegeben (Haraldsen & Dahl, 2000; Hoshiai et al., 2010; Megeri & Khoosal, 2007; De Vries et al., 2011).

Da aber auch diejenigen, die Komorbiditäten mit Persönlichkeitsstörungen fanden, kritisch anmerkten, dass aus ihren Ergebnissen nicht hervorgehe, ob eine der beiden „Störungen“ die andere hervorrufe (Madeddu et al., 2009), wird von einigen davon ausgegangen, dass GID eine eigene psychische Störung sei, während von anderen angezweifelt wird, ob sie überhaupt eine darstelle. Einige gehen nämlich davon aus, dass komorbide psychische Probleme wie Depression und soziale Ängstlichkeit/ Unsicherheit die Folge von Stigmatisierung und Diskriminierung sein können (Bockting, 2009; Lev, 2005; Sennott, 2010). So beschrieben z.B. Gómez-Gil et al. (2012), dass soziale Ängstlichkeit und Belastung bei mit Hormonen behandelten Personen niedriger war als bei unbehandelten. Als eine mögliche Ursache für dieses Ergebnis ziehen die Autor_innen in Betracht, dass bei körperlich unbehandelten Transgenderpersonen emotionale Probleme eine realistische Reaktion auf das erlebte soziale Stigma darstellen. Ihre Ergebnisse sprechen jedenfalls dagegen, dass die spezifische Hormonwirkung selbst oder die Veränderung der Körperformen als solche die Ursache für die Verbesserung im emotionalen Wohlbefinden darstellen. Vielmehr schlagen sie vor, zukünftig die eigene Attraktivität als Mediator der Beziehung von Ängstlichkeit/ Depressivität und Hormonbehandlung zu untersuchen. Damit geben sie zu bedenken, dass emotionale Probleme bei Transgenderpersonen zwar aus Gender-Inkongruenz entstehen können, diese aber durch soziale Sichtbarkeit und damit Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung mediiert werden mögen.

Generell fanden Gómez-Gil et al. (2012) keine Unterschiede in Ängstlichkeit/ Depressivität zwischen ihrer klinischen und einer Norm-Stichprobe. Dies spricht eher gegen eine durch GID verursachte höhere Belastung von Transgenderpersonen.

In den meisten Studien wurde der Zusammenhang der Diagnose GID mit psychischen Problemen untersucht, wie beispielsweise GID und Persönlichkeitsstörungen oder GID und affektive Störungen. Aus den weiter oben angegebenen Gründen soll nun die Genderdysphorie selbst, als Ausdruck des Unbehagens mit der eigenen Gender-Inkongruenz, auf mögliche Zusammenhänge mit psychischem Wohlbefinden hin betrachtet werden. Die vorliegende Arbeit stellt diesbezüglich eine explorative Studie dar, in der die

verschiedenen Messinstrumente der Genderdysphorie vorgestellt, miteinander und mit Geschlechtsidentität in Bezug gesetzt werden und auf ihren Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden untersucht werden.

II. Methodik

2.1 Projektbeschreibung

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen des ENIGI-Forschungsprojektes durchgeführt. Das „European Network for the Investigation of Gender Incongruence“ (ENIGI) wird von einem Forschungsverbund bestehend aus vier Genderkliniken betrieben. In Hamburg ist das Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) unter Leitung von Prof. Hertha Richter-Appelt an diesem Projekt beteiligt. Die anderen drei Kliniken dieser internationalen Kooperation sind die Universitätskliniken in Belgien (Gent; Leitung: Prof. Griet de Cuypere), in den Niederlanden (Amsterdam; Leitung: Prof. Peggy Cohen-Kettenis) und in Norwegen (Oslo; Leitung: Prof. Ira Haraldsen). Ziel des Forschungsprojektes ist es, die Transparenz in Diagnose und Behandlung von Gender-Inkongruenz zu erhöhen. Hauptaugenmerk liegt auf den diagnostischen Unterkategorien, Behandlungsergebnissen und Faktoren, die für einzelne Kliniken und Länder spezifisch sind. Damit sollen die unterschiedlichen Ergebnisse in der Literatur erklärt und ein standardisiertes Vorgehen im Sinne der Standards of Care der WPATH weiter implementiert werden (Kreukels et al., 2010).

Zu diesem Zweck werden seit 2007 alle Personen über 16 Jahren, die erstmals wegen einer Problematik der Geschlechtsidentität eine Klinik aufsuchen um ihre Teilnahme gebeten. Ausgeschlossen werden Jugendliche unter 16 Jahren, der Landessprache nicht Mächtige und Personen mit einem deutlich psychotischen Auftreten sowie solche, die (teilweise) bereits in Behandlung waren (Hormone, Operationen). Als Bestandteil der diagnostischen Phase wird eine einheitliche Testbatterie in allen Kliniken vorgegeben. Für alle Kliniken liegt eine Bewilligung der örtlichen Ethikkommission vor. Die erhobenen Daten wurden für die Auswertung pseudonymisiert. Die Teilnahme an der Studie hat keinen Einfluss auf eventuelle Behandlungsmaßnahmen. Informed Consent wurde von allen Teilnehmenden oder ihren Erziehungsberechtigten eingeholt (siehe Anhang B).

Der diagnostische Prozess ist standardisiert und beinhaltet vier Schritte, in denen jeweils unterschiedliche Daten der Teilnehmenden erhoben werden. Im Anschluss an das therapeutische Erstgespräch und die Aufklärung über das Forschungsprojekt (siehe Anhang A) wird ein biographischer Fragebogen (siehe Anhang C) vorgegeben, den die Teilnehmenden selbstständig ausfüllen. Dieser basiert auf der niederländischen „Biografische Vragenlijst Transseksualiteit“ (Smith et al., 2005b) und wurde für das ENIGI-Projekt adaptiert.

Zum zweiten Termin wird nach dem therapeutischen Gespräch ein weiterer Fragebogen ausgefüllt, der mehrere standardisierte Instrumente enthält. Folgend sind nur die in dieser Arbeit verwendeten aufgelistet:

- Utrecht Gender Dysphoria Scale (Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1997) (siehe Anhang D)
- Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults (Deogracias et al., 2007) (siehe Anhang E)
- Gender Identity Questionnaire (Eckloff, 2003) (siehe Anhang F)
- Symptom-Checkliste 90-R (Franke, 1995) (siehe Anhang G)

Der dritte Schritt des Prozesses besteht aus einem standardisierten diagnostischen Interview, das durch Dipl. Psycholog_innen vorgenommen wird und den MINI-Plus sowie den SCID-II enthält. Zusätzlich wird das Appraisal of Appearance Inventory und ein Fragebogen für den/die Interviewer_in zur Einschätzung der körperlichen Erscheinung ausgefüllt. Da diese Instrumente nicht in der vorliegenden Arbeit verwendet wurden, wird nicht näher auf sie eingegangen.

Im vierten und letzten Schritt kommt es zur Beurteilung durch die behandelnden Therapeut_innen. Sie füllen den DIA, ein diagnostisches Expertensystem für Psychische Störungen (siehe Anhang H) aus, in welchem die Kriterien für eine Geschlechtidentitätsstörung sowohl für das Erwachsenenalter als auch rückwirkend für die Kindheit nach DSM-IV (APA, 2000) erfasst werden. In diesem Zuge werden die Personen auch in die Subgruppen early Onset (EO) und late Onset (LO) eingeteilt. Einen EO wird allen Personen attestiert, bei

denen ein früher Beginn ihrer Gender-Inkongruenz retrospektiv zu erkennen ist, d.h. alle Personen, die Kriterium A und B für GID in der Kindheit erfüllen. Wer diese Kriterien nicht erfüllt, wird der Gruppe LO zugeordnet, für die so ein späterer Beginn (im Jugendlichen-/ Erwachsenenalter) angenommen wird.

2.1.1 Verfahren

Demographische Variablen

Biographische und andere Hintergrundvariablen werden mittels der adaptierten Version der niederländischen BVT („Biographische Vragenlijst Transseksualiteit“) erfasst. Es liegen verschiedene Versionen für Mann-zu-Frau (MF) und Frau-zu-Mann (FM) vor, in denen die Teilnehmenden Fragen zu sozioökonomischen Verhältnissen, sozialen Kontakten, psychischen, physischen und familiären Problemen, der Geschlechtsentwicklung (Age of Onset), Cross-dressing, Sexualität und gewünschter Behandlung beantworten (Kreukels et al., 2010).

Der biographische Fragebogen ist unterteilt in Abschnitte zu allgemeinen demographischen Angaben, soziale Kontakte und Hobbys, psychischen und physischen Belastungen, allgemeine Fragen zu Kindheit und Familie, Geschlechtsentwicklung, Kleidung, Sexualität, Beziehungen und medizinische Behandlung.

Für die Stichprobenbeschreibung werden Fragen zum Alter, Familienstand, zum Schulabschluss und der Beschäftigungsart ausgewählt. Die sexuelle Orientierung wurde über zweierlei Wege erhoben, zum einen durch Fragen im biographischen Fragebogen, zum anderen durch die Beurteilung der Behandelnden.

Utrecht Gender Dysphoria Scale (UGDS), (Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1997)

Diese Skala besteht aus zwölf Fragen, die das Ausmaß der erlebten Genderdysphorie erfassen. Auf einer fünf-stufigen Likert-Skala wird die Zustimmung zu den jeweiligen Items angegeben (von (1) - „stimme voll zu“ bis (5) - „stimme gar nicht zu“). Scores zwischen 12 und 60 sind möglich, wobei höhere Werte für stärkere Genderdysphorie stehen (Kreukels et al., 2012;

Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997). Die Fragen der UGDS werden in Bezug auf das Ursprungsgeschlecht gestellt, wodurch sie in zwei Versionen, eine für MF und eine für FM vorliegt.

Zur Evaluation des Instruments gab es zwei Untersuchungen (Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1997). In der ersten wurden anhand 56 FM und 87 MF mittels Faktorenanalyse die 12 Items aus ursprünglich 32 Items ausgewählt. Diese stellen die aktuelle Skala dar, mit Alphas von .80 für FM und .80 für MF sowie .81 für eine weibliche Kontrollgruppe (n=56) und .66 für eine männliche Kontrollgruppe (n=58). In der zweiten Studie wurde an 202 Personen, die entweder als transsexuell oder genderdysphorisch aber nicht transsexuell diagnostiziert wurden, noch einmal die Alphas ermittelt, hier .92 für MF und .78 für FM. Daraus wird eine gute diskriminante Validität der UGDS für transsexuelle und nicht transsexuelle Personen ($p \leq .001$) sowie für Personen, die zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen zugelassen wurden, und solchen, die nicht zugelassen wurden ($p \leq .001$), abgeleitet (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997).

Wie im Kapitel 1.3 besprochen, liegt diesem Instrument eine Definition zugrunde, die Genderdysphorie im Sinne Fisks als Syndrom betrachtet, dessen extremste Form die Transsexualität darstellt (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997). Beide gehen mit dem (unterschiedlich intensiv wahrgenommenen) Wunsch einher, der eigenen primären und sekundären Geschlechtsmerkmale entledigt zu werden und gänzlich als Person des „anderen“ Geschlechts leben zu können. Dabei wird die Diskrepanz zwischen der eigenen Geschlechtsidentität und dem körperlichen Erscheinungsbild als belastend erlebt und oft in Zusammenhang gebracht mit einer Abneigung dem eigenen Körper gegenüber (Kuiper & Cohen-Kettenis, 1988). Dementsprechend erfassen die Fragen dieser Skala die Abneigung des eigenen körperlichen Geschlechts und die Identifikation mit der Geschlechtsrolle des jeweils „anderen“ Geschlechts. Beispiele hierfür sind: „Ich hasse meine Menstruation, weil ich mich dadurch wie eine Frau fühle“ und „Ich verhalte mich lieber wie ein Mann“ (aus der FM-Version) oder „Ich bin unglücklich, weil ich einen männlichen Körper habe“ und „Mein Leben wäre nur dann lebenswert, wenn ich eine Frau wäre“ (aus der MF-Version).

Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for adolescents and adults (GII), (Deogracias et al., 2007)

Dieses Instrument beinhaltet 27 Fragen zum eigenen Gender-Erleben (auf einem Kontinuum zwischen Geschlechtsidentität und Genderdysphorie) während der letzten zwölf Monate, zu beantworten auf einer fünf-stufigen Skala (immer – nie). Die Fragen sollen subjektive, soziale, somatische und rechtliche Aspekte des Gender-Erlebens erfassen. Auch hier liegen zwei unterschiedliche Versionen für MF und FM vor (Deogracias et al., 2007). Aus den 27 Fragen können die folgenden Skalen gebildet werden: Zu subjektiven Aspekten des Geschlechtererlebens gibt es 13 Items, zu sozialen neun, zu somatischen drei und zu rechtlichen zwei (siehe Anhang I). Zur Verwendung und der Validität der einzelnen Skalen gibt es bisher noch keine Angaben.

In zwei Studien wurden die psychometrischen Qualitäten des GII ermittelt. In der ersten wurde er an 389 Universitäts-Studierende und 73 Personen mit diagnostizierter Geschlechtsidentitätsstörung (GID) vorgegeben. Die Faktorenanalyse ließ auf eine Ein-Faktor-Lösung schließen, wobei dieser Faktor 61,3% der Gesamtvarianz erklärte. Der ermittelte Gesamtmittelwert (Cronbach's Alpha, .97) zeigte eine gute diskriminante Validität für die beiden Gruppen, wobei Personen mit diagnostizierter GID höhere Dysphoriewerte hatten als Studierende. Ein eingerichteter Cut-off-point von 3,00 zeigte eine Sensitivität von 90,4% für die Diagnostizierten und eine Spezifität von 99,7% für die Kontrollgruppe (Deogracias et al., 2007). In einer zweiten Studie konnten diese Ergebnisse repliziert und erweitert werden, wobei hier für Jugendliche und Erwachsene getrennt untersucht wurde, ob sich Personen mit diagnostizierter GID von Personen mit anderen diagnostizierten psychischen Problemen unterscheiden. Zudem wurde eine signifikante Korrelation von mittels GII berichteter Genderdysphorie und erinnertem cross-gender Verhalten in der Kindheit gefunden, die als Test auf konvergente Validität verwandt wurde (Singh et al., 2010).

Wie schon in Kapitel 1.3 besprochen, liegt diesem Fragebogen eine andere Konzeption von Genderdysphorie zugrunde als der UGDS. Genderdysphorie und Geschlechtsidentität werden auf einem bipolaren Kontinuum konzipiert, welches einen männlichen und einen weiblichen Pol hat und unterschiedliche

Grade an Geschlechtsidentität, -unsicherheit und -dysphorie erreichen kann. Genderdysphorie wird hier auch beschrieben als Leiden in Bezug auf die eigene (unklare) Geschlechtsidentität (Deogracias et al., 2007). Somit stellt sie das Leiden unter der Geschlechtsidentität (in Bezug auf körperliche Merkmale) dar.

Gender Identity Questionnaire (GIQ), (Eckloff, 2003)

Der Fragebogen besteht aus 22 Fragen und vier Skalen: *male gender identity* (5 Items), *female gender identity* (5 Items), *certainty to belong to a gender* (4 Items), und *transgender identity* (7 Items). Auch hier wird eine fünf-stufige Skala vorgegeben (trifft nicht zu – trifft völlig zu). Das Instrument wurde für eine Studie zu Geschlechtsidentität und geschlechtsrollenbezogenem Verhalten von hetero-, homo-, bi- und transsexuellen Personen entwickelt. Es wurde 900 Personen vorgegeben und eine Faktoranalyse mit einer Kontrollgruppe ergab, dass die vier Skalen 73% der erklärten Varianz abdeckten (Eckloff, 2007).

Das GIQ erfasst also weniger Genderdysphorie als unterschiedliche Aspekte der Geschlechtsidentität. Es liegt nur in einer Version mit vier Skalen für alle Geschlechter vor.

SCL-90-R, Symptom Checklist, (Deogratias, 1977; Franke, 1995)

Diese Checkliste erfasst psychologische Belastungen auf neun Symptom-Skalen: Somatisierung (12 Items), Zwanghaftigkeit (10 Items), Unsicherheit im Sozialkontakt (9 Items), Depressivität (13 Items), Ängstlichkeit (10 Items), Aggressivität/Feindseligkeit (6 Items), Phobische Angst (7 Items), Paranoides Denken (6 Items) und Psychotizismus (10 Items). Personen sollen auf die Frage antworten: „Wie stark litten sie in den letzten sieben Tagen unter...?“. Dazu steht ihnen wiederum eine fünf-stufige Skala zur Verfügung (überhaupt nicht – sehr stark) die mit 0 – 4 Punkten einhergeht (Franke, 1995). Für klinisch signifikante Symptome wurde ein Cut-Off von 1 ermittelt.

Die SCL-90-R kann auf drei Ebenen interpretiert werden, auf der Itemebene, bezogen auf die neun Skalen und durch drei globale Kennwerte. Dadurch soll ermöglicht werden, „das Ausmaß der individuellen Belastung durch spezifische Symptome über deren syndromatische Präsentation bis hin zu übergeordneten, generellen Maßen“, zu erfassen (Franke, 1995, S.12).

Die Reliabilität (Cronbachs α) ist zwischen .94 und .98 für verschiedene klinische und nicht-klinische Stichproben angegeben (Franke, 1995). Die SCL-90-R konnte in der Normierungsstichprobe zwischen den Geschlechtern, sozialen Schichten und zwischen klinischen und nicht-klinischen Gruppen sowie zwischen verschiedenen psychiatrischen Diagnosen unterscheiden, weswegen ihr eine gute diskriminante Validität zugesprochen wird. In Derogatis Stichprobe erklären die Skalen 53% der Gesamtvarianz (Franke, 1995).

2.2 Fragestellungen

Hauptziel dieser Arbeit ist die Klärung des Konstrukts Genderdysphorie. Dazu wurde im Theorieteil dessen historische Entstehung und seine Definitionen sowie der Stand der Forschung vorgestellt. Im empirischen Teil soll zum einen die Stichprobe auf ihre Unterschiede und Zusammenhänge in/von Genderdysphoriewerten und Geschlechtsidentitätsmaßen untersucht werden, zum anderen sollen dadurch die Instrumente auf ihre Nützlichkeit zur Erfassung von Genderdysphorie im Sinne der DSM-5 hin geprüft werden. Zuletzt interessiert im Zuge der aktuellen Pathologisierungsdebatte, ob es detektierbare Zusammenhänge von Genderdysphorie und anderen psychischen Problemen gibt und wie diese geartet sein könnten.

Zur Untersuchung der beiden Fragebögen zu Genderdysphorie stellt sich die Frage, welche Aspekte von Genderdysphorie mit ihnen erhoben werden. Erfassen die Instrumente Utrecht Gender Dysphoria Scale (UGDS) und Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults (GII) das gleiche Konstrukt? Beide sollen das Ausmaß an Genderdysphorie (UGDS), bzw. Genderidentität/Genderdysphorie (GII) messen. Da die Definitionen in beiden Arbeitsgruppen aber voneinander abweichen, ist zu bezweifeln, dass sie es auch wirklich tun. Dabei soll beachtet werden, ob die Fragebögen das Ausmaß des Leidens unter den eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmalen, der gegengeschlechtlichen Geschlechtsrollenidentifikation oder der wahrgenommenen Diskrepanz zwischen körperlichen Geschlechtsmerkmalen und erlebtem Geschlechtsempfinden messen. Diese Konzeptionen scheinen nicht eindeutig genug voneinander abgegrenzt zu sein.

Fragestellungen zu Gruppenunterschieden durch einzelne Genderfragebögen

Um Rückschlüsse auf die darunter liegenden Konstrukte zu ziehen, müssen die einzelnen Fragebögen miteinander verglichen werden. Da aus der Literatur Informationen über die Unterschiede zwischen einzelnen Subgruppen von Transgenderpersonen vorliegen, sollen die Fragebögen auch dahingehend untersucht werden, ob sie zwischen bestimmten Gruppen unterscheiden können.

1. Worin unterscheiden sich die Gruppen von MF und FM hinsichtlich ihrer Werte in den einzelnen Fragebögen (Gruppen getrennt nach Geschlecht)?
2. Worin unterscheiden sich die Gruppen EO und LO hinsichtlich ihrer Werte in den einzelnen Fragebögen (Gruppen getrennt nach Onset Age)?
3. Welche Wechselwirkungen finden sich zwischen den Variablen Geschlecht und Onset Age?

Dazu soll eine zweifaktorielle Varianzanalyse gerechnet werden, so die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Andernfalls werden parameterfreie Verfahren verwendet.

Hypothesen zur Genderdysphorie (UGDS):

- H_{01a} : Die Gruppen FM/MF unterscheiden sich nicht in ihren Werten im UGDS
- H_{11a} : Die Gruppen FM/MF unterscheiden sich signifikant in ihren Werten im UGDS
- H_{01b} : Die Gruppen EO/LO unterscheiden sich nicht in ihren Werten im UGDS
- H_{11b} : Die Gruppen EO/LO unterscheiden sich signifikant in ihren Werten im UGDS

Hypothesen zur Genderdysphorie (GII):

- H_{02a} : Die Gruppen FM/MF unterscheiden sich nicht in ihren Werten im GII

- H₁2a: Die Gruppen FM/MF unterscheiden sich signifikant in ihren Werten im GII
- H₀2b: Die Gruppen EO/LO unterscheiden sich nicht in ihren Werten im GII
- H₁2b: Die Gruppen EO/LO unterscheiden sich signifikant in ihren Werten im GII

Hypothesen zur allgemeinen psychischen Belastung (SCL-90-R):

- H₀3a: Die Gruppen FM/MF unterscheiden sich nicht in der allgemeinen psychischen Belastung (GSI) und den einzelnen Skalen der SCL-90-R
- H₁3a: Die Gruppen FM/MF unterscheiden sich signifikant in der allgemeinen psychischen Belastung (GSI) und den einzelnen Skalen der SCL-90-R
- H₀3b: Die Gruppen EO/LO unterscheiden sich nicht in der allgemeinen psychischen Belastung (GSI) und den einzelnen Skalen der SCL-90-R
- H₁3b: Die Gruppen EO/LO unterscheiden sich signifikant in der allgemeinen psychischen Belastung (GSI) und den einzelnen Skalen der SCL-90-R

Hypothesen zur Geschlechtsidentität, bezogen auf männliche, weibliche und transgender Identität sowie Sicherheit der Geschlechtszugehörigkeit (GIQ):

- H₀4a: Die Gruppen FM/MF unterscheiden sich nicht in ihren Werten auf den einzelnen Skalen des GIQ
- H₁4a: Die Gruppen FM/MF unterscheiden sich signifikant in ihren Werten auf den einzelnen Skalen des GIQ
- H₀4b: Die Gruppen EO/LO unterscheiden sich nicht in ihren Werten auf den einzelnen Skalen des GIQ
- H₁4b: Die Gruppen EO/LO unterscheiden sich signifikant in ihren Werten auf den einzelnen Skalen des GIQ

Fragestellungen zu den Zusammenhängen zwischen einzelnen Genderfragebögen

Wie hängen die einzelnen Genderfragebögen (UGDS, GII, GIQ) miteinander zusammen? Gibt es positive oder negative Zusammenhänge? Wie korrelieren die Subskalen des GII mit der UGDS, wie mit den Subskalen der GIQ? Steigt die mittels UGDS ermittelte Genderdysphorie mit höheren Werten auf den einzelnen Skalen des GIQ? Um alle möglichen Kombinationen zu erfassen, werden im Einzelnen die Hypothesen formuliert.

Hypothesen zu den Zusammenhängen der zwei Genderdysphoriemaße UGDS und GII:

- H₀5a: Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Werten auf den einzelnen Skalen des GII und denen im UGDS
- H₁5a: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Werten auf den einzelnen Skalen des GII und denen im UGDS

Hypothesen zu den Zusammenhängen von Genderdysphorie und Geschlechtsidentität (UGDS und GIQ):

- H₀6a: Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Werten auf den GIQ-Skalen und denen im UGDS
- H₁6a: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Werten auf den GIQ-Skalen und denen im UGDS

Hypothesen zu den Zusammenhängen von Genderdysphorie und Geschlechtsidentität (GII und GIQ):

- H₀7a: Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Werten im GII und denen auf den einzelnen Skalen des GIQ
- H₁7a: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Werten im GII und denen auf den einzelnen Skalen des GIQ

*Fragestellungen zum Zusammenhang von Genderdysphorie/
Geschlechtsidentität und psychischem Wohlbefinden*

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Genderdysphorie und anderen psychischen Problemen? Dazu soll untersucht werden, ob Zusammenhänge zwischen Genderdysphorie und Geschlechtsidentitätsstörung und der allgemeinen psychischen Belastung (gemessen am GSI-Wert) bestehen.

Hypothesen zu den Zusammenhängen von Genderdysphorie und psychischer Belastung (UGDS und SCL-90-R):

- H_08a : Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Werten im UGDS und denen auf den einzelnen Skalen der SCL-90-R
- H_18a : Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Werten im UGDS und denen auf den einzelnen Skalen der SCL-90-R

Hypothesen zu den Zusammenhängen von Genderdysphorie und psychischer Belastung (GII und SCL-90-R):

- H_09a : Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Werten im GII und denen auf den einzelnen Skalen der SCL-90-R
- H_19a : Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Werten im GII und denen auf den einzelnen Skalen der SCL-90-R

Hypothesen zu den Zusammenhängen von Geschlechtsidentität und psychischer Belastung (GIQ und SCL-90-R):

- H_010a : Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Werten auf den Skalen des GIQ und denen auf den Skalen der SCL-90-R
- H_110a : Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Werten auf den Skalen im GIQ und denen auf den Skalen der SCL-90-R

Falls die Bedingungen erfüllt sind, soll des Weiteren untersucht werden, ob eine Vorhersage auf die allgemeine psychische Belastung und die einzelnen Dimensionen der SCL-90-R durch die Genderdysphorie- und Geschlechtsidentitätsfragebögen möglich ist. Dazu ist eine multiple Regression

vorgesehen. Wenn dies durch Verletzung ihrer Voraussetzungen nicht möglich ist, sollen die Korrelationen Auskunft über Zusammenhänge zwischen Gendersysphorie/ Geschlechtsidentität und psychischem Wohlbefinden geben.

Wenn eine Vorhersage möglich ist, soll anschließend ermittelt werden, welcher Fragebogen dies am besten kann.

Hypothesen zum Zusammenhang von psychischer Belastung, sowie Genderdysphorie und Geschlechtsidentität:

- H_{011} : Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Werten der SCL-90-R und den Werten der drei Genderfragebögen
- H_{111a} : Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Werten der SCL-90-R und denen im UGDS
- H_{111b} : Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Werten der SCL-90-R und denen der FGI im GIQ
- H_{111c} : Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Werten der SCL-90-R und denen der MGI im GIQ
- H_{111d} : Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Werten der SCL-90-R und denen der TGI im GIQ
- H_{111e} : Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Werten der SCL-90-R und denen der SGI im GIQ
- H_{111f} : Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Werten der SCL-90-R und denen im GII

2.3 Statistische Methoden

Je nach Skalenniveau und Erfüllung der Voraussetzungen kommen parametrische oder nicht parametrische Verfahren zur Prüfung der Hypothesen zum Einsatz. Hierzu wird mittels Kolmogorov-Smirnov-Test die Normalverteilung der Daten geprüft. Zur Prüfung von Unterschiedshypothesen mittels ANOVA wird vorher der Levene-Test für die Varianzhomogenität eingesetzt. Fallen diese beiden Tests signifikant aus, können keine parametrischen Verfahren verwendet werden, so dass anstatt t-Test Mann-Whitneys U-Test und anstatt ANOVA ein Kruskal-Wallis-H-Test zur Ermittlung von Gruppenunterschieden durchgeführt werden muss. Analog dazu wird bei

Fragestellungen zu Zusammenhängen entweder eine Pearson- oder eine Spearman-Rangkorrelation berechnet.

Für die Verwerfung der Nullhypothese und die Annahme der Alternativhypothese wird eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha \leq 5\%$ angenommen. Wenn eine Irrtumswahrscheinlichkeit von nur $\alpha \leq 1\%$ besteht, wird dies gezeichnet.

Zur statistischen Auswertung wird SPSS 19.0 genutzt.

III. Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

In die Stichprobe wurden alle Personen aufgenommen, die sich zwischen Januar 2007 und Oktober 2011 in einer der vier Kliniken wegen einer Problematik der Geschlechtsidentität vorgestellt haben. Somit besteht die Ausgangsstichprobe aus 775 Personen (496 MF und 279 FM), mit einem Verhältnis von (MF:FM) 1,78:1. Anschließend wurden für die vorliegende Arbeit diejenigen Personen schrittweise ausgeschlossen, die unter 17 Jahren waren, die die Kriterien für die GID-Diagnose nicht erfüllten, als „dropout“ aus der Studie ausschieden oder solche, die schon somato-medizinische Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung vorgenommen hatten (Hormontherapie, Operationen). Da es für die Klassifikation nach Onset Age ursprünglich noch eine Residualgruppe gab, deren Zuordnung zu early Onset oder late Onset nicht möglich war, wurden auch diese aus der Stichprobe ausgeschlossen. Ausgehend von dieser Stichprobe (mit 277 MF und 197 FM) mussten noch weitere ausgeschlossen werden, da nur Personen in die Auswertung eingehen konnten, die mindestens einen der Gender-Fragebögen ausgefüllt hatten. So besteht die Gesamtstichprobe nun aus N=371 mit 206 MF und 165 FM.

Da die einzelnen Tests in den verschiedenen Ländern in unterschiedlichem Maße vorgegeben werden, ergeben sich für die Berechnungen zu jedem Test andere Stichprobengrößen. Für die UGDS gibt es ein n von 352, das GII wurde von 340 Personen ausgefüllt und die SCL-90-R von 353. Da der GIQ in den Niederlanden kaum (mehr) vorgegeben wird, hat er das geringste n von 199. Unterschiedliche Stichprobengrößen können leicht zu methodischen Problemen führen: Entweder gehen durch die Verkleinerung der Stichprobe Informationen verloren oder es kann nur die Schnittmenge mehrerer Stichproben untersucht werden, wobei die Repräsentativität dieser Schnittmenge bezweifelt werden muss. Letztendlich wurde ein Mittelweg gewählt, indem mit zwei Stichproben gearbeitet wurde: Die größere stellt die Hauptstichprobe dar. In ihr sind alle Fragebögen, bis auf der GIQ, von den meisten (N=318) Personen ausgefüllt worden. Die kleinere der beiden stellt eine Teilstichprobe der Hauptstichprobe

dar (N=171). Sie besteht aus den Personen, die neben den anderen Fragebögen auch das GIQ ausgefüllt haben.

In diesen Stichproben wurden nun noch alle Personen ausgeschlossen, bei denen mehr als 15% der Antworten in einem Fragebogen fehlten.

Wenn unter 15% der Items nicht ausgefüllt waren, wurden die fehlenden Werte durch den Mittelwert über diese Items errechnet, was der Konvention im ENIGI-Projekt entspricht.

3.1.1 Demographische Daten

Da die kleinere der beiden Stichproben (Stichprobe 2), in der zusätzlich zu den drei Tests UGDS, GII und SCL-90-R auch das GIQ ausgefüllt wurde, die gleichen Personen enthält wie die größere Hauptstichprobe (Stichprobe 1), wird nur die größere Stichprobe zur Beschreibung herangezogen. Bei Abweichungen wird ergänzend die kleinere beschrieben.

Das Verhältnis von MF:FM liegt in der Hauptstichprobe bei 1,27:1. In den einzelnen Ländern weichen die Verhältnisse jedoch voneinander ab: Während in Belgien und den Niederlanden mehr MF Kontakt zu den Gender-Kliniken aufsuchen (Belgien: 2,08:1; Niederlande: 1,7:1), so sind es in Deutschland und Norwegen mehr FM (Deutschland: 1:1,3; Norwegen: 1:5,2).

Alter

Das Durchschnittsalter (\bar{x}) der Teilnehmenden (N=317) beträgt 30,73 Jahre, wobei das Alter von 17 bis 70 Jahren reicht und eine Standardabweichung (SD) von 11,42 Jahren gegeben ist. Der Median (MD) liegt bei 29 Jahren und der Modus bei 19²¹. Die Altersverteilung für die Gesamtstichprobe wird in Abbildung 01 wiedergegeben.

Da sich die Gruppen von MF und FM signifikant im Alter unterscheiden (U=11574,00; $p \leq 0,001$) soll die Altersverteilung getrennt für diese dargestellt werden. Die FM-Gruppe (N=140) ist mit einem durchschnittlichen Alter von $\bar{x} = 26,75$ jünger als die MF-Gruppe (N=177), die einen Altersdurchschnitt von \bar{x}

²¹ Leichte Abweichungen zwischen den aktuellen Werten und denen in anderen, im gleichen Projekt veröffentlichten Arbeiten gehen auf unterschiedliche Stichprobengrößen zurück.

=33,88 hat. FM haben eine Standardabweichung von 9,06 Jahren, einen Median von 24 und einen Modus von 19, wobei der Jüngste 17 und der Älteste 60 Jahre alt ist. Bei MF beträgt die Standardabweichung 12,11 Jahre, der Median liegt bei 32 und der Modus bei 19. Die Jüngste ist 17 und die Älteste 70 Jahre alt. Die Altersverteilungen der einzelnen Gruppen sind in Abbildung 02 zu sehen.

Abbildung 1: Altersverteilung Stichprobe 1

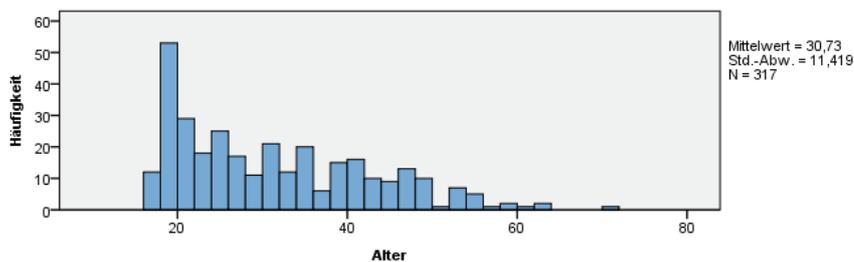
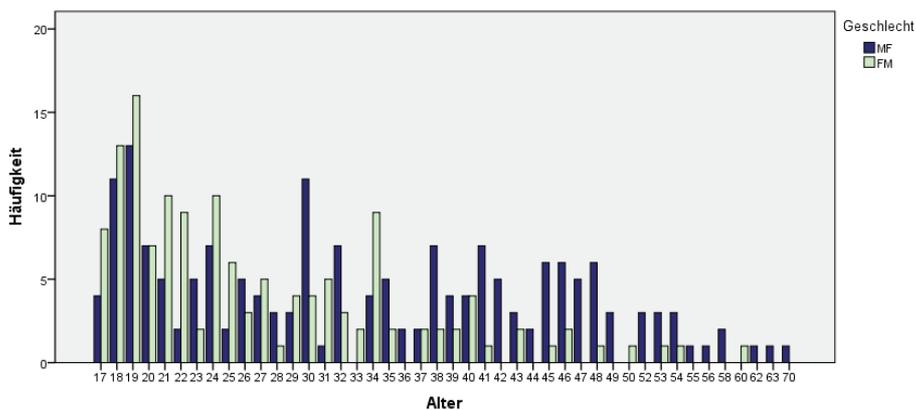


Abbildung 2: Altersverteilung für MF und FM



Beziehungsstatus

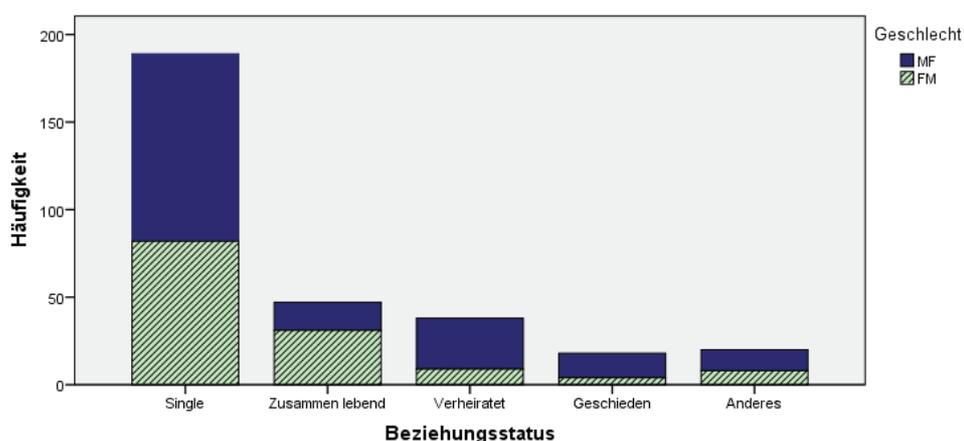
Von 312 Antworten auf die Frage nach ihrem Beziehungsstatus gaben 189 (59,4%) Personen an, Single zu sein, 47 (14,8%) lebten mit einem/einer Partner_in, 38 (11,9%) waren verheiratet und 18 (5,9%) geschieden. Weitere 20 (6,3%) Personen gaben andere Arten von Beziehungen an und von sechs (1,9%) Personen fehlten die Angaben (siehe Abbildung 03 und Tabelle 01). Auch hier gibt es Unterschiede zwischen den Gruppen FM und MF. Von den 134 FM, die Angaben zu ihrem Beziehungsstatus machten, waren 82 (61,2%)

single, 31 (23,1%) gaben an, zusammenzuleben und neun (6,7%) verheiratet zu sein. Vier Personen (3%) sind geschieden.

Unter den 178 MF waren 107 (60,1%) single, 16 (9%) lebten mit Partner_in zusammen, 29 (16,3%) waren verheiratet und 14 (7,9%) geschieden.

Die Unterschiede zwischen den Gruppen fallen nach χ^2 -Test signifikant aus ($\chi^2=19,15$; $p=.001$). Dementsprechend sind MF häufiger verheiratet und geschieden als FM, die dafür häufiger mit ihren Partner_innen zusammen leben.

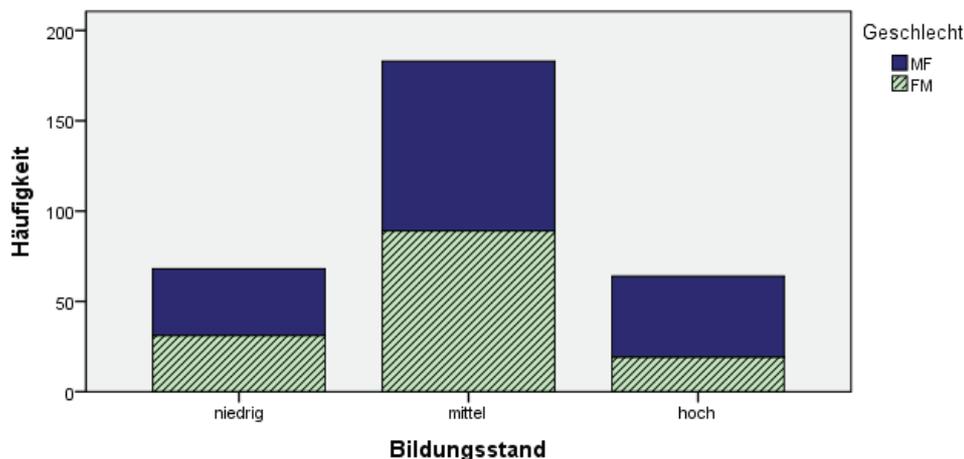
Abbildung 3: Beziehungsstatus für FM und MF



Bildungsstand

Von den 315 Personen die Angaben zu ihrem Bildungsstand machten, gaben 58,1% an, ein mittleres Bildungsniveau (mittlere Reife/Abitur) erreicht zu haben. 21,0% gaben einen niedrigen (Pflichtschule) und 20,3% einen hohen Bildungsstand (weiterführende, höhere Schule/Universität) an. Der Unterschied zwischen MF und FM fällt nur bzgl. des hohen Bildungsstandes auf: Während 25,6% der MF einen hohen Bildungsstand haben, sind es von den FM nur 13,7%. Ein Unterschied, der signifikant ausfällt ($\chi^2=6,98$; $p=.031$). Somit haben mehr MF als FM einen hohen Bildungsstand.

Abbildung 4: Bildungsstand für FM und MF



Erwerbstätigkeit

Insgesamt machten 294 Personen Angaben zu ihrer Erwerbstätigkeit. Von diesen geben 189 (64,3%) an erwerbstätig zu sein, wohingegen 105 (35,7%) es nicht seien (siehe Tabelle 01). In Anlehnung an Kreukels et al. (2010) und Topf (2012) werden als erwerbstätig Personen betrachtet, die Voll-/Halbzeit angestellt oder in Ausbildung sind. Nicht erwerbstätig sind alle, die krankgeschrieben, frühberentet oder arbeitslos sind. Insgesamt sind durchschnittlich 64,3% der Personen erwerbstätig und es findet sich kein Unterschied zwischen MF und FM ($\chi^2=0,05$; $p=.820$).

Sexuelle Orientierung

Es machten 315 Personen Angaben zu ihrer sexuellen Orientierung. Dabei werden alle MF Personen als androphil²² eingestuft, die angaben sich primär oder einzig zu Männern hingezogen zu fühlen. Unter nicht androphil wurden alle

²² In vielen Studien wird, wie im Theorieteil besprochen, die sexuelle Orientierung immer noch auf das Geburtsgeschlecht bezogen. Um dies in der vorliegenden Arbeit zu vermeiden, aber dennoch auf die Ergebnisse dieser Studien verweisen zu können, wird anstatt von „homosexuell/ nicht-homosexuell“ von „gynäphil/ androphil“ bzw. „nicht gynäphil/ nicht androphil“ gesprochen. Wenn eine FM-Person in anderen Studien als homosexuell klassifiziert wird, wird sie hier als gynäphil bezeichnet. MF die als homosexuell bezeichnet wurden, werden nun androphil genannt. Da die Bezeichnung „nicht homosexuell“ keine Rückschlüsse auf die tatsächliche sexuelle Präferenz einer Person zulässt, wird sie hier mit dem Pendant nicht gynäphil/ -androphil ersetzt.

MF zusammengefasst, die sich als gynäphil, bi-, automono²³- oder asexuell bezeichneten. FM wurden analog dazu entweder als gynäphil oder nicht gynäphil bezeichnet.

Von den MF gaben 34,7% an, androphil zu sein, während 64,3% als nicht androphil (also gynäphil, bi-, automono- oder asexuell) zusammengefasst werden. Bei den FM ist das Verhältnis extremer: 82,7% beschreiben sich als gynäphil, während nur 17,3% als nicht gynäphil (und somit androphil, bi-, automono- oder asexuell) klassifiziert werden. Ein durchgeführter χ^2 – Test wurde signifikant ($\chi^2=72,8$; $p \leq .001$), was bedeutet, dass die beiden Variablen Geschlecht und sexuelle Orientierung, miteinander zusammenhängen. Die Mehrheit der FM kann als gynäphil klassifiziert werden, während unter den MF weniger androphil sind.

²³ automonosexuell oder analloerotic bezeichnet Personen, deren Sexualität sich primär auf sich selbst bezieht. Siehe dazu auch: Lawrence, 2010.

III. Ergebnisse

Tabelle 1: Stichprobencharakteristik

Variable	Gesamtschprobe			Belgien			Deutschland			Niederlande			Norwegen		
	FM (n = 140)	MF (n = 178)	Total (n = 318)	FM (n = 26)	MF (n = 54)	FM (n = 33)	MF (n = 26)	FM (n = 55)	MF (n = 93)	FM (n = 26)	MF (n = 26)	FM (n = 26)	MF (n = 93)	FM (n = 26)	MF (n = 5)
Alter (in Jahren)	MW 26,75	33,88	30,73	30,38	33,17	25,64	34,72	27,38	34,85	23,19	19,40	23,19	34,85	23,19	19,40
	SD 9,063	12,11	11,419	9,078	10,689	9,232	11,848	9,786	12,852	5,382	1,517	5,382	12,852	5,382	1,517
	MD 24	32	29	30,5	30	24	37	24	34	21	19	21	34	21	19
	Spannweite 17-60	17-70	17-70	18-50	17-56	17-60	18-58	17-54	17-70	18-40	18-21	18-40	17-70	18-40	18-21
missings	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Diagnose	n (n = 140)	n (n = 178)	n (n = 318)	n (n = 26)	n (n = 54)	n (n = 33)	n (n = 26)	n (n = 55)	n (n = 93)	n (n = 26)	n (n = 26)	n (n = 26)	n (n = 93)	n (n = 26)	n (n = 26)
Early Onset	120 (85,7%)	94 (52,8%)	214 (67,3%)	26 (100%)	32 (59,3%)	26 (78,8%)	13 (50%)	43 (78,2%)	45 (48,4%)	29 (96,2%)	4 (80%)	29 (96,2%)	45 (48,4%)	29 (96,2%)	4 (80%)
Late Onset	20 (14,3%)	84 (47,2%)	104 (32,7%)	0	22 (40,7%)	7 (21,2%)	13 (50%)	12 (21,8%)	48 (51,6%)	2 (3,8%)	1 (20%)	2 (3,8%)	48 (51,6%)	2 (3,8%)	1 (20%)
Beziehungsstatus	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
Single	82 (61,2%)	107 (60,1%)	189 (60,6%)	13 (54,2%)	30 (55,6%)	14 (43,8%)	16 (61,5%)	37 (71,2%)	56 (60,2%)	18 (69,2%)	5 (100%)	18 (69,2%)	56 (60,2%)	18 (69,2%)	5 (100%)
In Beziehung	40 (29,9%)	45 (25,3%)	85 (27,2%)	9 (37,2%)	15 (27,5%)	18 (56,3%)	8 (30,8%)	9 (17,3%)	22 (23,7%)	4 (15,4%)	0	4 (15,4%)	22 (23,7%)	4 (15,4%)	0
Andere	12 (9,0%)	26 (14,6%)	38 (12,2%)	2 (8,3%)	9 (16,7%)	0	0	6 (11,5%)	15 (16,1%)	4 (15,4%)	0	4 (15,4%)	15 (16,1%)	4 (15,4%)	0
missings	6	0	6	2	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Bildungsstand	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
niedrig ^a	31 (22,3%)	37 (21,0%)	68 (21,0%)	5 (19,2%)	5 (9,3%)	6 (18,2%)	6 (23,1%)	10 (18,5%)	24 (26,4%)	10 (38,5%)	2 (40%)	10 (38,5%)	24 (26,4%)	10 (38,5%)	2 (40%)
mittel ^b	89 (64,0%)	94 (53,4%)	183 (58,1%)	15 (57,7%)	30 (55,6%)	27 (81,8%)	16 (61,5%)	33 (61,1%)	45 (49,5%)	14 (53,8%)	3 (60%)	14 (53,8%)	45 (49,5%)	14 (53,8%)	3 (60%)
hoch ^c	19 (13,7%)	45 (25,6%)	64 (20,3%)	6 (23,1%)	19 (35,2%)	0	4 (15,4%)	11 (20,4%)	22 (24,2%)	2 (7,7%)	0	2 (7,7%)	22 (24,2%)	2 (7,7%)	0
missings	1	2	3	0	0	0	0	1	2	0	0	0	2	0	0
Erwerbstätigkeit	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
erwerbstätig ^d	82 (63,6%)	107 (64,8%)	189 (64,3%)	17 (70,8%)	38 (77,6%)	21 (65,6%)	17 (65,4%)	33 (64,7%)	50 (58,8%)	11 (50%)	2 (40%)	11 (50%)	50 (58,8%)	11 (50%)	2 (40%)
nichterwerbstätig ^e	47 (36,4%)	58 (35,2%)	105 (35,7%)	7 (29,2%)	11 (22,4%)	11 (34,4%)	9 (34,6%)	18 (35,3%)	35 (41,2%)	11 (50%)	3 (60%)	11 (50%)	35 (41,2%)	11 (50%)	3 (60%)
Missings	11	13	24	2	5	1	0	4	8	4	0	4	8	4	0
Sexuelle Orientierung	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
androphil/gynäphil	115 (82,7%)	61 (34,7%)	176 (55,9%)	26 (100%)	13 (24,5%)	25 (78,1%)	11 (44%)	42 (76,4%)	34 (36,6%)	22 (84,6%)	3 (60%)	22 (84,6%)	34 (36,6%)	22 (84,6%)	3 (60%)
nicht androphil/gynäphil	24 (17,3%)	115 (65,3%)	139 (44,1%)	0	40 (75,5%)	7 (21,9%)	14 (56%)	13 (23,6%)	59 (63,6%)	4 (15,4%)	2 (40%)	4 (15,4%)	59 (63,6%)	4 (15,4%)	2 (40%)
missings	1	2	3	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0

FM = Frau zu Mann, MF = Mann zu Frau

^aniedrig= Pflichtschule; ^bmittel = Mittlere Reife/ Abitur; ^choch = weiterführende, höhere Schule/ Universitätsabschluss

^derwerbstätig = Halb-/Vollzeitanstellung, Halb-/Vollzeitausbildung; ^enicht erwerbstätig = krankgeschrieben, früherer, arbeitslos

3.1.2 Gruppenzuordnung

Bezogen auf die beiden diagnostisch bedeutsamen Subgruppen Geschlecht und Alter in dem Gender-Inkongruenz erstmals wahrgenommen wurde, „Age of Onset“ (Onset Age), zeigt die Vierfeldertafel, dass von den insgesamt 318 Personen 178 MF und 140 FM sind, wohingegen 214 einen early Onset (EO) und 104 einen late Onset (LO) haben. Der durchgeführte χ^2 – Test wurde signifikant ($\chi^2=38,55$; $p \leq .001$), was bedeutet, dass die beiden Variablen der Vierfeldertafel nicht unabhängig voneinander sind (siehe Tabelle 02). Während bei den MF ähnlich viele Personen einen EO und einen LO haben, hat bei den FM die Mehrheit der Personen einen EO.

Tabelle 2: Vierfeldertafel für Geschlecht und Onset Age

Anzahl		Onset Age		Gesamt
		early	late	
Geschlecht	MF	94	84	178
	FM	120	20	140
Gesamt		214	104	318

3.2 Gruppenvergleich

Hier sollen die Fragen aus Kapitel 2.2 beantwortet werden. Unterscheiden sich die Gruppen MF/FM und EO/LO in ihren Werten in den einzelnen Tests signifikant voneinander?

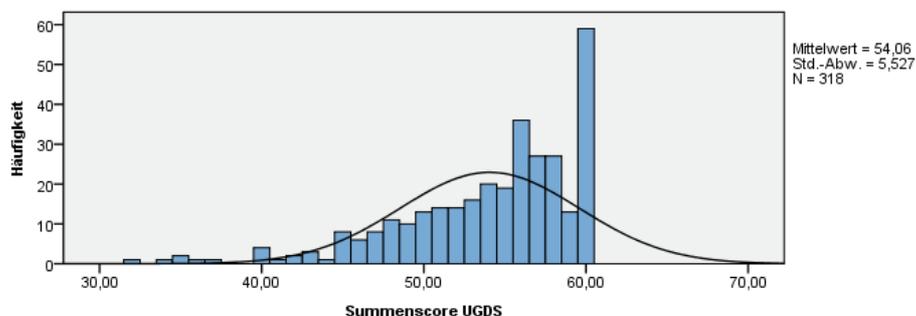
3.2.1 UGDS

Der UGDS operiert mit dem Summenwert über alle 12 Items. So können Werte von 12 bis 60 entstehen. Die Verteilung ist, wie der Kolmogorow-Smirnov-Test (K-S-Test) zeigt, sowohl für MF ($D(178)=.09$; $p=.001$), als auch für FM ($D(140)=.15$; $p \leq .001$) nicht normalverteilt. Die Werteverteilung ist linkssteil, wie in Abbildung 05 zu sehen ist. Daher werden für Gruppenunterschiede parameterfreie Verfahren gerechnet.

Während bei den FM die Werte mit 47 bis 60 vorwiegend im oberen (genderdysphorischen) Bereich liegen und mit 28,6% fast ein Drittel der Personen diesen höchsten Wert erreicht, sind die Werte bei den MF breiter gestreut. Sie reichen von 32 bis 60 und nur 10,7% haben einen Wert von 60.

Da es keinen klar definierten Cut-Point gibt, ist nicht zu bestimmen, ob der Wert von 32 als genderdysphorisch zu bewerten ist, oder ob er dem Normalbereich zuzuordnen ist²⁴.

Abbildung 5: Werteverteilung UGDS Stichprobe 1



Es wurden zwei U-Tests durchgeführt, um zu untersuchen, ob sich die Gruppen MF/FM und die Gruppen EO/LO unterscheiden²⁵. Beide U-Test wurden signifikant (Geschlecht: $U=5861,50$; $p \leq .001$; Onset Age: $U=7022,00$; $p \leq .001$), wobei FM (MD=57) höhere Dysphoriewerte hatten als MF (MD=53) und Personen mit EO (MD=56) sich genderdysphorischer zeigten als Personen mit LO (MD=53). Da in der Stichprobe durch einen χ^2 – Test schon bekannt ist, dass die Variablen Geschlecht und Onset Age nicht unabhängig voneinander sind, wird der Gruppenunterschied nach Onset Age noch einmal einzeln für FM und MF gerechnet.

Separat gerechnet zeigt sich, dass der Unterschied zwischen den Gruppen EO/LO bei MF ($U=2864,00$; $p=.002$) signifikant ausfällt, bei FM ($U=1159,50$; $p=.806$) allerdings nicht, was an der geringen Anzahl von Personen mit einem LO unter den FM liegen kann.

Tabelle 3: Werte im UGDS getrennt für FM/MF und EO/LO

		Onset Age	
		early	late
Geschlecht	MF	54	51
	FM	57,5	56,5

²⁴ Cohen-Kettenis & Goozen (1997) beschreiben beispielsweise für MF (respektive männliche Kontrollpersonen) durchschnittliche Werte von 15,8 (SD=4,3) als nicht dysphorisch und solche von 48,4 (SD=7,5) als dysphorisch. Über den Zwischenbereich von ca. 20-40 machen sie keine Aussagen.

²⁵ Zur Problematik des Alpha-Kumulierungsfehler siehe Kapitel 4.5

Bezogen auf die Fragestellung kann die H_01a verworfen werden: Die Gruppen FM/MF unterscheiden sich signifikant in ihren Werten im UGDS. FM haben signifikant höhere Werte als MF. Inhaltlich bedeutet dies eine stärkere Genderdysphorie bei FM. Die H_01b muss, so sie separat für die einzelnen Gruppen überprüft wird, für FM beibehalten und für MF verworfen werden. Unter den FM unterscheiden sich Personen mit EO nicht von Personen mit LO in ihren Ausprägungen von Genderdysphorie. Unter den MF haben Personen mit EO allerdings signifikant höhere Dysphoriewerte als Personen mit LO. Wenn die Hypothese ohne Berücksichtigung der Variable Geschlecht untersucht wird, wird die H_01b auch für die Gesamtstichprobe verworfen mit Personen mit EO als genderdysphorischer als Personen mit LO.

Zusammenfassend findet sich, dass FM genderdysphorischer sind als MF und unter den MF Personen mit einem EO stärker unter Genderdysphorie leiden als Personen mit LO. Das bedeutet, dass FM und MF mit EO stärker unter den eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmalen leiden und sich mehr mit der Geschlechtsrolle des jeweils anderen Geschlechts identifizieren, als MF (mit LO).

3.2.2 GII

Für das GII wird der Mittelwert über alle 27 Items für jede Person ermittelt. Zusätzlich gibt es Subskalen, die sich aus den verschiedenen Items der Skala zusammensetzen (siehe Anhang E). Werte zwischen 1 und 3 stellen Genderdysphorie dar, während Werte von 3 bis 5 eine unauffällige Geschlechtsidentität bedeuten.

In der GII Gesamt-Skala sind die Werte nicht normalverteilt ($D(318)=0,07$; $p=.002$). Daher wird zur Untersuchung der Gruppenunterschiede ein Kruskal-Wallis-Test gerechnet. Dieser zeigt, dass die Gruppen FM und MF sich signifikant in ihren Gesamtwerten im GII unterscheiden ($H(1)=12,98$; $p\leq .001$). FM haben hier signifikant niedrigere Werte als MF, was inhaltlich eine ausgeprägtere Genderdysphorie bei FM bedeutet. Auch auf den Skalen sozialer ($H(1)=4,31$; $p=.038$), somatischer ($H(1)=16,04$; $p\leq .001$) und rechtlicher ($H(1)=25,62$; $p\leq .001$) Aspekte haben FM stärker ausgeprägte Dysphoriewerte. Auf der Skala subjektiver Aspekte unterscheiden sich die Gruppen nicht

signifikant voneinander ($H(1)=3,06$; $p=.080$). Tabelle 04 zeigt die Werte auf den einzelnen Skalen.

Tabelle 4: Werte im GII getrennt für MF und FM

Median	GII-Gesamt	subjektiv	sozial	somatisch	rechtlich
MF	2,33	2,15	2,72	1,33	1,50
FM	2,22	2,08	2,56	1,00	1,00

Die Werte zeigen inhaltlich an, dass FM mehr Probleme mit ihrer Geschlechtsidentität haben als MF, welche sich vor allem im somatischen und rechtlichen Bereich zeigen (Itembeispiele: 12, 13, 20-22). Konkret bedeutet dies bei den somatischen Aspekten eine stärkere Abneigung des eigenen Körpers und einen ausgeprägteren Wunsch nach Hormonbehandlung und/oder Operationen. Rechtlich bedeuten höhere Werte bei den FM, dass diese mehr Probleme mit der Zuordnung zu ihrem zugewiesenen Geschlecht auf offiziellen Papieren oder in öffentlichen Bereichen haben. Da diese Unterschiede im 0,1-Bereich liegen ist ihre klinische Relevanz jedoch anzuzweifeln.

Der Kruskal-Wallis-Test ermittelt auch für Onset Age einen signifikanten Gruppenunterschied für die Gesamtskala ($H(1)=6,05$; $p=.014$), somatische ($H(1)=22,48$; $p\leq .001$) und rechtliche Aspekte ($H(1)=14,99$; $p\leq .001$). Hier haben Personen mit einem EO niedrigere Werte als solche mit einem LO, was inhaltlich wieder für eine stärkere Dysphorie steht (siehe auch Tabelle 05).

Tabelle 5: Werte im GII getrennt für Personen mit EO und LO

Median	GII-Gesamt	subjektiv	sozial	somatisch	rechtlich
EO	2,26	2,15	2,67	1,00	1,50
LO	2,33	2,15	2,67	1,33	2,00

Wie auch im UGDS vorgenommen, wurden darüber hinaus zwei U-Test vorgenommen, um die Gruppenunterschiede zwischen EO und LO auch für FM und MF getrennt zu untersuchen.

Der Gruppenunterschied zwischen Personen mit EO und solchen mit LO wird weder für FM ($U=1126,50$; $p=.665$), noch für MF ($U=3316,0$; $p=.065$) signifikant. Das bedeutet, dass sich weder unter den FM, noch unter den MF die Personen

mit EO von denen mit LO hinsichtlich ihrer Genderdysphorieausprägung unterscheiden. Dies ist vor allem deshalb interessant, weil die UGDS einen Unterschied innerhalb der MF-Gruppe für Personen mit EO und mit LO gefunden hat.

Analog zu den Ergebnissen im UGDS kann hier die H_{02a} verworfen werden. Die Gruppen FM/MF unterscheiden sich signifikant in ihren Werten im GII, wobei FM niedrigere Werte und somit eine ausgeprägtere Genderdysphorie zeigen. Bezogen auf Onset Age gibt es zwei Betrachtungsweisen. Für die Gesamtstichprobe betrachtet, kann die H_{02b} verworfen werden. Die Gruppen EO/LO unterscheiden sich signifikant in ihren Werten im GII. Personen mit EO haben die niedrigeren Werte und somit die stärkere Genderdysphorie. Für die Gruppen FM und MF einzeln betrachtet muss die H_{02b} allerdings beibehalten werden. Sowohl unter den FM, als auch unter den MF unterscheiden sich die Personen mit EO nicht mehr signifikant von den Personen mit LO.

Zusammenfassend fand sich im GII, dass FM stärker unter ihrer Geschlechtsidentität leiden als MF. Allerdings konnte nicht festgestellt werden, dass sich in den jeweiligen Gruppen die Personen mit EO von denen mit LO hinsichtlich ihrer Genderdysphorie unterscheiden. Dafür spezifiziert dieser Fragebogen weiter, dass die Probleme mit der eigenen Geschlechtsidentität sich bei den FM vor allem durch eine stärkere Abneigung des eigenen Körpers und Probleme mit der Zuweisung zu einem Geschlecht im öffentlichen Bereich haben.

3.2.3 SCL-90-R

Für die SCL-90-R werden die neun Skalen einzeln untersucht, ebenso wie ein globaler Index, der die durchschnittliche psychische Belastung in Bezug auf alle 90 Items darstellt (Global Severity Index – GSI). Pro Item können Personen angeben, wie sehr sie in den letzten sieben Tagen unter verschiedenen Dingen gelitten haben. Dazu geben sie ihre Zustimmung auf einer fünf-stufigen Skala von 0 - 4 an. Ihr Gesamtwert kann dementsprechend zwischen 0 und 4 liegen, wobei Werte unter 1 unauffällig sind und über 1 für klinisch signifikante Symptome stehen.

Von den 318 Personen haben 87,7% einen Wert unter 1, und nur 12,3% einen klinisch auffälligen über 1 (was einem T-Wert von ≥ 63 entspricht).

Der GSI-Mittelwert der MF liegt bei 0,48, der von FM bei 0,55. In T-Werte transformiert bedeutet das einen Wert von 58 für MF und 56 für FM, verglichen mit Personen ihres Geburtsgeschlechts aus einer altersunabhängigen Stichprobe.

Auf den einzelnen Skalen haben zwischen 8,2% und 31,8% einen T-Wert ≥ 63 (siehe Tabelle 06). Auf den Skalen Depressivität und Unsicherheit finden sich die meisten auffälligen Werte.

Tabelle 6: Anzahl Personen mit auffälligen T-Werten (≥ 63) im SCL-90-R in Prozent

	Gesamt (318)	FM (140)			MF (178)		
		EO (120)	LO (20)	Gesamt	EO (94)	LO (84)	Gesamt
GSI	12,3	15,0	20,0	15,7	11,7	7,1	9,6
Somatisierung	10,7	14,2	20,0	15,0	7,4	7,1	7,3
Zwanghaftigkeit	23,0	25,0	20,0	24,3	22,3	21,4	21,9
Unsicherheit	24,2	26,7	25,0	26,4	19,1	26,2	22,5
Depressivität	31,8	30,0	25,0	29,3	30,9	36,9	33,7
Ängstlichkeit	11,3	12,5	25,0	14,3	9,6	8,3	9,0
Aggressivität	10,4	16,7	20,0	17,1	4,3	6,0	5,1
Phobische Angst	10,1	9,2	25,0	11,4	11,7	6,0	9,0
Paranoides Denken	19,5	19,2	20,0	19,3	16,0	23,8	19,7
Psychotizismus	8,2	8,03	10,0	8,6	6,4	9,5	7,9

Werden diese Zahlen getrennt für FM und MF betrachtet, so zeigt sich, dass im GSI 15,7% der FM und 9,6% der MF klinisch auffällige Werte haben. Auch auf den meisten anderen Skalen hat ein größerer Anteil von den FM auffällige Werte.

Weiterhin ist in Tabelle 06 zu sehen, dass unter den MF mehr Personen mit einem LO auffällige Werte auf den Skalen Unsicherheit und Depressivität sowie Paranoides Denken haben als Personen mit EO, von denen dafür auf der Skala Phobisches Denken und in der Gesamtbelastung mehr auffällige Werte haben. Bei den FM ist die Unterscheidung in Personen mit EO und solchen mit LO problematisch, da nur 20 Personen von 140 der zweiten Gruppe zugeordnet wurden.

Um die beschriebenen Unterschiede zu quantifizieren, werden die Hypothesen H_{03a} und H_{03b} getestet. Die Werte im SCL-90-R sind nicht normalverteilt ($D(318)=0,15$; $p \leq .001$), weswegen ein Kruskal-Wallis-Test zur Hypothesentestung herangezogen wird. Dieser zeigt, dass sich die Gruppen FM und MF nicht signifikant im GSI in ihren Werten voneinander unterscheiden ($H(1)=1,76$; $p=.185$). Auch auf den anderen Skalen unterscheiden sich die Gruppen nicht voneinander, allein auf der Skala „Somatisierung“ ($H(1)=12,52$; $p \leq .001$) und „Aggressivität“ ($H(1)=14,79$; $p \leq .001$) unterscheiden sich FM von MF, wobei auf der Somatisierungsskala FM mit einem MD von 0,33 (Somatisierung) durchschnittlich höhere Werte haben als MF (0,22). Auf der Skala Aggressivität wird dieser Unterschied im Median (beide Gruppen 0,17) nicht sichtbar. FM haben aber mit einem MW von 0,46 signifikant höhere Werte als MF mit $MW=0,25$. Auf beiden Skalen liegen die Werte dennoch im unauffälligen Bereich.

Für die Onset Age-Gruppen ergab der Kruskal-Wallis-Test, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit EO und solchen mit LO gibt. Auch einzeln für FM und MF gerechnet, konnten keine Unterschiede im GSI [MF ($H(1)=0,54$; $p=.463$), FM ($H(1)=0,41$; $p=.524$)] und auf allen anderen Skalen gefunden werden.

Die H_{03a} kann also für die meisten Skalen beibehalten werden, allein für die Skalen „Somatisierung“ und „Aggressivität“ wird sie verworfen. Hier unterscheiden sich die Gruppen FM/MF signifikant in ihren Werten und zwar dahingehend, dass FM auf beiden höhere Werte haben als MF. Auf allen anderen Skalen haben sie ähnliche Ausprägungen, wobei beide Gruppen durch Depressivität und Unsicherheit am stärksten belastet sind.

Die H_{03b} kann beibehalten werden. Die Gruppen EO/LO unterscheiden sich nicht in ihren Werten auf den verschiedenen Skalen der SCL-90-R.

Die Ergebnisse können derart zusammengefasst werden, dass sich im Durchschnitt keine Unterschiede in der generellen psychischen Belastung zwischen Transgenderpersonen und Allgemeinbevölkerung finden ließen. Generell unterscheiden sich MF und FM nicht in ihrem psychischen Wohlbefinden, allein bezogen auf Somatisierung und Aggressivität geben FM

an, stärker belastet zu sein als MF. Zwischen den Gruppen EO und LO finden sich keine signifikanten Unterschiede.

3.2.4 GIQ

Für den GIQ wurden nur die Items zur Analyse herangezogen, die sich auf einer seiner vier Skalen wiederfinden. Somit wurden die Items 8, 9 und 22 aus der Analyse ausgeschlossen. Für die vier Skalen wurde aus den ihnen zugeordneten Items jeweils ein Mittelwert berechnet.

Die zu erreichenden Werte liegen zwischen 1 und 5, wobei höhere Werte eine stärkere Identifikation auf der jeweiligen Dimension (female, male, transgender, bzw. höhere Unsicherheit) bedeuten.

Die Werte der Teilnehmenden wurden zunächst über eine z-Transformation mit den Werten der Normstichprobe (Eckloff, 2003) verglichen. Im Folgenden werden zunächst MF (Trans*frauen) mit Cis*frauen²⁶ und FM (Trans*männer) mit Cis*männern verglichen.

Von den MF haben auf der Skala FGI (female gender identity) 29,5% einen extremeren z-Wert als -1,96. Das bedeutet, dass diese Personen eine weniger ausgeprägte weibliche Geschlechtsidentität haben als Cis*frauen aus der Normstichprobe. Von den FM haben auf der FGI-Skala 18,4% einen z-Wert über 1,96, was bedeutet, dass diese eine weiblichere Geschlechtsidentität haben als ihre cis*männlichen Counterparts. Generell haben in einer Normalverteilung insgesamt nur 5% einen extremeren z-Wert als +/- 1,96 (2,5% unter -1,96 und 2,5% über 1,96). Obwohl unter den MF und FM weitaus mehr als 2,5% extremere z-Werte erreichen, so ca. 30% der Trans*frauen dennoch

²⁶ Ein Kritikpunkt an vielen Arbeiten zum Thema Transsexualität stellt die Gegenüberstellung von transgeschlechtlichen vs. „biologischen“ Männern und Frauen dar. Da transsexuelle Menschen sich anatomisch und „biologisch“ nicht von anderen unterscheiden, wird diese Gegenüberstellung von vielen abgelehnt (Sternchen & Steine, 2012). Aus diesem Grunde wird in dieser Arbeit der von Sigusch eingeführte Begriff Cisgender als Gegenüberstellung von Transgender gebraucht, welcher die „Normalität“ der zweigeschlechtlichen, heteronormativen Matrix sichtbar machen und ihre Selbstverständlichkeit in Frage stellen soll (Sigusch, 2005).

vergleichbare Werte wie Cis*frauen und 18,4% der Trans*männer vergleichbare Werte wie Cis*männer auf der FGI.

Auf der Skala MGI (male gender identity) haben 86,8% der FM extremere z-Werte als -1,96, dementsprechend hat der Großteil der Trans*männer eine geringer ausgeprägte männliche Geschlechtsidentität als die Cis*männer der Normstichprobe. Von den MF haben nur 6,3% einen extremeren z-Wert als 1,96, so dass davon ausgegangen werden kann, dass Trans*frauen nur wenig häufiger als Cis*frauen eine stärker ausgeprägte männliche Geschlechtsidentität, gemessen mittels MGI, haben.

Von den MF haben 89,5% und von den FM 94,7% extremere z-Werte als 1,96 auf der Skala TGI (transgender identity). Dies bedeutet, dass sowohl Trans*frauen, als auch Trans*männer deutlich höhere Ausprägungen einer Transgenderidentität aufweisen als ihre jeweiligen Cis*-Counterparts.

Demgegenüber haben 97,9% der MF und 90,8% der FM extremere Werte als -1,96 auf der Skala SGI (certainty to belong to a gender). Das bedeutet, dass die Mehrheit der Teilnehmenden sich verglichen mit der Normstichprobe unsicher bzgl. ihrer inneren Geschlechtszugehörigkeit fühlt.

Wenn nun Personen mit anderen, ihrem Geburtsgeschlecht entsprechenden Personen verglichen werden, zeigt sich folgendes Bild:

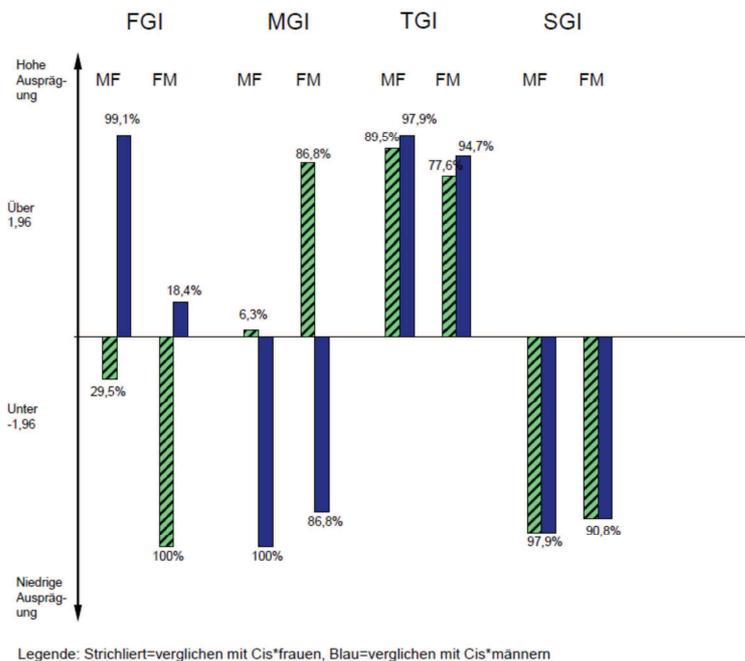
Auf der Skala FGI haben 99,1% der MF einen extremeren z-Wert als 1,96, was bedeutet, dass fast alle von ihnen, verglichen mit Cis*männern der Normstichprobe, eine ausgeprägtere weibliche Geschlechtsidentität haben. Alle FM haben einen extremeren z-Wert als -1,96 auf der FGI-Skala und somit mit Cis*frauen verglichen eine weniger ausgeprägte weibliche Geschlechtsidentität.

Von den MF haben wiederum alle einen extremeren z-Wert auf der MGI-Skala als -1,96 und somit eine geringer ausgeprägte männliche Geschlechtsidentität als Cis*männer. Bei den FM haben 86,8% einen extremeren z-Wert als 1,96 und somit eine ausgeprägtere männliche Geschlechtsidentität als die Cis*frauen der Vergleichsgruppe.

Auf der Skala TGI haben 97,9% der MF und 77,6% der FM einen Wert über 1,96 und damit eine extremer ausgeprägte Transgenderidentität verglichen mit

den Personen ihres jeweiligen Geburtsgeschlechts. Erwartungsgemäß haben dementsprechend 97,9% der MF und 90,8% der FM einen extremeren Wert auf der SGI-Skala als -1,96 und somit, verglichen mit Personen ihres Geburtsgeschlechts, ein geringer ausgeprägtes Gefühl der Sicherheit ihrer inneren Geschlechtszugehörigkeit. Abbildung 06 fasst diese Ergebnisse zusammen.

Abbildung 6: Z-Werte-Vergleich Trans*personen und Cis*personen



Nachfolgend werden die Gruppen MF und FM untereinander verglichen.

Der K-S-Test zeigt, dass für keine Skala eine Normalverteilung gegeben ist (FGI: $D(171)=0,20$; $p \leq .001$; MGI: $D(171)=0,18$; $p \leq .001$; TGI: $D(171)=0,09$; $p=.003$; SGI: $D(171)=0,22$; $p \leq .001$). Für die Gruppenvergleiche wird daher der Kruskal-Wallis-Test verwendet. Dieser findet einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen FM/MF auf den Skalen FGI ($H(1)=126,32$; $p \leq .001$) und MGI ($H(1)=115,35$; $p \leq .001$), aber keinen auf den Skalen TGI ($H(1)=2,76$; $p=.097$) und SGI ($H(1)=0,63$; $p=.428$). Auf der FGI haben MF ($MD=3,75$) höhere Werte als FM ($MD=2,22$), auf der MGI ist es umgekehrt [MF ($MD=2$), FM ($MD=3,13$)]. Zwischen den Gruppen EO/LO findet der Kruskal-Wallis-Test signifikante Unterschiede für die Skalen FGI ($H(1)=8,20$; $p=.004$), MGI ($H(1)=19,65$; $p \leq .001$) und TGI ($H(1)=5,06$; $p=.025$), nicht aber für SGI ($H(1)=1,62$; $p=.203$). Auf der FGI haben Personen mit EO ($MD=2,75$) signifikant

niedrigere Werte als Personen mit LO (MD=3,5). Umgekehrtes gilt für die Skala MGI, auf der Personen mit einem EO (MD=3) höhere Werte haben als Personen mit LO (MG=2), was den gleichen Grund haben könnte. Auf der Skala TGI haben Personen mit LO (MD=3,57) höhere Werte als Personen mit EO (MD=3,43). Ein zwar signifikanter Unterschied, seine klinische Relevanz ist bei seiner Größe allerdings fraglich.

Getrennt für MF und FM gerechnet ergibt der Kruskal-Wallis-Test für MF, dass die Skalen FGI ($H(1)=7,98$; $p=.005$) und TGI ($H(1)=4,92$; $p=.027$) signifikant zwischen den Gruppen EO/LO unterscheiden. Personen mit einem EO (MD=3,8) haben auf der Skala FGI höhere Werte als Personen mit einem LO (MD=3,66), wohingegen es auf der Skala TGI umgekehrt ist [EO (MD=3,46) und LO (MD=3,57)]. Das bedeutet, dass sich MF mit frühem Beginn weiblicher erleben als solche mit einem späten Beginn, wohingegen sich Personen mit einem LO transgeschlechtlicher erleben als Personen mit EO.

Für FM zeigen sich keine Unterschiede auf den vier Skalen zwischen Personen mit EO und solchen mit LO.

Die Hypothese H_{04a} wird für die Skalen FGI und MGI verworfen. Die Gruppen FM/MF unterscheiden sich in ihren Werten in FGI und MGI. MF identifizieren sich weiblicher als FM, welche sich wiederum männlicher beschreiben. Für die Skalen TGI und SGI wird die H_{04a} beibehalten: Die Gruppen FM/MF unterscheiden sich nicht in ihren Werten auf den Skalen TGI und SGI.

Die Hypothese H_{04b} wird, wenn einzeln für die Gruppen FM/MF gerechnet, teilweise verworfen. Die Gruppen EO/LO unterscheiden sich unter den MF in ihren Werten auf den Skalen FGI und TGI. Unter den FM unterscheiden sich die Gruppen nicht.

Zusammenfassend wurde festgestellt, dass FM sich männlicher erleben als Cis*frauen und MF, aber weniger männlich als Cis*männer. Dementsprechend identifizieren sich auch MF weiblicher als Cis*männer und FM, allerdings weniger weiblich als Cis*frauen. Beide Gruppen empfinden sich transgeschlechtlicher und unsicherer in ihrer Geschlechtszugehörigkeit als die Allgemeinbevölkerung, unterscheiden sich aber nicht untereinander. Unter den

MF beschreiben sich Personen mit EO weiblicher als solche mit LO, die sich allerdings transgeschlechtlicher empfinden.

3.3 Zusammenhänge

Inwiefern die einzelnen Fragebögen miteinander zusammenhängen, soll hier geklärt werden. Gibt es positive oder negative Zusammenhänge?

Da die Daten in den einzelnen Fragebögen nicht normalverteilt sind (siehe Kapitel 3.3), wird für alle die Spearman Rangkorrelation gerechnet.

Für die Spearman Rangkorrelation bestehen verschiedene Maßgaben, wie ein Zusammenhang interpretiert werden sollte. Da die Stichprobe sehr groß ist, wird bei Zusammenhängen von 0,1 bis 0,2 von schwachen bis mäßigen Korrelationen gesprochen, bei solchen von 0,2 bis 0,5 von mittleren und bei über 0,5 von deutlichen. Da der Grad der Zustimmung zu den einzelnen Items der Fragebögen von vielen Faktoren abhängig ist, können Zusammenhänge von einer Vielzahl von konfundierenden Variablen beeinflusst werden. Daher ist auch von Bedeutung, ob es überhaupt signifikante Zusammenhänge in erwarteter Richtung gibt und nicht allein, wie hoch diese sind. Andererseits bedeutet Signifikanz nicht gleich klinische Relevanz, was bei der Interpretation der Ergebnisse mitbedacht werden muss.

Da es sich um ein exploratives Vorgehen handelt, zu dessen Zweck viele Korrelationen berechnet werden die keine a priori Alpha Justierung zulassen, muss das Problem der Alpha-Kumulierung mitgedacht werden, auf welches in Kapitel 4.5 explizit eingegangen wird.

3.3.1 Die Genderdysphoriemaße UGDS und GII

Sowohl UGDS, als auch GII sind Instrumente zur expliziten Erfassung von Genderdysphorie. Bei der UGDS stehen höhere Werte für extremere Genderdysphorie, beim GII niedrige. Daher kann angenommen werden, dass zwischen beiden Fragebögen ein perfekter negativer Zusammenhang bestehen müsste. Da schon beschrieben wurde, dass den beiden aber unterschiedliche Definitionen und Konstrukte von Genderdysphorie zugrunde liegen, wird von der Nullhypothese ausgegangen, dass zwischen ihnen kein Zusammenhang besteht.

Getrennt für FM und MF gerechnet, zeigt sich, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Gesamtskalen nur in der Gruppe der MF besteht. Dieser ist von mittlerem Ausmaß und in erwarteter Richtung ($r_s = -.46$; $p \leq .001$). Für FM zeigt sich ein sehr kleiner (nicht signifikanter) Zusammenhang ($r_s = -.15$; $p = .079$). Dieses Ergebnis spricht dafür, dass die zwei Versionen der UGDS (für MF und FM) sich inhaltlich nicht entsprechen, da im GII die Parallelversionen für FM und MF tatsächlich die gleichen Items beinhalten.

Wenn der Score der UGDS mit den Unterskalen des GII korreliert wird, finden sich bei MF signifikante Zusammenhänge auf allen Skalen und bei den FM auf drei von vier Skalen. Bei ihnen sind die Zusammenhänge zwischen UGDS und den Skalen somatischer, sozialer und rechtlicher Aspekte signifikant, der Zusammenhang mit den subjektiven Aspekten ist nicht signifikant (siehe Tabelle 07).

Tabelle 7: Zusammenhänge zwischen UGDS und GII-Skalen (N=318)

	MF	FM
UGDS & GII-Gesamt	-.46*	-.15
UGDS & subjektive Aspekte	-.24*	-.02
UGSD & soziale Aspekte	-.35*	-.19*
UGDS & somatische Aspekte	-.54*	-.35*
UGDS & rechtliche Aspekte	-.37*	-.29*

Die Korrelation ist auf dem 0.01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Die Korrelationen sind gering bis deutlich und fallen signifikant aus. Da bisher noch nicht untersucht wurde, ob die einzelnen Skalen des GII von klinischer Relevanz sind, ist dieses Ergebnis jedoch hinterfragbar, da zwischen den Hauptskalen nur bei den MF ein signifikanter Zusammenhang gefunden wurde.

Da vor allem in der UGDS Deckeneffekte und damit einhergehend Rangbindungen auftreten (so haben z.B. viele Personen den gleichen Wert 60), wird zusätzlich ein zweites Zusammenhangsmaß verwendet. Kendall's Tau stellt bei Rangbindungen eine bessere Schätzung des Zusammenhangs in der Population dar. Es fällt geringer als Spearman's r_s aus, kommt aber prinzipiell zu ähnlichen Ergebnissen. Für MF findet sich demzufolge ein mittlerer negativer Zusammenhang ($T = -.34$, $p \leq .000$), für FM weiterhin kein Zusammenhang ($T = -.11$, $p = .080$).

Bezogen auf die Fragestellung bedeutet dies, dass die H₀5a für MF verworfen wird. Es bestehen signifikante, schwache bis deutliche Zusammenhänge zwischen den Werten auf den einzelnen Skalen des GII und denen im UGDS.

Für FM kann die H₀5a bezogen auf die Gesamtskala und die subjektiven Aspekte beibehalten werden. Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Werten im GII und denen im UGDS. Für die Unterskalen soziale, somatische und rechtliche Aspekte muss sie jedoch verworfen werden, da hier geringe bis mittlere, signifikante Zusammenhänge mit den Werten der UGDS bestehen.

Inhaltlich bedeuten alle Korrelationen, dass im UGDS ermittelte schwerere Genderdysphorie auch mit schwereren Dysphorieausprägungen im GII einhergehen.

Zusammenfassend kann also davon ausgegangen werden, dass die beiden Fragebögen Genderdysphorie zumindest ähnlich erfassen, da für MF und FM zumindest bei einigen Unterskalen des GII Zusammenhänge mit der UGDS gefunden wurden. So erfassen beide Fragebögen gleichsinnig stärkere oder schwächere Ausprägungen von Genderdysphorie. Das Ausmaß der Ablehnung der eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmale und der gegengeschlechtlichen Geschlechtsrollenidentifikation hängt also mit dem Grad zusammen, wie sehr eine Person mit ihrer Geschlechtsidentität zu kämpfen hat.

3.3.2 Genderdysphorie und Geschlechtsidentität (UGDS und GIQ)

Es wird untersucht, ob die Werte im UGDS und die Ausprägungen auf den verschiedenen Skalen des GIQ miteinander zusammenhängen.

Wie in Tabelle 08 zu sehen ist, findet sich sowohl für MF als auch für FM nur eine signifikante Korrelation zwischen der UGDS und der FGI-Skala des GIQ. Inhaltlich bedeutet dieser Zusammenhang, dass MF mit steigenden Genderdysphorie-Werten auch immer höher auf der FGI-Skala punkten, während es bei FM umgekehrt ist. Bei ihnen gehen steigende Genderdysphorie-Ausprägungen mit sinkenden Werten auf der FGI-Skala einher.

Tabelle 8: Zusammenhänge zwischen UGDS und GIQ-Skalen (N=318)

	MF	FM
UGDS & FGI	.34*	-.38*
UGDS & MGI	-.01	-.03
UGSD & TGI	-.14	-.06
UGDS & SGI	-.17	-.05

Die Korrelation ist auf dem 0.01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Die H_0 6a kann also für alle Skalen bis auf die FGI beibehalten werden. Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Werten auf den GIQ-Skalen und denen im UGDS. Nur für die FGI-Skala wird die Alternativhypothese angekommen. Es besteht ein mittlerer, signifikanter Zusammenhang zwischen den Werten im UGDS und denen auf der FGI-Skala des GIQ. MF sind mit steigender weiblicher Geschlechtsidentität gemäß UGDS dysphorischer, während FM bei steigender weiblicher Geschlechtsidentität weniger dysphorisch sind.

3.3.3 Genderdysphorie und Geschlechtsidentität (GII und GIQ)

Ähnlich wie bei den Zusammenhängen zwischen UGDS und GIQ wird hier untersucht, ob die Genderdysphorie-Ausprägungen mit den verschiedenen Geschlechtsidentitäten zusammenhängen. Dazu wurde für MF und FM wieder getrennt eine Spearman-Rangkorrelation für die einzelnen Skalen durchgeführt. In Tabelle 09 ist zu sehen, dass es nur zwei signifikante Zusammenhänge gibt. Diese bestehen zwischen der Gesamtskala des GII und FGI, bzw. TGI des GIQ, sie sind mäßig. Inhaltlich lassen sie sich analog zum Zusammenhang zwischen UGDS und FGI ausdrücken. Bei MF geht stärkere Genderdysphorie (durch kleinere Werte im GII ausgedrückt) mit höherer weiblicher Geschlechtsidentität und sinkender Transgender-Identität einher.

Tabelle 9: Zusammenhänge zwischen GII Gesamtwert und GIQ-Skalen (N=171)

	MF	FM
GII & FGI	-.27*	.03
GII & MGI	.15	.03
GII & TGI	.23*	.00
GII & SGI	.15	-.06

Die Korrelation ist auf dem 0.01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Die H_07a kann also, bis auf eine Ausnahme, beibehalten werden. Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Werten im GII und denen auf den einzelnen Skalen des GIQ, bis auf bei den Skalen FGI und TGI, für die sich in der Gruppe der MF ein Zusammenhang findet.

3.3.4 Genderdysphorie und psychische Belastung (UGDS und SCL-90-R)

Um den Vorhersagewert der einzelnen Gender-Fragebögen auf die SCL-90-R zu untersuchen, sollte eine multiple Regression gerechnet werden. Da deren Voraussetzungen nicht erfüllt sind, werden weiterhin Spearman Rangkorrelationen eingesetzt, um einen Zusammenhang zwischen Genderdysphorie/ Geschlechtsidentität und dem Ausmaß der psychischen Belastung zu untersuchen.

Zwischen den Werten im UGDS und dem GSI findet sich weder für MF ($r_s = ,07$; $p = .370$) noch für FM ($r_s = ,02$; $p = .792$) ein signifikanter Zusammenhang. Da beide Gruppen auf den Skalen Depressivität und Unsicherheit die höchsten Werte haben, wurde zusätzlich der Zusammenhang zwischen diesen Maßen untersucht. Auch hier fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Genderdysphorie und den Dimensionen Unsicherheit und Depressivität. Die H_08a kann also beibehalten werden. Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Werten im UGDS und denen auf den einzelnen Skalen der SCL-90-R.

Inhaltlich ließ sich dementsprechend kein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Ablehnung des eigenen Körpers, bzw. der Identifikation mit einer gegengeschlechtlichen Geschlechtsrolle und psychischen Problemen feststellen.

3.3.5 Genderdysphorie und psychische Belastung (GII und SCL-90-R)

Weiterhin wurde untersucht ob Genderdysphorie, gemessen mit dem GII, und psychische Probleme miteinander zusammenhängen. Hier fanden sich in der Gruppe MF einige schwache bis mittlere, aber signifikante Zusammenhänge (Siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Zusammenhänge zwischen GII Gesamtwert und SCL-90-R-Skalen (N=318)

	MF	FM
GII & GSI	.20*	-.03
GII & Zwanghaftigkeit	.23*	-.05
GII & Unsicherheit	.15	-.11
GII & Depressivität	.21*	.03

Die Korrelation ist auf dem 0.01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Der Zusammenhänge zwischen GII und dem globalen Index psychischer Belastung, sowie mit Zwanghaftigkeit und Depressivität sind gering. Inhaltlich bedeuten sie, da bei dem GII niedrige Werte für stärkere Genderdysphorie stehen und der Zusammenhang positiv ist, dass psychische Belastung, Zwanghaftigkeit und/oder Depressivität zunehmen, je weniger genderdysphorisch die MF-Personen sind. Für die Gruppe der FM finden sich keine signifikanten Zusammenhänge.

Bezogen auf die Fragestellung muss die H_{09a} für die Gruppe der MF teilweise verworfen werden. Es finden sich schwache bis mittlere, positive Zusammenhänge zwischen den Werten im GII und denen auf den Skalen GSI, Zwanghaftigkeit und Depressivität. Für die Gruppe der FM kann die H_{09a} beibehalten werden. Bei ihnen besteht kein Zusammenhang zwischen den Werten im GII und denen auf den einzelnen Skalen der SCL-90-R.

Zusammenfassend finden sich auch hier kaum Zusammenhänge zwischen Problemen mit der eigenen Geschlechtsidentität und psychischer Belastung. Allein für die Gruppe der MF ließen sich geringe bis mittlere Zusammenhänge zwischen Genderdysphorie und allgemeiner psychischer Belastung, Zwanghaftigkeit und Depressivität feststellen, welche aber darauf hindeuten, dass mit geringerer Dysphorie eine erhöhte Belastung durch diese drei Dimensionen einhergehen würde.

3.3.6 Geschlechtsidentität und psychische Belastung (GIQ und SCL-90-R)

Ob das Ausmaß einer bestimmten Geschlechtsidentität bei MF und FM mit allgemeiner psychischer Belastung zusammenhängt wird mittels Spearman-Rangkorrelation ermittelt.

Es findet sich nur eine mittlere, negative Korrelation zwischen der Skala FGI des GIQ und dem GSI, die signifikant wird und nur für die Gruppe MF gilt ($r_s = -.33$; $p = .001$).

Des Weiteren gibt es weder für MF noch für FM Zusammenhänge zwischen den anderen Skalen des GIQ und dem GSI. Für die Skalen Zwanghaftigkeit ($r_s = -.31$; $p = .002$) und Depressivität ($r_s = -.29$; $p = .004$) finden sich für die Gruppe der MF mittlere negative Zusammenhänge mit der FGI.

Inhaltlich bedeutet das, dass mit weniger weiblichem Geschlechtsidentitätsempfinden bei MF-Personen allgemeine psychische Belastung, Zwanghaftigkeit und Depressivität zunehmen. Allerdings sind die Korrelationen nicht deutlich genug, um ihre klinische Relevanz nicht zu hinterfragen.

Die H_{010a} kann, bis auf für die Skala der weiblichen Geschlechtsidentität in der Gruppe der MF, beibehalten werden. Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Werten auf den Skalen des GIQ und denen auf den Skalen der SCL-90-R.

Analog zum letzten Ergebnis bzgl. GII und SCL-90-R kann auch hier zusammenfassend festgehalten werden, dass kaum Zusammenhänge zwischen der Geschlechtsidentität einer Person und psychischer Belastung zu finden waren. Wieder wurden, nur in der Gruppe der MF, schwache Zusammenhänge zwischen dem weiblichen Geschlechtsidentitätsempfinden und allgemeiner psychischer Belastung, Zwanghaftigkeit und Depressivität gefunden. Diese bedeuten, dass die Belastung höher ist, je unweiblicher sich eine Person empfand.

IV Diskussion

4.1 Zur Gruppenzuordnung

Hinsichtlich der Zuordnung zu den diagnostischen Subgruppen early und late Onset zeigt sich eine stabile Einteilung verglichen mit früheren Studien, die an der gleichen Gesamtstichprobe vorgenommen wurden. Während unter den MF etwa gleich viele Personen einen EO (52,8%) und einen LO (47,2%) hatten, so waren es unter den FM deutlich weniger Personen mit einem LO (14,3%). Kreukels et al., (2010) und Nieder et al., (2010) fanden ähnliche Ergebnisse. Terada et al. (2012) nahmen eine andere Einteilung von Onset Age vor, die nicht direkt mit der hier verwendeten vergleichbar ist. Es fällt aber auf, dass auch in ihrer japanischen Stichprobe ein Großteil der FM einen Onset vor der Grundschule berichtete. Andere Autoren benutzen oft die sexuelle Orientierung zur Einteilung in diagnostische Subgruppen. Indirekt finden sich aber auch mit einigen von ihnen Übereinstimmungen, da unter den FM mehr Personen als gynäphil eingestuft werden und diese sich häufiger jünger in einer Klinik vorstellen, wohingegen es unter den durchschnittlich älteren MF mehr Personen gibt, die nicht androphil sind (Smith et al., 2005a; Smith et al., 2005b).

Gemäß der in Kapitel 1.5 vorgestellten Kontroverse zur Typologisierung nach sexueller Orientierung und/ oder Age of Onset, wäre eine weitere Untersuchung des Zusammenhangs der beiden Kategorien interessant, ebenso wie die Frage, ob sich genauere Abstufungen vom Onset Age, wie von Cohen-Kettenis & Pfäfflin (2010) vorgeschlagen, als brauchbar erweisen.

4.2 Zu den Gruppenvergleichen

Es sollte geklärt werden, ob sich die Untergruppen MF/FM und EO/LO in ihrer Ausprägung von Genderdysphorie voneinander unterscheiden und ob die Instrumente UGDS und GII das gleiche Konstrukt erfassen.

4.2.1 Erfassen die UGDS und GII das gleiche Konstrukt?

Sowohl UGDS als auch GII wollen das Ausmaß von Genderdysphorie erfassen. Beide verstehen in Anlehnung an Fisk Genderdysphorie als das Leiden unter der Diskrepanz zwischen der Geschlechtsidentität und körperlichen Geschlechtsmerkmalen. Es erscheint jedoch bei genauerer Betrachtung, dass

in der UGDS die Ablehnung der eigenen körperlichen Erscheinung und die gegengeschlechtliche Geschlechtsrollenidentifikation erfasst wird.

Das GII stellt Genderdysphorie einer „gesunden“ Geschlechtsidentität gegenüber und konzipiert beide auf einem bipolaren Kontinuum zwischen männlich und weiblich (Deogracias et al., 2007). Somit erfasst er Genderdysphorie als einen Leidenszustand in Bezug auf die eigene Geschlechtsidentität.

Während also die UGDS Leiden unter körperlicher Realität und gegengeschlechtlicher Identifikation misst, erfasst das GII die Belastung einer Person durch ihre Geschlechtsidentität. Heute soll Geschlechtsidentität selbst nicht mehr pathologisiert werden, daher wird expliziter von der Belastung ausgelöst durch die Diskrepanz zwischen Geschlechtsidentität und körperlichen Merkmalen gesprochen (Nieder & Richter-Appelt, 2012).

Das GII hat der UGDS gegenüber den Vorteil, dass seine zwei Versionen für FM und MF tatsächlich parallel sind. Seine Ergebnisse stimmen auch eher mit denen der Literatur überein. Trotzdem ist an ihm zu kritisieren, dass er Genderdysphorie/ Geschlechtsidentität auf einem bipolaren Kontinuum von männlich und weiblich konzipiert. Da die Fragebögen in zwei Versionen vorliegen, kann eine FM-Person auf diesem Kontinuum entweder niedrige Werte und somit eine ausgeprägte Genderdysphorie haben, dann befindet sie sich näher am männlichen Pol des Kontinuums. Oder sie kann hohe Werte und somit eine „normale“ weibliche Geschlechtsidentität haben, da sie sich dann am weiblichen Ende des Kontinuums bewegt. Was eine FM-Person mittels dieser Konzeption nicht haben kann, ist eine männliche Geschlechtsidentität. Umgekehrtes gilt für MF. Dies ist zwar ein Manko, wenn Geschlechtsidentität/ Transsexualität nicht mehr pathologisiert werden sollen, dennoch ist es ein nützliches Instrument zur Erfassung von Genderdysphorie, gemessen an den Ergebnissen dieser Arbeit und denen der Literatur.

4.2.2 Genderdysphorie

In der UGDS fanden sich Unterschiede zwischen den Gruppen MF und FM, dahingehend, dass FM eine stärkere Abneigung ihrem Körper gegenüber zeigen und sich stärker gegengeschlechtlich identifizieren als MF. Für die

Gruppen EO und LO gab es nur bei MF signifikante Unterschiede. Hier scheinen die Personen mit EO sich stärker mit ihrem Wunschgeschlecht zu identifizieren und ihren eigenen Körper stärker abzulehnen als solche mit LO. Auch bei Cohen-Kettenis & Van Goozen (1997) haben im Prätest FM höhere Werte als MF, allerdings wurde nicht getestet, ob dieser Unterschied signifikant ausfiel. Smith et al. (2005a) fanden, dass FM eine signifikant höhere Genderdysphorie berichteten als MF. Sie benutzten für die Subgruppeneinteilung anstatt Onset Age sexuelle Orientierung und fanden zwischen homosexuellen und nicht homosexuellen Personen (Homosexualität wird bei ihnen auf das Geburtsgeschlecht bezogen) keine Unterschiede. Da, wie nachfolgend beschrieben wird, auch mittels anderer Instrumente kein Unterschied zwischen den Subgruppen nach Onset hinsichtlich ihrer Genderdysphorie gefunden wurde, steht das vorliegende Ergebnis, MF-Personen mit EO seien genderdysphorischer als solche mit LO, bisher für sich. De Vries, Cohen-Kettenis & Delemarre-van de Waal (2006) gehen zwar auch davon aus, dass Personen mit EO allgemein genderdysphorischer seien als Personen mit LO, haben dies aber noch nicht belegt.

Die gefundenen Ergebnisse müssen jedoch hinterfragt werden. Zu kritisieren ist an dem Instrument allgemein, dass die beiden Versionen der UGDS (für FM und für MF) nicht parallel formuliert sind (siehe Anhang D). So lauten Fragen für FM beispielsweise „Das Leben als Mann erscheint mir attraktiver als das Leben einer Frau“, während ähnliche Fragen für MF so formuliert sind: „Mein Leben wäre wertlos, wenn ich als Mann leben müsste“, bzw. „Mein Leben wäre nur dann lebenswert, wenn ich eine Frau wäre“. Zudem sind in der FM-Version mehrere Fragen umgekehrt gepolt („Ich liebe es als Frau zu leben“), was bei der MF-Version nicht vorkommt („Ich hasse mich, weil ich ein Mann bin“). Der Sinn dieses Vorgehens wurde in der genannten Arbeit nicht erläutert (siehe: Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1997). Dies wirft die Frage auf, ob ein Gruppenvergleich überhaupt sinnvoll sein kann. Wenn die Items für FM inhaltlich nicht denen für MF entsprechen, ist es nur einleuchtend, dass sich die beiden Gruppen in ihren Werten unterscheiden.

Weiterhin sind die Unterschiede zwar statistisch signifikant, dennoch bleibt die Frage, ob sie auch klinisch relevant sind, da alle berechneten Werte zwischen

50 und 60 und somit im dysphorischen, bzw. transsexuellen Bereich liegen, weil Transsexualität als die extremste Ausprägung von Genderdysphorie verstanden wird.

Im GII, in dem Genderdysphorie als das Leiden verbunden mit der eigenen Geschlechtsidentität definiert ist, finden sich ähnliche Ergebnisse wie in der UGDS. FM sind durch ihre Geschlechtsidentität belasteter als MF, was mit den Ergebnissen von Deogracias et al. (2007) und Singh et al. (2010) übereinstimmt. Die Werte lassen darauf schließen, dass die schwerere Genderdysphorie der FM sich vor allem im somatischen und rechtlichen Bereich zeigt (Itembeispiele: 12, 13, 20-22). Inhaltlich bedeutet das eine stärkere Abneigung des eigenen Körpers und einen ausgeprägteren Wunsch nach Hormonbehandlung und/oder Operationen sowie mehr Bestreben zur Änderung von Name und/oder Personenstand. Diese Ergebnisse könnten dafür sprechen, dass Geschlecht und Onset Age (und sexuelle Orientierung) miteinander zusammenhängen, da beschrieben wird, dass FM und jüngere (gynäophile) Personen häufiger einen drängenderen Wunsch nach somatomedizinischen Maßnahmen haben (De Vries, Cohen-Kettenis & Delemarre-van de Waal, 2006). Da die Unterschiede aber im 0,1-Bereich lagen, ist ihre tatsächliche Relevanz zu hinterfragen.

Es fanden sich allerdings keine Unterschiede zwischen den Subgruppen EO und LO bzgl. der Belastung durch ihre Geschlechtsidentität, im Gegensatz zur UGDS, bei der MF mit EO sich stärker gegengeschlechtlich zu identifizieren scheinen als Personen mit LO. Deogracias et al. (2007) untersuchten nur die Subgruppen homosexueller und nicht homosexueller Personen, wobei sie Homosexualität auf das Geburtsgeschlecht hin definierten. Auch mittels dieser Einteilung fanden sie keinen Unterschied zwischen den Gruppen. Da diese Ergebnisse nicht unmittelbar miteinander verglichen werden können, beide Typologisierung aber gebräuchlich sind, wäre eine Untersuchung, in welcher Weise es Überlappungen der beiden Gruppenzuordnungen gibt, interessant.

Dass sich die Ergebnisse in UGDS und GII an diesem Punkt voneinander unterscheiden, kann vor allem an der beschriebenen Kritik an der UGDS liegen, dass beide Versionen nicht exakt die gleichen Aspekte einer gegengeschlechtlichen Identifikation erfragen. Die Version für MF könnte

eventuell noch nicht identifizierte Aspekte erfragen, die Version für FM nicht. Es ist aber auch möglich, dass die voneinander abweichenden Konzeptionen von Genderdysphorie, die den beiden Instrumenten zugrunde liegen, einen Beitrag dazu geleistet haben.

Da Smith et al. (2005a) keine Unterschiede zwischen den Subgruppen sexueller Orientierung mittels UGDS fanden, kann der hier gefundene Unterschied entweder dafür sprechen, dass die Subgruppen nach Onset Age sich doch von denen nach sexueller Orientierung unterscheiden oder, dass die UGDS in der Lage ist zwischen Personen mit EO und mit LO zu unterscheiden, was mit dem GII nicht möglich ist. Dementsprechend würden die beiden Instrumente nicht exakt das gleiche messen, wenn dies auch nur in der Gruppe der MF auffällt.

Für diese Schlussfolgerung spricht auch der mäßige Zusammenhang der beiden Fragebögen. Werden nur die Gesamtskalen betrachtet, dann korrelieren die MF-Versionen zwar signifikant negativ miteinander, aber nur mittelmäßig, während es zwischen den FM-Versionen keinen signifikanten Zusammenhang gibt. Auch dieses Ergebnis spricht eher dafür, dass die beiden Fragebögen zwar ähnliche Konstrukte erfragen, aber nicht dasselbe. Gegengeschlechtliche Identifikation und Abneigung der eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmale gehen mit der Belastung durch die eigene Geschlechtsidentität einher, dennoch scheinen für Genderdysphorie noch mehr Aspekte eine Rolle zu spielen, die durch diese beiden Fragebögen nicht erschöpfend erfasst werden. Vor allem spiegelt es aber auch die Diskrepanz zwischen den Versionen der UGDS für MF und FM wider, da sich ein Zusammenhang der Gesamtskalen bei MF fand, bei FM jedoch nicht.

4.2.3 Vergleich der Fragebögen

Nachdem die Ergebnisse der beiden Fragebögen miteinander und mit denen in der Literatur verglichen wurden, ist zu überlegen, ob sich eines der beiden besser eignet, in Zukunft Genderdysphorie zu erfassen.

Von den psychometrischen Untersuchungen ausgehend, steht das GII auf einer solideren Grundlage. In zwei Studien wurde die diskriminante und konvergente Validität ermittelt, sowie ein Cut-Point eingerichtet, dessen Spezifität und

Sensitivität für gut befunden wurden (Deogracias et al., 2007; Singh et al., 2010). Demgegenüber gibt es keine veröffentlichte Studie zur Erstellung der UGDS, deren psychometrische Maße, unserem Wissen nach, einzig in einer Follow-up Studie berichtet wurden (Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1997). Zudem erscheint ihre Definition von Genderdysphorie nicht mehr ganz zeitgemäß, da sie den Grad der Abneigung der eigenen körperlichen Erscheinung und der gegengeschlechtlichen Geschlechtsrollenidentifikation im Sinne der Transsexualität erfasst. Damit bleiben die Identifikation mit einem anderen Geschlecht und die Abneigung körperlicher Geschlechtsmerkmale miteinander verknüpft, was der geforderten Trennung von Transsexualität und Genderdysphorie, wie im DSM-5, entgegensteht. Es bedürfte also einer klareren Trennung beider Konzepte (im Sinne einer transsexuellen Entwicklung, siehe Kapitel 1.3). Es sollten aber vor allem die Versionen FM und MF parallelisiert werden, um die Unterschiede zwischen den Gruppen Geschlecht und Onset Age aufklären zu können. Auch im GII könnte eine differenziertere Definition von Genderdysphorie hilfreich sein, die nicht einfach die pathologische Seite der Geschlechtsidentität darstellen sollte. Weiterhin wäre es wünschenswert, wenn die Belastung durch die wahrgenommene Diskrepanz zwischen Geschlechtsidentitätserleben und körperlicher Erscheinung von der binären Geschlechterteilung entkoppelt würde und somit der Druck, in eine von zwei Kategorien passen zu müssen, verringert werden könnte. Zudem ist bei einigen Fragen zu überlegen, ob sie im GII überhaupt relevant sind. Da z.B. die Fragen 7a und 7b (zum Traumerleben) nicht weiter analysiert werden, könnten sie auch entfernt werden. Da beide Fragebögen zwar im Großen und Ganzen übereinstimmende Ergebnisse liefern, aber im Einzelnen teilweise doch Unterschiedliches ermitteln, sollten beide weiterentwickelt und miteinander verglichen werden, um die verschiedenen Komponenten der Genderdysphorie untersuchen zu können.

4.2.4 Geschlechtsidentität

Es sollte geklärt werden, ob sich die Subgruppen in ihren Geschlechtsidentitäten voneinander unterscheiden. Dazu wurde das GIQ verwendet, das weibliche, männliche und transgender Geschlechtsidentität sowie die Sicherheit der inneren Geschlechtszugehörigkeit erfassen soll.

Verglichen mit der Normalbevölkerung zeigen sich folgende Muster: Fast alle MF erleben sich weiblicher als Cis*männer, aber ca. 1/3 von ihnen fühlt sich dennoch weniger weiblich als Cis*frauen. Unter den FM identifiziert sich die Mehrheit männlicher als Cis*frauen, aber ein ebenso großer Teil erlebt sich dennoch weniger männlich als Cis*männer. Dieses letzte Ergebnis ist das einzig auffällige und entspricht nicht dem von Bennecke (2010) gefundenen, nachdem FM die gleiche weibliche sowie männliche Geschlechtsidentität wie Cis*männer aufweisen. Ihre Stichprobe enthielt jedoch nur 28 Personen. Das aktuelle Ergebnis könnte damit zusammenhängen, dass bei FM weniger häufig Genitaloperationen durchgeführt werden als bei MF, da diese schwieriger und mit mehr Komplikationen verbunden sind. In Antizipation dessen könnten sich einige dadurch weniger männlich erleben. Möglich und wahrscheinlich wäre aber auch, dass Cross-gender-Verhalten unterschiedlich toleriert wird. So kann es sein, dass MF mehr um Akzeptanz als Frau kämpfen müssen und sich dafür umso weiblicher identifizieren, wohingegen FM leichter als Männer akzeptiert werden und sich dementsprechend nicht so stark als männlich definieren müssen. Zu dieser Schlussfolgerung geben viele Ergebnisse der Literatur Anlaß, denen zufolge MF mehr Probleme in der Gesellschaft haben als FM. Beispielsweise haben sie es nach ihrer Transition schwerer auf dem Arbeitsmarkt, während FM eher aufsteigen (siehe auch Kapitel 4.4 oder genauer Schilt & Wiswall, 2008). Auch werden MF häufiger Opfer körperlicher Gewalt als FM (Grant, Mottet, & Tanis, 2008). Aber schon die Tatsache, dass mehr gender-nonkonforme Jungen von ihren Eltern in eine Gender-Spezialeinrichtung gebracht werden als Mädchen (Zucker et al., 2012) deutet darauf hin, dass männliches Identitätserleben und Verhalten bei Mädchen in westlichen Gesellschaften generell akzeptierter ist als weibliches bei Jungen, weshalb MF einem höherem Druck zu „passen“²⁷ ausgeliefert sein können.

Im Vergleich zwischen den beiden Gruppen zeigt sich, dass sie sich hinsichtlich männlicher und weiblicher Geschlechtsidentität in erwarteter Weise unterscheiden. FM identifizieren sich männlicher als MF, welche sich wiederum weiblicher erleben als erstere. Sie unterscheiden sich hingegen nicht bzgl.

²⁷ „Passing“ stellt das erkannt-werden im Wunschgeschlecht dar (Sternchen & Steine, 2012).

transgeschlechtlichen Erlebens oder dem Sicherheitsgefühl der inneren Geschlechtszugehörigkeit.

Für die Gruppen EO und LO finden sich nur bei den MF signifikante Unterschiede. MF mit EO empfinden sich demnach weiblicher als Personen mit LO, die sich transgeschlechtlicher erleben. Dies könnte wiederum daran liegen, dass jüngere Personen sich generell stärker gegengeschlechtlich identifizieren als ältere (De Vries, Cohen-Kettenis & Delemarre-van de Waal, 2006).

Eine genauere Erforschung des Geschlechtsidentitätserlebens von FM und MF sowie der Subgruppen erscheint sinnvoll. Sollte dazu das GIQ verwendet werden, ist die Kritik von Bennecke (2010) zu berücksichtigen. Ihr zufolge ist die Interpretation der Skala zu Sicherheit der inneren Geschlechtszugehörigkeit bei genauerer Betrachtung ihrer Items nicht möglich. Drei von vier Items dieser Skala fragen nach der Sicherheit bezogen auf das Erziehungsgeschlecht, das letzte allerdings bzgl. des gelebten Geschlechts. Da gelebtes und Erziehungsgeschlecht bei Transgenderpersonen allgemein nicht miteinander übereinstimmen, sind die Ergebnisse der Items nicht sinnvoll zusammenzufassen, weshalb Bennecke (2010) eine Neubearbeitung der Skala vorschlägt. Die Skala wird in der Folge nicht weiter berücksichtigt.

4.2.5 Geschlechtsidentität und Genderdysphorie

Da die UGDS Abneigung des eigenen Körpers und gegengeschlechtliche Identifizierung (im Sinne der Geschlechtsrolle) zu erfassen scheint und das GII Genderdysphorie als das Leiden unter der eigenen (unsicheren) Geschlechtsidentität konzipiert, sollte untersucht werden inwiefern die beiden Konstrukte mit Geschlechtsidentität (gemessen am GIQ) zusammenhängen.

Obwohl sich Zusammenhänge zeigten, fielen diese jedoch nur gering aus. Je weiblicher sich MF identifizierten (gemessen an der FGI-Skala), desto dysphorischer waren sie allgemein (gemessen an UGDS und GII). Je weiblicher (FGI) sich FM beschrieben, desto weniger gegengeschlechtlich identifizierten sie sich und desto weniger lehnten sie ihre eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmale ab (gemessen an UGDS). Diese Ergebnisse erscheinen augenscheinlich logisch, es verwundert aber, dass Umgekehrtes sich nicht für die männliche Geschlechtsidentität (MGI) zeigt. Grund dafür könnte eine

generell bessere Unterscheidungskraft von weiblichen Markern zwischen den Geschlechtern darstellen.

Das einzig andere auffällige Ergebnis bezieht sich nur auf die Gruppe der MF. Je transgeschlechtlicher sich diese identifizierten, desto weniger Probleme mit ihrer Geschlechtsidentität hatten sie (GII). Im Sinne, dass Genderdysphorie das Leiden unter der Inkongruenz zwischen Geschlechtserleben und körperlicher Erscheinung darstellt, erscheint dieses Ergebnis logisch, da Personen, die sich transgeschlechtlich erleben und äußerlich auch so erkannt werden (wenn auch vor hormonellen und/ oder operativen Behandlungen) sich kongruent erleben müssten und somit keine Probleme mit ihrer Geschlechtsidentität haben sollten.

4.3 Zu den Zusammenhängen mit psychischen Problemen

Grundsätzlich zeigten sich, gemessen mittels SCL-90-R, wenig psychische Probleme bei den Teilnehmenden (was u.a. auch auf die Stichprobenauswahl zurück zu führen sein könnte, siehe Kapitel 4.5). Nur 12,3% aller Personen hatten einen klinisch auffälligen Wert auf der Skala der generellen psychischen Belastung. Die Gruppen MF und FM sind dabei nicht unterschiedlich belastet. Diese Ergebnisse stimmen mit denen von Haraldsen & Dahl (2000) überein. Auch sie fanden kaum Psychopathologie in ihrer Stichprobe und auch bei ihnen konnte kein Unterschied zwischen MF und FM festgestellt werden. Andere Autoren kamen zu ähnlichen Ergebnissen (Gómez-Gil et al., 2009; Gómez-Gil, Vidal-Hagemeijer, & Salamero, 2008; Hepp et al., 2005; Hoshiai et al., 2010), wobei Gómez-Gil et al. (2009) darauf hinweisen, dass sie zwar kaum andere primäre Achse-I Störung in ihrer Stichprobe gefunden haben, dass aber sekundäre psychische Probleme und in der Folge Alkohol oder Substanzmißbrauch eine Rolle spielen.

Auch die Gruppen EO und LO unterscheiden sich nicht in ihrer psychischen Belastung, was mit der Studie von Heylens et al. (in press) konform ist. Diese Studie hat die gleiche Gesamtstichprobe, wie in der vorliegenden Arbeit, allerdings mit anderen Instrumenten auf psychische Komorbiditäten hin untersucht.

Am meisten belastet sind sowohl MF als auch FM durch Depressivität und Unsicherheit, ein Ergebnis, das auch mit denen anderer Studien übereinstimmt

(Gómez-Gil et al., 2012; Haraldsen & Dahl, 2000; Heylens et al., in press.; De Vries et al., 2011). Gómez-Gil et al. (2012) fanden einen Unterschied bzgl. emotionalen Störungen und sozialer Belastung zwischen Personen ohne Hormontherapie und solchen, die schon längere Zeit Hormone bekommen hatten. Obwohl alle Werte im klinisch nicht auffälligen Bereich lagen, waren die der Gruppe ohne Hormontherapie höher. Zwei Drittel dieser Gruppe hatte einzelne Angstsymptome und ein Drittel hatte Symptome einer Depression. Die Autoren halten es für möglich, dass Depressionen und Ängste eine Reaktion auf das eigene inkongruente Körperbild und das soziale Stigma darstellen und somit zu dem Unterschied zwischen den Gruppen geführt haben (Gómez-Gil et al., 2012). In diesem Sinne könnten auch die aktuellen Ergebnisse als Folge der Genderdysphorie gewertet werden oder eine Reaktion auf (antizipiertes) soziales Stigma bedeuten.

Auch De Vries et al. (2011) fanden in ihrer Stichprobe genderdysphorischer Jugendlicher bei der Mehrheit keine komorbiden psychiatrischen Störungen. Allerdings gab es in ihrer Stichprobe einen Unterschied zwischen MF und FM-Personen. Die MF hatten mehr depressive und Angstsymptome, während FM eher oppositionelles Verhalten zeigten. Hoshiai et al. (2010) fanden in ihrer japanischen Stichprobe eine generell höhere psychische Belastung in der Gruppe der MF.

In der vorliegenden Arbeit fanden sich die einzigen Unterschiede zwischen den Gruppen für die Skalen Somatisierung und Aggressivität, wobei FM auf beiden Skalen höhere Werte haben als MF. Allerdings liegen die Werte beider Gruppen im klinisch nicht auffälligen Bereich. Dieses Ergebnis findet keine Entsprechung in der bisherigen Literatur. Franke (1995) beschreibt geschlechtsspezifische Effekte auf die Werte im SCL-90-R. Vor allem auf den Skalen GSI, PST, Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit und Phobische Angst berichteten in der Eichstichprobe Cis*Frauen über ein höheres Maß an psychischer Belastung als Cis*Männer (Franke, 1995). In der aktuellen Stichproben haben FM häufiger auf diesen Skalen höhere Werte als MF. Allerdings ist dieser Unterschied nur bei der Somatisierungs-Skala signifikant. Franke (1995) berichtet weiter, dass es einen Alterseffekt bzgl. der Skala Aggressivität gebe. Mit zunehmendem Alter nehme demzufolge die psychische Belastung durch Aggressivität ab

(Franke, 1995). Diese Erkenntnis könnte ein Hinweis darauf geben, warum FM höher auf dieser Dimension belastet sind, als MF, da letztere durchschnittlich älter sind. Es wäre aber auch möglich, dass FM, durch ihre männliche Geschlechtsidentität, stereotyp männliche Bewältigungsmuster benutzen, während MF diese aus Gründen einer Identifikation mit weiblichen Stereotypen unterdrücken. Während De Vries et al. (2011) vermuten, dass genderdysphorische Jugendliche eher Psychopathologien entwickeln, die normalerweise mit dem von ihnen bevorzugten Geschlecht assoziiert sind, finden sich in der vorliegenden Arbeit Ergebnisse, die widersprüchlicher erscheinen. Teilweise entsprechen die psychopathologischen Muster von MF und FM denen von Personen ihres Ursprungsgeschlecht (bei FM auf den Skalen GSI, Somatisierung), zum Teil dem Wunschgeschlecht (bei FM die Aggressivität, bei MF die Depressivität). Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind aber weitestgehend nicht signifikant und liegen im klinisch nicht auffälligen Bereich, weshalb sie kaum relevant erscheinen.

Es sollte weiterhin untersucht werden, ob sich ein Zusammenhang zwischen Genderdysphorie und psychischen Problemen finden konnte. Zwischen dem Grad der gegengeschlechtlichen Identifikation, der Ablehnung der eigenen körperlichen Erscheinung (UGDS) und psychischen Problemen fand sich kein Zusammenhang. Genderdysphorie im Sinne des Leidens unter der eigenen Geschlechtsidentität gemäß GII, hingegen hing sehr gering mit ihnen zusammen, allerdings nur in der Gruppe der MF. Das Ergebnis ist aus dem Grund unschlüssig, da mit geringerem Leiden unter der eigenen Geschlechtsidentität die psychische Belastung zunimmt. Gegenteiliges wäre zu vermuten. Da diese Zusammenhänge sehr gering sind, ist auch ihre Interpretation schwierig.

Heylens et al. (in press) halten die von ihnen beschriebenen psychischen Komorbiditäten für klinisch eng zusammenhängend mit Genderdysphorie. Zeitweilig würden genderdysphorische Personen stärker unter Depressivität oder Ängstlichkeit leiden als die generelle Bevölkerung, in follow-up Studien sei oft eine Verbesserung depressiver und Angstsymptome gefunden worden (Heylens et al., in press). Allerdings konnten auch sie keinen direkten Zusammenhang zwischen dem Grad der mittels UGDS erfassten

Genderdysphorie und dem depressiven Zustand ermitteln. Dies ist nicht verwunderlich, da sie die gleiche Gesamtstichprobe untersuchten, wie die vorliegende Arbeit, auch wenn zur Erfassung der Depressivität andere Instrumente verwendet wurden. Dennoch stellen ihnen zufolge komorbide affektive Probleme Bewältigungsmuster dar. Diese müssen nicht zwingend im Zusammenhang mit Genderdysphorie stehen, können aber mit der Diagnose GID verknüpft sein (Heylens et al., in press). Dieser Interpretation folgend könnte Depressivität als Reaktion auf die eigene Gender-Inkongruenz und soziale Unsicherheit/ Ängstlichkeit als Angst vor stigmatisierenden/ diskriminierenden Reaktionen des Umfelds gewertet werden.

Weiterhin hängt nur die mittels GIQ erfasste weibliche Geschlechtsidentität mit der allgemeinen psychischen Belastung zusammen. Auch dieser Zusammenhang gilt nur für MF. Demnach steigt die psychische Belastung, Zwanghaftigkeit und Depressivität, je weniger weiblich sich die Personen identifizieren. Dieses Ergebnis erscheint auf den ersten Blick unlogisch, da eine MF-Person umso belasteter würde, je weniger weiblich sie sich identifiziert, wohingegen in den anderen Ergebnissen steigende gegengeschlechtliche Identifikation mit mehr Belastung (z.B. durch Genderdysphorie im Sinne des Leidens unter der eigenen Geschlechtsidentität) einhergeht. Wie in Kapitel 4.5 noch besprochen wird, können auch statistische Probleme zu diesem Ergebnis geführt haben. Dennoch wäre eine genauere Untersuchung zwischen der Geschlechtsidentität von Transgenderpersonen und deren psychischem Wohlbefinden wichtig für das Verständnis von der Rolle, die Geschlechtsidentität in diesem Kontext spielt.

4.4 Zur Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobencharakteristika der einzelnen Länder unterscheiden sich, ähnlich wie bei Kreukels et al. (2010), vor allem im Verhältnis der MF zu den FM. Während in Belgien und den Niederlanden mehr MF als FM unter den Teilnehmenden sind, ist das Verhältnis in Deutschland und Norwegen umgekehrt. Norwegen behält, wie auch schon von Kreukels et al. (2010) beschrieben, seine Sonderstellung mit verhältnismäßig wenigen MF. Das Verhältnis MF:FM hat sich aufgrund von wachsenden Teilnehmer_innenzahlen und jährlichen Fluktuationen in den letzten Jahren etwas verändert, wobei es

sich in Belgien (vormals: 2,5:1, jetzt: 2,08:1) und in den Niederlanden (vormals: 2,34:1, jetzt: 1,7:1) weiter ausgeglichen hat, während es in Deutschland (vormals: 1:1,33, jetzt: 1:1,3) und Norwegen (vormals: 1:1,12, jetzt: 1:5,2) noch extremer wurde. Hier ist jedoch anzumerken, dass die aktuelle Stichprobe kleiner ist, als die von Kreukels et al. (2010). Somit stellt das Verhältnis nicht einfach eine aktualisierte Version der Stichprobencharakteristik dar, sondern vielmehr einen anderen Teilausschnitt.

Die Verhältnisse, bis auf das norwegische, stimmen mit denen, in der Literatur genannten, weitestgehend überein (De Cuypere et al., 2007; Gómez-Gil et al., 2009). Da in den teilnehmenden Ländern vermehrt FM Kontakt zu Kliniken aufnehmen, scheint sich das Verhältnis immer weiter zu nivellieren. Dies entspricht auch der, von Richter-Appelt (2012) beschriebenen, klinischen Erfahrung derzufolge sich, entgegen der früheren Auffassung von einer deutlichen Dominanz von MF-Personen, heute das Verhältnis weitestgehend ausgeglichen hat.

Bezogen auf das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden, zeigt sich, dass MF (\bar{x} = 33,88) beim Erstkontakt mit einer Gender-Klinik älter sind als FM (\bar{x} = 26,75), was die Ergebnisse vieler anderer Studien bestätigt (Cerwenka et al., 2012 (subm.); Cohen-Kettenis & Gooren, 1999; De Cuypere et al., 2007; Gómez-Gil et al., 2009; Hoshiai et al., 2010; Kreukels et al., 2010; Smith et al., 2005b). Dies gilt mit Ausnahme der norwegischen Stichprobe, da in ihr nur fünf MF enthalten sind, die durchschnittlich jünger sind als die FM. Diese liegen wiederum im gleichen Altersdurchschnitt wie die der anderen Länder.

Von den 71 teilnehmenden MF sind nur sechs in die Stichprobe gelangt, sei es, weil sie nicht die GID-Kriterien erfüllten, nicht genügend Informationen zur Verfügung standen, oder sie der Residual-Gruppe angehörten (dieser Gruppe werden alle Personen zugeordnet, bei denen nicht geklärt werden kann, ob sie einen EO oder einen LO hatten). Warum die Diagnose GID in Norwegen so verhältnismäßig selten an MF vergeben wird, ist nicht klar ersichtlich. Haraldsen und Dahl (2000) erwähnen jedoch, dass die Auswahlkriterien in Norwegen besonders streng seien.

Bezogen auf die vier Länder finden sich Altersunterschiede, mit den durchschnittlich ältesten Teilnehmenden in den Niederlanden und den durchschnittlich jüngsten in Norwegen. Dies entspricht den Ergebnissen von Kreukels et al. (2010).

Die Mehrheit der Teilnehmenden gibt an als Single zu leben, bzw. ledig zu sein (61,2% der FM und 60,1% der MF). Es geben mehr FM (23,1%) als MF (9%) an, mit der/dem Partner_in zusammenzuleben. Dafür sind mehr MF verheiratet oder geschieden, was mit ihrem durchschnittlich höheren Alter bei Erstkontakt mit einer Klinik zusammenhängen kann.

Die Mehrheit der Teilnehmenden gab einen mittleren Bildungsstand an (58,1%), was mit den Ergebnissen von Kreukels et al. (2010) und Topf (2012) konform ist. MF (25,6%) haben dabei deutlich häufiger einen hohen Bildungsstand als FM (13,7%). Topf (2012) fand an Personen aus der gleichen Gesamtstichprobe allerdings, dass dieser Unterschied nicht mehr signifikant wird, wenn das Alter kontrolliert wurde. Ältere Personen haben demnach häufiger einen hohen Bildungsstand als jüngere. Da die MF durchschnittlich älter sind als die FM, lässt sich dieses Ergebnis dadurch erklären.

Erwerbstätig sind 64,3% aller Teilnehmenden, was erneut die Zahlen von Kreukels et al. (2010), widerspiegelt, ebenso wie einige von denen, die von Gómez-Gil et al. (2009) überblicksartig zusammen getragenen wurden. In den meisten von ihnen vorgestellten Studien, haben mehr FM als MF einen Arbeitsplatz oder befinden sich in Ausbildung. Dieses Verhältnis findet sich in der aktuellen Untersuchung nicht wieder, da in etwa gleich viele MF (64,8%), wie FM (63,6%) angeben, erwerbstätig zu sein. Wie Schilt & Wiswall (2008) erklären, hat die Transition von einer Geschlechtsrolle zur anderen am Arbeitsmarkt nicht unwesentliche Effekte. So haben ihnen zu folge MF häufiger Probleme während und nach der Transition auf dem Arbeitsmarkt und verdienen danach auch weniger, während FM nachher mehr verdienen und im Arbeitsleben aufsteigen. Auch wenn die Teilnehmenden am Beginn somato-medizinischer Behandlung stehen, hat ein Teil von ihnen schon eine soziale Transition durchlaufen. Daher wäre interessant genauer zu untersuchen, welche Erfahrungen diese Stichprobe auf dem Arbeitsmarkt gemacht hat. Dazu

sei auf die neue Arbeit von Topf (2012) verwiesen, die sich mit diesem Thema beschäftigt hat.

Bezogen auf die sexuelle Orientierung der Teilnehmenden sind die Ergebnisse mit vielen in der Literatur gefundenen konform (De Cuypere, Jannes & Rubens, 1995; Lawrence, 2005; Smith et al., 2005a). Während bei den MF mehr Personen nicht androphil (65,3%) als androphil (34,7%) sind, ist es bei den FM umgekehrt. Ein Großteil (82,7%) dieser beschreibt sich als gynäphil, wohingegen nur 17,3% als nicht gynäphil zusammengefasst werden. Diese Zahl ist allerdings etwas höher als z.B. bei De Cuypere, Jannes & Rubens, (1995), die noch keine FM in ihrer Stichprobe fanden, die nicht gynäphil waren. Gómez-Gil et al., (2009) fanden auch sehr wenige FM, die sich nicht als gynäphil bezeichneten in ihrer spanischen Stichprobe. Was an ihren Ergebnissen hervorzuheben ist, ist, dass sie auch kaum MF fanden, die nicht androphil waren, eine Besonderheit, die sich bis dato in keiner anderen europäischen Stichprobe zeigte (Gómez-Gil et al., 2009). Da die sexuelle Orientierung auch zur Typologisierung von Transgenderpersonen herangezogen wird, erscheint es wichtig auf die uneinheitlichen Ergebnisse hinzuweisen. Wenn auch der generelle Trend zu sein scheint, dass unter den FM mehr Personen als gynäphil gelten, während unter den MF ein ausgeglicheneres Verhältnis zwischen den verschiedenen sexuellen Präferenzen besteht, so gibt es immer wieder Studien, wie die von Gómez-Gil et al. (2009), die zu anderen Erkenntnissen kommen.

4.5 Einschränkungen der Ergebnisse

Neben den, in den letzten Kapiteln genannten, statistischen und interpretatorischen Einschränkungen, ist die Stichprobenauswahl kritisch zu betrachten.

Wie bei den meisten Studien dieser Art ist eine randomisierte Zufallsstichprobe praktisch nicht möglich und ethisch nicht vertretbar. Dennoch muss einschränkend erwähnt werden, dass die Stichprobe durch ihr Zustandekommen schon zweifach selektiert ist. Zunächst nehmen die Teilnehmenden von sich aus Kontakt zu den Gender-Kliniken auf. In den verschiedenen Ländern wird sich dadurch ein unterschiedliches Bild ergeben. In

der deutschen Stichprobe kommen alle Teilnehmenden aus Hamburg und Umgebung, wohingegen die Personen der holländischen und belgischen Stichprobe aus weiteren Teilen der beiden Länder kommen. Über die norwegische Stichprobe kann an dieser Stelle keine Aussage gemacht werden.

Des Weiteren hat die vorgenommene Selektion zur Teilnahme die verschiedensten Individuen ausgeschlossen. Diese könnten andere Eigenschaften oder Profile aufweisen und somit die Stichprobencharakteristik verändern. So wurden beispielsweise alle Personen ausgeschlossen, die schon erste Maßnahmen einer somatischen Geschlechtsangleichung ergriffen haben. Auch wurden alle Personen ausgeschlossen, die die Diagnose GID der aktuell gültigen DSM-Version nicht erfüllen. Wie im Zuge der Arbeit deutlich wurde, können Personen aber auch genderdysphorisch sein ohne die GID-Diagnose in ihren einzelnen Kriterien erfüllen zu müssen. Auch solche Personen sind in der vorliegenden Stichprobe nun nicht enthalten.

Im internationalen Vergleich zeigen sich unterschiedliche Substichprobencharakteristika. Die norwegische Stichprobe ist verhältnismäßig klein, was ihre Eignung auf Vergleichbarkeit mit den anderen Unterstichproben erschwert, zumal sie auch andere Charakteristika aufweist.

In der niederländischen und der norwegischen Stichproben wurde der GIQ ab einem bestimmten Zeitpunkt aus ungeklärten Gründen nicht mehr vorgegeben, was zu Problemen bei der Interpretation der Ergebnisse führt. Diesem Sachverhalt ist auch die, in Kapitel 3.1 dargelegte, Problematik zuzuordnen, die zu den in dieser Arbeit verwendeten zwei Stichproben geführt hat.

Gleichzeitig bringt das Thema internationale Vergleichbarkeit die Frage nach den generellen kulturellen und gesellschaftlichen Einflüssen mit sich. In den verschiedenen Ländern sind unterschiedliche Gesetze und/oder medizinische Leitlinien wirksam und die Gesellschaften gehen mehr oder weniger tolerant mit ihren Minderheiten um. Auch sind spezialisierte Gender-Kliniken nicht in allen Ländern gleich gut zu erreichen. All dies sind Einflüsse, die in den unterschiedlichen Ländern zu spezifischen Stichprobencharakteristika und/oder Ergebnissen führen könnten. Eine kulturpsychologische Herangehensweise wäre für zukünftige Forschungen daher interessant.

Statistische Einschränkungen ergeben sich zum einen aus der Stichprobe, zum anderen aus den verwendeten Instrumenten. Die nicht gegebene Normalverteilung und das niedrige Skalenniveau einiger Variablen ließ parametrische Verfahren nicht zu, mit denen vor allem im Hinblick auf die komplexeren Zusammenhänge genauere Aussagen getroffen hätten werden können. Unter anderem wäre eine multiple Regression aufschlussreich gewesen, die zur Vorhersage der Werte der SCL-90-R durch die anderen Fragebögen interessante Ergebnisse hätte liefern können. Dies war durch Verletzung ihrer Voraussetzung nicht möglich. Ein wichtiger Kritikpunkt ist die Gefahr einer Alphafehler-Kumulierung. Da dies eine explorative Arbeit ist, konnten Alpha-Justierungen im Vorhinein nicht vorgenommen werden. Wären Bonferroni-Korrekturen auch bei der Testung eines Fragebogens möglich gewesen, so hätte dies bei mehrmaliger Testung von vier Fragebögen zu absurden Alpha-Werten geführt. Bei den vorgenommenen Korrelationen ließ sich dies praktisch nicht umsetzen. Da bei einem Alpha von .05 bei 20 Tests und einer ausreichend großen Stichprobe einer zufällig signifikant wird, auch wenn kein Zusammenhang besteht, ist davon auszugehen, dass einige der, ohnehin geringen, signifikanten Zusammenhänge auf die große Stichprobe zurückzuführen sein könnten. Da dies aber eine explorative Studie darstellt, sollten einige der vorgenommenen Unterschieds- und Zusammenhangshypothesen in neuen Studien nochmals untersucht werden.

Die Ergebnisse der Studie sind als Momentaufnahme zu werten, da alle Teilnehmenden, zumindest bezogen auf medizinische Maßnahmen, am Anfang ihrer Transition stehen. Hormonelle und/oder operative Behandlungen könnten die Ergebnisse der einzelnen Personen bzgl. ihrer Genderdysphorie und/oder ihrer Geschlechtsidentität grundlegend ändern (berichtete follow-up Unterschiede in Genderdysphorie, siehe: Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1997).

4.6 Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit konnte zeigen, dass Genderdysphorie ein sehr komplexes und sich wandelndes Konstrukt darstellt. Die Wandlung von einem rein deskriptiv genutzten Begriff über die Entkoppelung von Transsexualität hin zur neuen DSM-Diagnose zeigt sich auch an den Instrumenten, die sie erfassen

sollen. Ältere Instrumente wie die Utrecht Gender Dysphoria Scale (UGDS) konzeptionalisieren Genderdysphorie als Störung, deren extremste Form die Transsexualität darstellt, und setzten sie somit der Abneigung gegenüber dem eigenen Körper und dem Wunsch nach dem Leben in der „anderen“ Geschlechtsrolle gleich. Neuere, wie das Gender Identity/ Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults (GII), fassen sie als pathologische Gegenseite der Geschlechtsidentität auf und kommen somit der aktuellen Vorstellung von Genderdysphorie als Belastung einer Person durch die Diskrepanz zwischen Geschlechtsidentität und körperlicher Erscheinung näher. Es wäre dennoch wünschenswert, beide Instrumente der Neukonzeption von Genderdysphorie als Diagnose besser anzupassen. Das GII könnte beispielsweise so umformuliert werden, dass Genderdysphorie nicht als „kranke“ Variante der „gesunden“ Geschlechtsidentität gegenübergestellt würde, sondern als Reaktion auf die wahrgenommene eigene Gender-Inkongruenz. Nachdem die UGDS einige Unterschiede zwischen den Subgruppen nach early onset (EO) und late onset (LO) bei Mann-zu-Frau-Personen fand, die das GII nicht detektierte, wäre interessant, auch die UGDS weiter zu entwickeln. Vor allem sollten ihre Versionen für Mann-zu-Frau und Frau-zu-Mann (MF und FM) übereinstimmend formuliert werden.

Wie sich zeigte, hängen die Gruppen MF/FM und EO/LO miteinander zusammen. Es wird davon ausgegangen, dass unter den MF mehr Personen mit einem late Onset und unter den FM mehr Personen mit einem early Onset sind (Cerwenka et al., subm.). Wie diese beiden Variablen mit der sexuellen Orientierung zusammenhängen, wäre in der Folge wichtig zu untersuchen, da es Überlappungen zu geben scheint. Personen mit EO sind demnach anscheinend häufiger androphil (MF)/ gynäphil (FM), während Personen mit LO häufiger nicht androphil/ gynäphil sind. In der Gruppe der MF scheint es mehr Personen mit LO und nicht androphiler Orientierung zu geben, während es unter den FM mehr gynäophile Personen und EO zu geben scheint. Für die Debatte der Brauchbarkeit als Typologisierung wäre eine weitere systematische Untersuchung dieser Variablen wünschenswert. Ebenso bedürfen sie bzgl. klinischer Relevanz weiterer Untersuchung. Da die Ergebnisse in der Literatur sehr heterogen sind und in der aktuellen Arbeit keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen bzgl. Genderdysphorie oder anderen

psychischen Problemen gefunden wurden, wäre eine systematische Untersuchung von Typologisierungen interessant. Sollte sich weiterhin zeigen, dass, wie von einigen angenommen (De Cuypere et al., 2007; Lawrence, 2010; Smith et al., 2005a; Smith et al., 2005b), MF mit LO und gynäphiler Orientierung häufiger psychische Probleme haben und gefährdeter sind, post-transition ihre Entscheidungen zu bereuen, müssten für ihre Behandlung eigene Richtlinien angedacht werden.

Generell zeigt diese Arbeit, in Übereinstimmung mit anderen Beispielen aus der Literatur (Gómez-Gil et al., 2008; Haraldsen & Dahl, 2000; Hoshiai et al., 2010; Terada et al., 2012), dass Genderdysphorie eine diagnostische Entität für sich selbst darstellt, die nicht zwangsläufig mit anderen psychischen Problemen einhergeht. Warum sie im Laufe einer transsexuellen Entwicklung auftreten kann, aber nicht muss, ist weiterhin ungeklärt. Der aktuellen Entpathologierungsdebatte entsprechend wäre interessant zu untersuchen, zu welchem Grad Erfahrungen von oder Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung zu dem Erleben von Genderdysphorie beigetragen haben. Wie Bockting (2009) bemerkt, hat es noch keine adäquate Untersuchung von stigmatisierenden Effekten auf Transgenderpersonen gegeben.

Zudem wäre wünschenswert, die Geschlechtsidentität und das Körperempfinden von Transgenderpersonen eingehender zu untersuchen. Damit ließe sich die Erzählung vom „Falschen Körper“, welche zu einer weiteren Dichotomisierung von Körper und Geist führt, genauer beleuchten. Das Gender Identity Questionnaire (GIQ) würde sich dazu eignen, müsste aber bzgl. der Skala zur Sicherheit der Geschlechtszugehörigkeit überarbeitet werden. Ein neues Instrument, welches brauchbar erscheint, stellt die Transgender Congruence Scale von Kozee, Tylka, & Bauerband (2012) dar, mittels der das Wohlbefinden von Transgenderpersonen bzgl. ihrer Geschlechtsidentität und ihrer äußeren Erscheinung erfasst wird. Mit ihr sollen die Unterschiede in persönlichen Erfahrungen von Geschlechtsidentität und -ausdruck untersucht werden können (Kozee, Tykla, & Bauerband, 2012).

Da sich immer noch Unterschiede in den Substichproben der einzelnen Länder finden, wäre eine noch genauere Abgleichung der diagnostischen und behandlerischen Prozesse in den verschiedenen Ländern wünschenswert

sowie eine unter kulturpsychologischen Gesichtspunkten durchgeführte Untersuchung zur Aufklärung dieser Unterschiede. Auch wäre interessant, das ENIGI-Projekt auf andere Kliniken in Europa zu erweitern.

Literaturverzeichnis

- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th, Text.). Washington, DC.
- Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon*. Nature (Electronic.). Düsseldorf: Symposium Publishers.
- Bennecke, E. (2010). *Sexuelle Orientierung transsexueller Männer (FM-TS)*. Freie Universität Berlin.
- Bockting, W. (2009). Are Gender Identity Disorders Mental Disorders? Recommendations for Revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 53–62. doi:10.1080/15532730902799987
- Cerwenka, S. (2012). Sexual Behavior of Gender Dysphoric Individuals before Gender-confirming Interventions: A European Multi-Center Perspective. *submitted*.
- Cerwenka, S., Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2012). Sexuelle Orientierung und Partnerwahl transsexueller Frauen und Männer vor körpermedizinischen geschlechtsanpassenden Maßnahmen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62(6), 214–222.
- Chrstos, N. S. (2009). "genital outlaws , in a positive way " – *Intersexualität und Transsexualität im kulturellen Text*. Universität Wien.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Gooren, L. J. G. (1999). Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 315–333.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499–513. doi:10.1007/s10508-009-9562-y
- Cohen-Kettenis, P. T., & Van Goozen, S. H. M. (1997). Sex Reassignment of Adolescent Transsexuals: A follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263–271.
- Cole, C. M., Collier, M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13–26.
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Crael, B., Heylens, G., Rubens, R., Hoebeke, P., et al. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(3), 137–41. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002

- De Cuypere, G., Jannes, C., Rubens, R. (1995). Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 180–184.
- De Vries, Annelou L C, Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. (2006). Clinical Management of Gender Dysphoria in Adolescents, 37–41. doi:10.1300/J485v09n03
- Deogracias, J. J., Johnson, L. L., Meyer-Bahlburg H.F.L., Kessler, S. J., Schober, J. M., Zucker, K. J. (2007). The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults. *Journal of sex research*, 44(4), 370–379.
- Deogratis, L. R. (1977). *SCL-90:Administration, scoring and procedures manual I for the R(evised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research Unit, John Hopkins University School of Medicine.
- Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 427–60. doi:10.1007/s10508-009-9531-5
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental psychology*, 44(1), 34–45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
- Eckloff, T. (2003). *Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle und Sexuelle Orientierung. Eine empirische Untersuchung*.
- Eckloff, T. (2007). *Die Geschlechtlichkeit des Menschen: Wie sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle zusammenhängen* (p. 164). Vdm Verlag Dr. Müller.
- Edgerton, M. (1973). Introduction. In D. R. Laub & P. Gandy (Eds.), *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Stanford.
- Fisk, N. M. (1973). Gender Dysphoria Syndrome (The How, What, and Why of a Disease). In D. R. Laub & P. Gandy (Eds.), *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Stanford.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Deogratis - Deutsche Version - Manual*. Göttingen: Beltz Test Verlag.
- Fraser, L., Karasic, D. H., Meyer, W. J., & Wylie, K. (2010). Recommendations for Revision of the DSM Diagnosis of Gender Identity Disorder in Adults. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 80–85. doi:10.1080/15532739.2010.509202
- Grant, J. M., Mottet, L. A., & Tanis, J. (2008). *Injustice at Every Turn - A Report of the National Transgender Discrimination Survey*.

- Green, R. (2010). Robert Stollers Sex and Gender: 40 Jahre danach. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 23, 348–364. doi:10.1055/s-0030-1262720
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378–92. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Gómez-Gil, E., Vidal-Hagemeyer, A., & Salamero, M. (2008). MMPI-2 characteristics of transsexuals requesting sex reassignment: comparison of patients in prehormonal and presurgical phases. *Journal of personality assessment*, 90(4), 368–74. doi:10.1080/00223890802108022
- Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godás, T., Cruz Almaraz, M., Halperin, I., et al. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*, 37(5), 662–70. doi:10.1016/j.psyneuen.2011.08.010
- Haraldsen, I., Ehrbar, R. D., Gorton, R. N., & Menvielle, E. (2010). Recommendations for Revision of the DSM Diagnosis of Gender Identity Disorder in Adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 75–79. doi:10.1080/15532739.2010.509201
- Haraldsen, I. R., & Dahl, A. A. (2000). Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 276–81.
- Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of psychosomatic research*, 58(3), 259–61. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.08.010
- Herrmann, S. (2003). Performing the gap—Queere Gestalten und geschlechtliche Aneignung. *arranca!*, 28, 22–25.
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B., Paap, M., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P., et al. (n.d.). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: a multi-centre study in four European countries.
- Hill, D. B. (2008). Dear Doctor Benjamin: Letters from Transsexual Youth (1963–1976). *International Journal of Transgenderism*, 10(3-4), 149–170. doi:10.1080/15532730802297348
- Hoshiai, M., Matsumoto, Y., Sato, T., Ohnishi, M., Okabe, N., Kishimoto, Y., Terada, S., et al. (2010). Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 64(5), 514–9. doi:10.1111/j.1440-1819.2010.02118.x
- Ihlenfeld, C. L. (1988). Memorial for Harry Benjamin. *Archives of Sexual Behavior*, 17(1), 2–31. doi:DOI: 10.1007/BF01542050

- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlung, O. (2010). A Five-Year Follow-Up Study of Swedish Adults with Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1429–1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1
- Kersting, A., Reutemann, M., Gast, U., Ohrmann, P., Suslow, T., Michael, N., & Arolt, V. (2003). Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *The Journal of nervous and mental disease*, 191(3), 182–9. doi:10.1097/01.NMD.0000054932.22929.5D
- Khoosal, D., Langham, C., Palmer, B., Terry, T., & Minajagi, M. (2009). Features of eating disorder among male-to-female transsexuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 217–229. doi:10.1080/14681990903082161
- Kozee, H. B., Tylka, T. L., & Bauerband, L. A. (2012). Measuring Transgender Individuals' Comfort With Gender Identity and Appearance. *Psychology of Women Quarterly*, 36(2), 179–196. doi:10.1177/0361684312442161
- Kreukels, B. P. C., Haraldsen, I. R., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Gijs, L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). A European network for the investigation of gender incongruence: The ENIGI initiative. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.04.009
- Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (1988). Sex Reassignment Surgery: A Study of 141 Dutch Transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 17(5), 439–457.
- Lang, C. (2006). *Intersexualität. Menschen zwischen den Geschlechtern*. Frankfurt: Campus.
- Lawrence, A. A. (2003). Factors Associated With Satisfaction or Regret Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 299–315.
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(2), 147–66. doi:10.1007/s10508-005-1793-y
- Lawrence, A. A. (2010). Sexual orientation versus age of onset as bases for typologies (subtypes) for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 514–45. doi:10.1007/s10508-009-9594-3
- Lev, A. I. (2005). Disordering Gender Identity: Gender Identity Disorder in the DSM-IV-TR. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 35–69. doi:10.1300/J056v17n03
- Madeddu, F., Prunas, A., & Hartmann, D. (2009). Prevalence of Axis II disorders in a sample of clients undertaking psychiatric evaluation for sex

- reassignment surgery. *The Psychiatric quarterly*, 80(4), 261–7.
doi:10.1007/s11126-009-9114-6
- Megeri, D., & Khoosal, D. (2007). Anxiety and depression in males experiencing gender dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 77–81.
doi:10.1080/02699200600565905
- Mehl, M. (1973). Transsexualism - A Perspective. In D. Laub & P. Gandy (Eds.), *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Stanford.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 461–76.
doi:10.1007/s10508-009-9532-4
- Meyerowitz, J. (2006). A “Fierce and Demanding” Drive. In S. Stryker & S. Whittle (Eds.), *The Transgender Studies Reader* (pp. 362–386). Routledge.
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72, 214–231. doi:10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x
- Nieder, T. O., Herff, M., Cerwenka, S., Preuss, W. F., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Hebold Haraldsen, I. R., et al. (2010). Age of onset and sexual orientation in transsexual males and females. *The journal of sexual medicine*, 8(3), 783–91. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02142.x
- Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur – either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology and Sexuality*, 2(3), 224–243.
- Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2012). Transsexualität und Geschlechtsdysphorie. *Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie*, 8(1), 60–71.
- Olsson, S.-E., & Möller, A. (2006). Regret after Sex Reassignment Surgery in a Male-to-Female Transsexual: A Long-Term Follow-Up. *Archives of Sexual Behavior*, 35(4), 501–506. doi:10.1007/s10508-006-9040-8
- Person, E., & Ovesey, L. (1974a). Transsexual Syndrome in Males. 1. Primary Transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28(1), 4–10.
- Person, E., & Ovesey, L. (1974b). Transsexual Syndrome in Males. 2. Secondary Transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28(2), 174–193.

- Pfäfflin, F. (2008). Transsexuelles Begehren. In K. Münch, D. Munz, & A. Springer (Eds.), *Sexualitäten* (pp. 311–330).
- Richter-Appelt, H. (2007). Intersexuality. Disorders of sex development. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50(1), 52–61. doi:10.1007/s00103-007-0109-x
- Richter-Appelt, H. (2012). Irritationen des Geschlechts im Wandel: Beiträge in 25 Jahren Zeitschrift für Sexualforschung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 25, 1–21.
- Schedlbauer, J. (2010). Stop Trans Pathologization 2012? *TransX-Abend* (pp. 1–8). Vienna.
- Schilt, K., & Wiswall, M. (2008). Before and After: Gender Transitions, Human Capital, and Workplace Experiences. *The B.e. Journal of Economic Analysis & Policy*, 8(1).
- Schweizer, K., & Richter-Appelt, H. (2012). *Intersexualität kontrovers*. (K. Schweizer & H. Richter-Appelt, Eds.). Psychosozial Verlag.
- Seikowski, K., Gollek, S., Harth, W., & Reinhardt, M. (2008). Borderline-Persönlichkeitsstörung und Transsexualität. *Psychiatrische Praxis*, 35, 135–141.
- Sennott, S. L. (2010). Gender Disorder as Gender Oppression: A Transfeminist Approach to Rethinking the Pathologization of Gender Non-Conformity. *Women & Therapy*, 34(1-2), 93–113. doi:10.1080/02703149.2010.532683
- Sigusch, V. (2005). *Neosexualitäten*. Frankfurt, Main: Campus Verlag.
- Singh, D., Deogracias, J. J., Johnson, L. L., Bradley, S. J., Kibblewhite, S. J., Owen-Anderson, A., Peterson-Badali, M., et al. (2010). The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults: further validity evidence. *Journal of sex research*, 47(1), 49–58. doi:10.1080/00224490902898728
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological medicine*, 35(1), 89–99. doi:10.1017/S0033291704002776
- Smith, Y. L. S., van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Transsexual subtypes: clinical and theoretical significance. *Psychiatry research*, 137(3), 151–60. doi:10.1016/j.psychres.2005.01.008
- Sternchen, K., & Steine, K. (2012). *Begegnungen auf der Trans*fläche*. (kollektiv sternchen & Steine, Ed.). Münster: edition assemblage.
- Sutcliffe, P. A., Dixon, S., Akehurst, R. L., Wilkinson, A., Shippam, A., White, S., Richards, R., et al. (2009). Evaluation of surgical procedures for sex

- reassignment: a systematic review. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 62(3), 294–306. doi:10.1016/j.bjps.2007.12.009
- Terada, S., Matsumoto, Y., Sato, T., Okabe, N., Kishimoto, Y., & Uchitomi, Y. (2012). Factors predicting psychiatric co-morbidity in gender-dysphoric adults. *Psychiatry research*, 1–6. doi:10.1016/j.psychres.2012.07.018
- Vance, S. R., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Zucker, K. J. (2010). Opinions About the DSM Gender Identity Disorder Diagnosis: Results from an International Survey Administered to Organizations Concerned with the Welfare of Transgender People. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 1–14. doi:10.1080/15532731003749087
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–23. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- Winters, K. (2005). Gender dissonance: Diagnostic reform of gender identity disorder for adults. *Journal of Psychology Human Sexuality*, 17(3), 71–89. Retrieved from <http://proxy.library.vcu.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,cookie,uid&db=psych&AN=2006-03976-005&site=ehost-live&scope=site>
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (2012). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of sex & marital therapy*, 38(2), 151–89. doi:10.1080/0092623X.2011.611219
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. . D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1195–1202. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x
- de Vries, A L C, Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Disorders of Sex Development and Gender Identity Outcome in Adolescence and Adulthood: Understanding Gender Identity Development and its Clinical Implications. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 4(4), 343–351.

Internetquellen

<http://www.wpath.org/>, zuletzt aufgerufen am 25.09.2012

<http://icd9cm.chrisendres.com/index.php?action=child&recordid=2480>, zuletzt aufgerufen am 25.09.2012

<http://www.dsm5.org/about/Pages/Timeline.aspx>, zuletzt aufgerufen am 25.09.2012

<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=482>, zuletzt aufgerufen am 25.09.2012

<http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?col=Pschyrembel>, zuletzt aufgerufen am 22.11.2011

<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=482>, zuletzt aufgerufen am 25.09.2012

http://www.wpath.org/publications_standards.cfm, zuletzt aufgerufen am 25.09.2012

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1	46
Abbildung 2	46
Abbildung 3	47
Abbildung 4	48
Abbildung 5	52
Abbildung 6	60
Tabelle 1.....	50
Tabelle 2.....	51
Tabelle 3.....	52
Tabelle 4.....	54
Tabelle 5.....	54
Tabelle 6.....	56
Tabelle 7.....	63
Tabelle 8.....	65
Tabelle 9.....	65
Tabelle 10.....	67

Danksagung

Zu allererst möchte ich meinem Mitbewohner Thomas Jahn danken, der mich an einem Tag im September 2011 auf das Institut für Sexualforschung aufmerksam machte. Ohne ihn wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

Weiterhin danke ich Frau Professor Kryspin-Exner dafür, dass sie die Kooperation mit dem Hamburger Institut möglich gemacht hat.

Meiner Mutter und meinem Onkel danke ich für das viele geduldige Korrekturlesen, sowie allen, die sich lange Monologe zum Thema angehört haben. Meinen Kolleg_innen am Institut für Sexualforschung, Susanne Cerwenka, Maïke Fliegner, Franziska Brunner und Timo Nieder, danke ich unendlich für ihre unermüdliche Hilfe in vielen kleinen und großen Fragen rund um Statistik, Auswertung, Interpretation und Formalia des Schreibens. Ich danke für die anregenden Gespräche, für die Zusprache und das motivierende Arbeitsklima.

Herrn Jan-Felix Kersten vom biometrischen Institut am UKE Hamburg-Eppendorf möchte ich für die geduldige Beantwortung aller Fragen im Rahmen der statistischen Beratung danken.

Den Frauen Professorinnen Peggy Cohen-Kettenis, Griet De Cuyper und Ira Haraldsen danke ich für die Überlassung der Daten aus den anderen Ländern des ENIGI-Projektes.

Mein größter Dank gilt Frau Professor Richter-Appelt, die ihr persönliches Interesse und Engagement in diese Arbeit einbrachte, die ihren Urlaub auf das Lesen und Korrigieren verwendete und mir so viele wertvolle Anregungen mit auf den Weg gab.

Zu guter Letzt gilt mein Dank natürlich den vielen Teilnehmenden des ENIGI-Projektes.

Anhang

- A. Patienteninformation und Aufklärung
- B. Einverständniserklärung
- C. Ausschnitt aus dem Biographischem Fragebogen (BI-M/BI-F)
- D. UGDS (M/F)
- E. GII (M/F)
- F. GIQ
- G. SCL-90-R
- H. DIA
- I. Anmerkungen zu den Standardisierten Fragebögen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Zentrum für Psychosoziale
Medizin
Institut für Sexualforschung und
Forensische Psychiatrie
Prof. Dr. Wolfgang Berner

Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt
Studienleiterin
Tel.: 040 / 42803-2225
Fax: 040 / 42803-6406
hrichter@uke.uni-hamburg.de
Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Information und Aufklärung

zur Teilnahme an der Studie

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

Gegenstand und Ziel des Forschungsvorhabens

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

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

Durchführung und Dauer der Befragung

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

Der Ablauf ist wie folgt:

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

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

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

Vielen Dank!

Ich habe dieses Informationsblatt gelesen und eine Kopie erhalten.

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an Frau Dipl.-Psych. Schweizer: Tel. 040-42803-7765 (k.schweizer@uke.uni-hamburg.de).



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

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

Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel 040/42803-2225
Fax 040/42803-6406
hrichter@uke.uni-hamburg.de

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

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

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

Ja Nein

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

Ja Nein

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

Ja Nein

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift* _____

(*bei minderjährigen Personen Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)

Unterschrift des aufklärenden Arztes/ Psychologen: _____

6309520779

UKE - Institut für Sexualforschung

1A

Country code

Id-nr



BI - M

Datum:

Behandler:

Ethnischer Hintergrund, Mutter: Asiatisch Afrikanisch Kaukasisch Anderer _____Ethnischer Hintergrund, Vater Asiatisch Afrikanisch Kaukasisch Anderer _____1a. Alter

Jahre

Geburtsjahr:

2. Familienstand:

 ledig / single in fester Partnerschaft Verheiratet Geschieden Sonstige: _____

3. Ihr religiöser Hintergrund:

 Evangelisch Katholisch Muslimisch Jüdisch Keiner Anderer, nämlich: _____

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

 Evangelisch Katholisch Muslimisch Jüdisch Keiner andere Religion, nämlich: _____

5. Haben Sie Kinder? _____

 Nein Ja

6. Wie wohnen Sie zur Zeit?

 Alleine mit Partner bei den Eltern anders _____

7. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

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

8. Beschäftigungsart:

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

9202520774

6 / 8

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

_____ Jahre Ist noch nicht geschehen

67a. Befriedigen Sie sich selbst? Nein Ja

67b. Wenn ja, wie alt waren Sie, als Sie sich zum ersten mal selbst befriedigt haben? _____ Jahre

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

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

Beschreibung: _____

69. Wie wichtig ist Sexualität für Sie heute?

Wichtig Nicht so wichtig Unwichtig

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

Sehr schlimm Nicht so schlimm Unwichtig

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

Immer angenehm nicht zutreffend

Manchmal angenehm

Niemals angenehm

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

Dass ich als Mann Sex habe

Dass ich als Frau Sex habe

Dass ich mal als Mann, mal als Frau Sex habe

Ich habe keine sexuelle Phantasien von mir selber

Ich habe keine sexuelle Phantasien

73. Welches Geschlecht hat Ihr Partner in Ihren Phantasien?

weiblich

männlich

Manchmal weiblich, manchmal männlich

Transgender

Ich habe keine sexuellen Phantasien bezüglich meines/r Sexualpartner(s)/in

Ich habe keine sexuellen Phantasien

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

nur zu Frauen, nie zu Männern

vorwiegend zu Frauen, manchmal zu Männern

vorwiegend zu Frauen, oft auch zu Männern

zu Frauen und Männern gleichermaßen

vorwiegend zu Männern, oft auch zu Frauen

vorwiegend zu Männern, manchmal zu Frauen

nur zu Männern, nie zu Frauen

Transgender

Keine Angabe

0867520772

7 / 8

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

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

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

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

77. Sind Sie zufrieden mit Ihrem Sexualleben?

Nein Ja falls nein, weil: _____

Beziehungen

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

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

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

Keine 1 - 5 5 - 10 Mehr als 10

80. Diese Sexualpartner/innen waren:

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

81. Diese Sexualpartner/innen waren mehrheitlich

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

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

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

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

Ja Nein Wechselnd keine Angabe

84. Beziehen Sie Ihre Genitalien in den Geschlechtsverkehr ein?

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

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

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

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

3577218878

UKE - Institut für Sexualforschung

1B

Country code Id-nr

BI - F

Datum . .

Behandler:

Ethnischer Hintergrund, Mutter: Asiatisch Afrikanisch Kaukasisch Anderer _____

Ethnischer Hintergrund, Vater Asiatisch Afrikanisch Kaukasisch Anderer _____

1. Alter Jahre Geburtsjahr:

2. Familienstand

ledig / single in fester Partnerschaft Verheiratet Geschieden Sonstige: _____

3. Ihr religiöser Hintergrund:

Evangelisch Katholisch Muslimisch Jüdisch Keiner Anderer, nämlich: _____

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

Evangelisch Katholisch Muslimisch Jüdisch Nein andere Religion, nämlich: _____

5. Haben Sie Kinder?

Nein Ja, eigene Kinder Mein Partner / Meine Partnerin hat Kinder

6. Wie wohnen Sie zur Zeit?

alleine mit Partner bei den Eltern anders _____

7. Welchen Schulabschluss haben Sie?

Keinen Schulabschluss Fachhochschule

Hauptschulabschluss Universität/Hochschule

Mittlere Reife/Realschulabschluss

Abitur/Fachabitur

8. Beschäftigungsart

Vollzeit beschäftigt Arbeitsunfähig

Teilzeit beschäftigt Frührente

Arbeitslos Andere

In Ausbildung - Vollzeit

In Ausbildung - Teilzeit

0869218879

6 / 8

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

- Immer angenehm nicht zutreffend
- Manchmal angenehm
- Niemals angenehm

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

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

71. Welches Geschlecht hat Ihr Partner in Ihren Fantasien?

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

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

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

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

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

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

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

75. Sind Sie zufrieden mit Ihrem Sexualleben?

- Nein Ja falls nein, weil: _____

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

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

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

- Keine 1 - 5 5 - 10 Mehr als 10

4951218875

7 / 8

78. Diese Sexualpartner/innen waren:

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

79. Diese Sexualpartner/innen waren mehrheitlich

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

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

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

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

- Ja Nein Wechselnd keine Angabe

82. Beziehen Sie Ihre Genitalien in den Geschlechtsverkehr ein?

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

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

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

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

0655307545

UKE - Institut für Sexuallforschung

2D
Erwachsene

Country code Id-nr

 UGDS-M

Datum: . .

Behandler:

Mann zu Frau Version

1. Mein Leben wäre wertlos, wenn ich als Mann leben müsste.
 Stimme voll zu Stimme zu Neutral Stimme nicht zu Stimme gar nicht zu
2. Es verletzt mich, wenn ich wie ein Mann behandelt werde.
 Stimme voll zu Stimme zu Neutral Stimme nicht zu Stimme gar nicht zu
3. Es macht mich unglücklich, wenn mich jemand als Mann bezeichnet.
 Stimme voll zu Stimme zu Neutral Stimme nicht zu Stimme gar nicht zu
4. Ich bin unglücklich, weil ich einen männlichen Körper habe.
 Stimme voll zu Stimme zu Neutral Stimme nicht zu Stimme gar nicht zu
5. Die Idee, für immer als Mann leben zu müssen, deprimiert mich.
 Stimme voll zu Stimme zu Neutral Stimme nicht zu Stimme gar nicht zu
6. Ich hasse mich, weil ich ein Mann bin.
 Stimme voll zu Stimme zu Neutral Stimme nicht zu Stimme gar nicht zu
7. Ich fühle mich immer und überall unwohl dabei, mich wie ein Mann zu verhalten.
 Stimme voll zu Stimme zu Neutral Stimme nicht zu Stimme gar nicht zu
8. Mein Leben wäre nur dann lebenswert, wenn ich eine Frau wäre.
 Stimme voll zu Stimme zu Neutral Stimme nicht zu Stimme gar nicht zu
9. Ich mag es nicht, im Stehen zu urinieren.
 Stimme voll zu Stimme zu Neutral Stimme nicht zu Stimme gar nicht zu
10. Ich bin unzufrieden mit meinem Bartwuchs, weil ich damit wie ein Mann aussehe.
 Stimme voll zu Stimme zu Neutral Stimme nicht zu Stimme gar nicht zu
11. Ich mag es nicht, Erektionen zu bekommen.
 Stimme voll zu Stimme zu Neutral Stimme nicht zu Stimme gar nicht zu
12. Es wäre besser, gar nicht zu leben als als Mann zu leben.
 Stimme voll zu Stimme zu Neutral Stimme nicht zu Stimme gar nicht zu

9792583799

UKE - Institut für Sexualforschung

2C
Erwachsene

Country code Id-nr

 UGDS-F

Datum: . .

Behandler:

Frau zu Mann Version

1. Ich verhalte mich lieber wie ein Mann.

Stimme voll zu Stimme eher zu Neutral Stimme eher nicht zu Stimme gar nicht zu

2. Es verletzt mich, wenn ich wie eine Frau behandelt werde.

Stimme voll zu Stimme eher zu Neutral Stimme eher nicht zu Stimme gar nicht zu

3. Ich liebe es, als Frau zu leben.

Stimme voll zu Stimme eher zu Neutral Stimme eher nicht zu Stimme gar nicht zu

4. Ich will ständig wie ein Mann behandelt werden.

Stimme voll zu Stimme eher zu Neutral Stimme eher nicht zu Stimme gar nicht zu

5. Das Leben als Mann scheint mir attraktiver als das Leben als Frau.

Stimme voll zu Stimme eher zu Neutral Stimme eher nicht zu Stimme gar nicht zu

6. Ich bin unglücklich, weil ich mich wie eine Frau verhalten muss.

Stimme voll zu Stimme eher zu Neutral Stimme eher nicht zu Stimme gar nicht zu

7. Ich empfinde es als etwas Positives, als Frau zu leben.

Stimme voll zu Stimme eher zu Neutral Stimme eher nicht zu Stimme gar nicht zu

8. Ich betrachte meinen nackten Körper gerne im Spiegel.

Stimme voll zu Stimme eher zu Neutral Stimme eher nicht zu Stimme gar nicht zu

9. Ich verhalte mich sexuell gerne wie eine Frau.

Stimme voll zu Stimme eher zu Neutral Stimme eher nicht zu Stimme gar nicht zu

10. Ich hasse meine Menstruation, weil ich mich dadurch wie eine Frau fühle.

Stimme voll zu Stimme eher zu Neutral Stimme eher nicht zu Stimme gar nicht zu

11. Ich hasse es, Brüste zu haben.

Stimme voll zu Stimme eher zu Neutral Stimme eher nicht zu Stimme gar nicht zu

12. Ich wünschte, ich wäre als Junge zur Welt gekommen.

Stimme voll zu Stimme eher zu Neutral Stimme eher nicht zu Stimme gar nicht zu

9857371538

UKE - Institut für Sexualeforschung

4B

Country code

Id-nr

GII-M

Datum:

Behandler:

BESCHREIBEN SIE BITTE DIE LETZTEN 12 MONATE**1. Sind Sie in den letzten 12 Monaten zufrieden damit gewesen, ein Mann zu sein?** Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

2. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten unsicher bezüglich Ihres Geschlechts gefühlt, das heißt irgendwo zwischen Mann und Frau gefühlt? Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

3. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten von anderen unter Druck gesetzt gefühlt, ein Mann zu sein, obwohl Sie sich nicht wie einer fühlen? Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

4. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten anstrengen müssen, ein Mann zu sein, anders als die meisten Männer? Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

5. Haben Sie in den letzten 12 Monaten das Gefühl gehabt, kein richtiger Mann zu sein? Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten das Gefühl gehabt, es wäre besser für Sie, als Frau zu leben anstatt als Mann, wenn man bedenkt wer Sie wirklich sind (z.B. was Sie gerne machen, wie Sie mit anderen Menschen umgehen)? Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

7a. Haben Sie in den letzten 12 Monaten geträumt? Ja Nein**7b. Falls ja: Sind Sie in Ihren Träumen vorgekommen?** Ja Nein Falls nein, gehen Sie bitte weiter zu Frage 8.**7c. Falls ja: Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Träume, in denen Sie eine Frau waren?** Immer Oft Manchmal Selten Nie

3056371533

8. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten unglücklich darüber gefühlt, ein Mann zu sein?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

9. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten unsicher gefühlt, dahingehend, dass Sie sich hin und wieder eher als Frau und hin und wieder eher als Mann gefühlt haben?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

10. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten mehr als Frau als als Mann gefühlt?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

11. Haben Sie in den letzten 12 Monaten das Gefühl gehabt, dass Sie weder mit Männern noch mit Frauen etwas gemeinsam haben?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

12. Hat es Sie in den letzten 12 Monaten gestört, von anderen als Mann identifiziert zu werden oder auf offiziellen Formularen "männlich" ankreuzen zu müssen (z. B. Bewerbungen, Führerschein, Ausweis)?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

13. War es für Sie in den letzten 12 Monaten in Ordnung, öffentliche Toiletten für Männer aufzusuchen?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

14. Sind Sie in den letzten 12 Monaten von Fremden als Frau behandelt worden?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

15. Sind Sie in den letzten 12 Monaten zu Hause von Leuten, die Sie kennen, z.B. Freunden oder Verwandten, als Frau behandelt worden?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

16. Haben Sie in den letzten 12 Monaten den Wunsch oder die Sehnsucht gehabt, eine Frau zu sein?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

17. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten zu Hause wie eine Frau gekleidet oder verhalten?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

18. Sind Sie in den letzten 12 Monaten zu Partys oder anderen sozialen Anlässen als Frau gegangen?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

4812371534

19. Sind Sie in den letzten 12 Monaten als Frau zur Arbeit oder zur Schule gegangen?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

20. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Ihren Körper nicht gemocht, weil er männlich ist (z.B. weil Sie einen Penis, oder Haare auf der Brust, an Armen und Beinen haben)?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

21. Haben Sie in den letzten 12 Monaten den Wunsch nach einer Hormonbehandlung gehabt, um Ihren Körper in einen Frauenkörper zu ändern?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

22. Haben Sie in den letzten 12 Monaten den Wunsch nach einer Operation gehabt, um Ihren Körper in einen Frauenkörper zu ändern (z.B. Ihren Penis entfernen oder eine Vagina anlegen zu lassen)?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

23. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten darum bemüht, Ihr offizielles Geschlecht zu ändern (z.B. im Führerschein oder Personalausweis)?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

24. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten eher als "Hermaphrodit" oder intersexuelle Person anstatt als Mann oder Frau vorgestellt?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

25. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten eher als Transgender oder transsexuelle Person vorgestellt?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

26. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten als Frau vorgestellt?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

27. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten als Mann vorgestellt?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

9271426393	UKE - Institut für Sexualforschung	Country code	Id-nr
5B		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	GII-F		
		Datum:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Behandler:			

BESCHREIBEN SIE BITTE DIE LETZTEN 12 MONATE IHRES LEBENS

1. Sind Sie in den letzten 12 Monaten zufrieden damit gewesen, eine Frau zu sein?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar: -----
2. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten unsicher bezüglich Ihres Geschlechts gefühlt, das heißt irgendwo zwischen Frau und Mann gefühlt?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar: -----
3. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten von anderen unter Druck gesetzt gefühlt, eine Frau zu sein, obwohl Sie sich nicht wie eine fühlen?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar: -----
4. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten anstrengen müssen, eine Frau zu sein, anders als die meisten Frauen?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar: -----
5. Haben Sie in den letzten 12 Monaten das Gefühl gehabt, keine richtige Frau zu sein?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar: -----
6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten das Gefühl gehabt, es wäre besser für Sie, als Mann zu leben anstatt als Frau, wenn man bedenkt, wer Sie wirklich sind (z.B. was Sie gerne machen, wie Sie mit anderen Menschen umgehen)?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar: -----
- 7a. Haben Sie in den letzten 12 Monaten geträumt?

Ja Nein
- 7b. Falls ja: Sind Sie in Ihren Träumen vorgekommen?

Ja Nein Falls nein, gehen Sie bitte weiter zu Frage 8
- 7c. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Träume, in denen Sie ein Mann waren?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

0869426397

8. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten unglücklich darüber gefühlt, eine Frau zu sein?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

9. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten unsicher gefühlt, dahingehend, dass Sie sich hin und wieder eher als Mann und hin und wieder eher als Frau gefühlt haben?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

10. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten mehr als Mann als als Frau gefühlt?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

11. Haben Sie in den letzten 12 Monaten das Gefühl gehabt, dass Sie weder mit Männern noch mit Frauen etwas gemeinsam haben?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

12. Hat es Sie in den letzten 12 Monaten gestört, von anderen als Frau identifiziert zu werden oder auf offiziellen Formularen "weiblich" ankreuzen zu müssen (z.B. Bewerbungen, Führerschein, Ausweis)?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

13. War es für Sie in den letzten 12 Monaten in Ordnung, öffentliche Toiletten für Frauen aufzusuchen?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

14. Sind Sie in den letzten 12 Monaten von Fremden als Mann behandelt worden?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

15. Sind Sie in den letzten 12 Monaten zu Hause von Leuten, die Sie kennen, z.B. Freunden oder Verwandten, als Mann behandelt worden?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

16. Haben Sie in den letzten 12 Monaten den Wunsch oder die Sehnsucht gehabt, ein Mann zu sein?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

17. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten zu Hause wie ein Mann gekleidet oder verhalten?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

18. Sind Sie in den letzten 12 Monaten zu Partys oder anderen sozialen Anlässen als Mann gegangen?

Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

4951426393

19. Sind Sie in den letzten 12 Monaten als Mann zur Arbeit oder zur Schule gegangen?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

20. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Ihren Körper nicht gemocht, weil er weiblich ist (z.B. weil Sie eine weibliche Brust oder eine Vagina haben)?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

21. Haben Sie in den letzten 12 Monaten den Wunsch nach einer Hormonbehandlung gehabt, um Ihren Körper in einen Männerkörper zu ändern?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

22. Haben Sie in den letzten 12 Monaten den Wunsch nach einer Operation gehabt, um Ihren Körper in einen Männerkörper zu ändern (z.B. Ihre Brust entfernen oder einen Penis anlegen zu lassen)?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

23. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten darum bemüht, Ihr offizielles Geschlecht zu ändern (z.B. im Führerschein oder Personalausweis)?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

24. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten eher als "Hermaphrodit" oder intersexuelle Person vorgestellt?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

25. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten eher als Transgender oder transsexuelle Person vorgestellt?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

26. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten als Mann vorgestellt?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

27. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten als Frau vorgestellt?

- Immer Oft Manchmal Selten Nie

Kommentar:

7404050347

UKE - Institut für Sexualforschung

3

Country code

Id-nr



GIQ

Datum:

Versuchen Sie, sich möglichst spontan auf das festzulegen, was Ihnen als erstes in den Sinn kommt.

trifft nicht zu trifft wenig zu teils/ teils trifft ziemlich zu trifft völlig zu

1. Ich bin mir meines gelebten Geschlechts innerlich sicher.	<input type="checkbox"/>				
2. Ich habe Spaß daran, mein Aussehen (Haare, Kleidung...) in Richtung auf das andere Geschlecht zu ändern.	<input type="checkbox"/>				
3. Ich habe Spaß daran, in die Rolle des anderen Geschlechts zu wechseln.	<input type="checkbox"/>				
4. Geschlechtszugehörigkeit ist etwas, was mir von außen aufgedrängt wird.	<input type="checkbox"/>				
5. Ich habe das Gefühl, dem Geschlecht, in dem ich erzogen wurde, zuzugehören, ganz gleich ob ich männliches oder weibliches Verhalten zeige.	<input type="checkbox"/>				
6. Ich habe das Gefühl, dem Geschlecht, in dem ich erzogen wurde, zuzugehören, ganz gleich ob ich männliche oder weibliche Eigenschaften habe.	<input type="checkbox"/>				
7. Ich habe das Gefühl, dem Geschlecht, in dem ich erzogen wurde, zuzugehören, ganz gleich ob ich äußerlich eher männlich oder eher weiblich wirke.	<input type="checkbox"/>				
8. Ich werde von anderen als Mann wahrgenommen.	<input type="checkbox"/>				
9. Ich werde von anderen als Frau wahrgenommen.	<input type="checkbox"/>				
10. Ich finde es gut, wenn andere Personen mein Geschlecht verwechseln.	<input type="checkbox"/>				
11. Ich hatte irgendwann einmal eine Zeit, in der ich mir meines Geschlechts nicht sicher war.	<input type="checkbox"/>				
12. Die Vorstellung, eine Frau zu sein, liegt mir fern.	<input type="checkbox"/>				
13. Die Vorstellung, ein Mann zu sein, liegt mir fern.	<input type="checkbox"/>				

8876050341					
	trifft nicht zu	trifft wenig zu	teils/ teils	trifft ziemlich zu	trifft völlig zu
14. Ich kann mir gut vorstellen, wie sich das anfühlt, eine Frau zu sein.	<input type="checkbox"/>				
15. Ich kann mir gut vorstellen, wie sich das anfühlt, ein Mann zu sein.	<input type="checkbox"/>				
16. Ich kann mir vorstellen, mich sowohl als Mann als auch als Frau zu fühlen.	<input type="checkbox"/>				
17. Ich fühle mich Männern ähnlicher als Frauen.	<input type="checkbox"/>				
18. Ich fühle mich Frauen ähnlicher als Männern.	<input type="checkbox"/>				
19. Ich habe ein Gefühl des "Frauseins" in mir.	<input type="checkbox"/>				
20. Ich habe ein Gefühl des "Mannseins" in mir.	<input type="checkbox"/>				
21. Ich habe das Gefühl, dass die Geschlechterrolle, in der ich erzogen wurde, für mich nicht die richtige ist.	<input type="checkbox"/>				
22. Ich ziehe Kleider des anderen Geschlechts an, um mich sexuell zu erregen.	<input type="checkbox"/>				

7734049521

UKE - Institut für Sexualforschung

8

Country code Id-nr

SCL - 90 - R

Datum: . .

Behandler:

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

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

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

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

1 / 5

1099049529

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

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

4697049526

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

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

5768049526

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

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

6083049527

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

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


 5195

DIA
 (inclusion criteria and diagnostic ratings)

Country code
 Id-nr

1 / 6

FORM 17

Date: . .

Clinician: _____

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

A -stated-desire to be other sex

How strong	<input type="checkbox"/> Very strong	<input type="checkbox"/> Moderately	<input type="checkbox"/> Mildly
How persistent	<input type="checkbox"/> Very persistent	<input type="checkbox"/> Somewhat persistent	<input type="checkbox"/> Not persistent
Since when	<input type="checkbox"/> Childhood	<input type="checkbox"/> Adolescence	<input type="checkbox"/> Adulthood
How long (duration)	<input type="checkbox"/> >5 years	<input type="checkbox"/> Between 1-5 years	<input type="checkbox"/> < 1 year
Intermittent in	<input type="checkbox"/> Childhood	<input type="checkbox"/> Adolescence	<input type="checkbox"/> Adulthood

Frequent passing as the other sex

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

Desire to live or be treated as the other sex

How strong	<input type="checkbox"/> Very strong	<input type="checkbox"/> Moderately	<input type="checkbox"/> Mildly
How persistent	<input type="checkbox"/> Very persistent	<input type="checkbox"/> Somewhat persistent	<input type="checkbox"/> Not persistent
Since when	<input type="checkbox"/> Childhood	<input type="checkbox"/> Adolescence	<input type="checkbox"/> Adulthood
How long (duration)	<input type="checkbox"/> >5 years	<input type="checkbox"/> Between 1-5 years	<input type="checkbox"/> < 1 year

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

How strong	<input type="checkbox"/> Very strong	<input type="checkbox"/> Moderately	<input type="checkbox"/> Mildly
How persistent	<input type="checkbox"/> Very persistent	<input type="checkbox"/> Somewhat persistent	<input type="checkbox"/> Not persistent
Since when	<input type="checkbox"/> Childhood	<input type="checkbox"/> Adolescence	<input type="checkbox"/> Adulthood
How long (duration)	<input type="checkbox"/> >5 years	<input type="checkbox"/> Between 1-5 years	<input type="checkbox"/> < 1 year
Intermittent in	<input type="checkbox"/> Childhood	<input type="checkbox"/> Adolescence	<input type="checkbox"/> Adulthood

Patients fulfills Criterion A Yes No Due to comorbidity

 5195	2 / 6	Id-nr
<p>B. CRITERION Persistent discomfort with his or her sex or sense of inappropriateness in the gender role of that sex</p>		
<p>Preoccupation with getting rid of sex characteristics</p> <p>How strong <input type="checkbox"/> Very strong <input type="checkbox"/> Moderately <input type="checkbox"/> Mildly</p> <p>How persistent <input type="checkbox"/> Very persistent <input type="checkbox"/> Somewhat persistent <input type="checkbox"/> Not persistent</p> <p>Since when <input type="checkbox"/> Childhood <input type="checkbox"/> Adolescence <input type="checkbox"/> Adulthood</p> <p>How long (duration) <input type="checkbox"/> >5 years <input type="checkbox"/> Between 1-5 years <input type="checkbox"/> < 1 year</p> <p>Complete/incomplete wish <input type="checkbox"/> Complete <input type="checkbox"/> Incomplete</p> <p>Intermittent in <input type="checkbox"/> Childhood <input type="checkbox"/> Adolescence <input type="checkbox"/> Adulthood</p>		

<p>Belief to be born the wrong sex</p> <p>How strong <input type="checkbox"/> Very strong <input type="checkbox"/> Moderately <input type="checkbox"/> Mildly</p> <p>Since when <input type="checkbox"/> Childhood <input type="checkbox"/> Adolescence <input type="checkbox"/> Adulthood</p> <p>How long (duration) <input type="checkbox"/> >5 years <input type="checkbox"/> Between 1-5 years <input type="checkbox"/> < 1 year</p> <p>Intermittent in <input type="checkbox"/> Childhood <input type="checkbox"/> Adolescence <input type="checkbox"/> Adulthood</p>		
<p>Patient fulfills Criterion B <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Due to comorbidity</p>		
<p>C. CRITERION Is the disturbance concurrent with a physical intersex condition?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Unclear</p> <p style="text-align: center;"> ↓ ↓ Patient fulfills Criterion C <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear </p>		
<p>D. CRITERION The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning</p> <p>Distress/clinically significant impairment present?</p> <p>Social <input type="checkbox"/> Strong <input type="checkbox"/> Mildly <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unclear</p> <p>Occupational <input type="checkbox"/> Strong <input type="checkbox"/> Mildly <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unclear</p> <p>Family <input type="checkbox"/> Strong <input type="checkbox"/> Mildly <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unclear</p> <p>Other, namely <input type="checkbox"/> Strong <input type="checkbox"/> Mildly <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unclear</p> <p>-----</p>		
<p>Patients fulfills Criterion D ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>		
<p>Patients fulfills all DSM criteria for GID? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>		


 5195

3 / 6

Id-nr

Sexual attraction

Preferred partners in:

Behavior	<input type="checkbox"/> Males	<input type="checkbox"/> Females	<input type="checkbox"/> Both	<input type="checkbox"/> Neither	<input type="checkbox"/> Transgendered
Fantasy	<input type="checkbox"/> Males	<input type="checkbox"/> Females	<input type="checkbox"/> Both	<input type="checkbox"/> Neither	<input type="checkbox"/> Transgendered
Erotic attraction	<input type="checkbox"/> Males	<input type="checkbox"/> Females	<input type="checkbox"/> Both	<input type="checkbox"/> Neither	<input type="checkbox"/> Transgendered

DSM specification: attracted to

Males Females Both Neither Transgendered

Erotic arousal associated with the thought of themselves as a (naked) ...

In childhood (if any)	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Woman	<input type="checkbox"/> Both	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Transgendered person
In adolescence	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Woman	<input type="checkbox"/> Both	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Transgendered person
In adulthood	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Woman	<input type="checkbox"/> Both	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Transgendered person

Any sexual arousal with cross-dressing in the past (adolescence)

yes no

Any current sexual arousal with cross-dressing?

yes no

Patient belongs to the autogynephile subgroup?

yes no unclear



4 / 6

Id-nr

--	--	--	--	--

Other (DSM) classifications

1 GID NOS

Intersex condition with gender dysphoria present? Strong Midly None Unclear

Transient stress -related cross-dressing behavior present? Strong Midly None Unclear

Persistent preoccupation with castration/penectomy without desire to acquire the sex characteristics of the other sex present? Strong Midly None Unclear

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

Patient fulfills criteria GID NOS? Yes No

2 Transvestic fetishism (only for heterosexual males)

Recurrent, intense sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviors involving cross-dressing >6 months present? Yes No

The fantasies, sexual urges or behaviours cause clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning Yes No

Patient fulfills DSM criteria for transvestic fetishism? Yes No

3 "Partial GID"

Patient fulfills one criterion (A or B) but not the other? Yes No

4 "Third gender"

Patient considers him/herself third gender? Yes No

5 Transsexual identity

Patient claims to have a transsexual identity? Yes No

5 / 6		Id-nr				
5195						
Did the adult also fulfill GID criteria in childhood? Always to be filled out!						
A. Criterion childhood GID:						
A strong and persistent cross-gender identification (not merely a desire for any perceived cultural advantages of being the other sex)						
(4 of 5 criteria)						
1. Repeatedly stated desire to be, or insistence that he or she is, the other sex						
Present	<input type="checkbox"/>	Strongly	<input type="checkbox"/>	Moderately	<input type="checkbox"/>	Not
2. Boys:preference for crossdressing						
Present	<input type="checkbox"/>	Strongly	<input type="checkbox"/>	Moderately	<input type="checkbox"/>	Not
3. Girls:insistence on wearing only stereotypical masculine clothing						
Present	<input type="checkbox"/>	Strongly	<input type="checkbox"/>	Moderately	<input type="checkbox"/>	Not
4. Strong/persistent preferences for cross-sex roles in makebelieve play or persistent fantasies of being the other sex						
Play:present	<input type="checkbox"/>	Strongly	<input type="checkbox"/>	Moderately	<input type="checkbox"/>	Not
Fantasies:present	<input type="checkbox"/>	Strongly	<input type="checkbox"/>	Moderately	<input type="checkbox"/>	Not
5. Intense desire to participate in the stereotypical games and pastimes of the other sex						
Present	<input type="checkbox"/>	Strongly	<input type="checkbox"/>	Moderately	<input type="checkbox"/>	Not
6. Strong preference for playmates of the other sex						
Present	<input type="checkbox"/>	Strongly	<input type="checkbox"/>	Moderately	<input type="checkbox"/>	Not
Patient fulfilled criterion A in childhood ?						
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
Childhood GID						
B. Criterion childhood GID: Persistent discomfort with his/her sex or sense of inappropriateness in the gender role of that sex.						
Boys: assertion penis or testes are disgusting or will disappear or assertion it would be better not to have penis						
Present	<input type="checkbox"/>	Strongly	<input type="checkbox"/>	Moderately	<input type="checkbox"/>	Not
Boys: aversion toward rough/tumble play&rejection of male typical toys, games and activities						
Present	<input type="checkbox"/>	Strongly	<input type="checkbox"/>	Moderately	<input type="checkbox"/>	Not
Girls: rejection of urinating in a sitting position						
Present	<input type="checkbox"/>	Strongly	<input type="checkbox"/>	Moderately	<input type="checkbox"/>	Not
Girls: assertion that she has or will grow a penis						
Present	<input type="checkbox"/>	Strongly	<input type="checkbox"/>	Moderately	<input type="checkbox"/>	Not
Girls: assertion that she does not want to grow breasts or menstruate						
Present	<input type="checkbox"/>	Strongly	<input type="checkbox"/>	Moderately	<input type="checkbox"/>	Not
Girls: marked aversion toward normative feminine clothing						
Present	<input type="checkbox"/>	Strongly	<input type="checkbox"/>	Moderately	<input type="checkbox"/>	Not
Patient fulfilled criterion B in childhood ?						
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						


 5195

6 / 6

Id-nr

C. Criterion childhood GID:

Is the disturbance concurrent with a physical intersex condition? No Yes Unclear

↓ ↓

Patient fulfilled criterion C in childhood ? Yes No

D. Criterion childhood GID

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

Clinically significant distress impairment present?

Social	<input type="checkbox"/> Strong	<input type="checkbox"/> Mildly	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Unclear
Occupational/educational	<input type="checkbox"/> Strong	<input type="checkbox"/> Mildly	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Unclear
Family	<input type="checkbox"/> Strong	<input type="checkbox"/> Mildly	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Unclear
Other, namely	<input type="checkbox"/> Strong	<input type="checkbox"/> Mildly	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Unclear

Patient fulfilled criterion D in childhood ? Yes No

Patient fulfilled all DSM criteria in childhood? Yes No

Anmerkungen zu den Standardisierten Fragebögen

UGDS

Bei den Items 3./7./8. und 9. der UGDS-F wird der Antwort "Stimme voll zu" der Wert 1 und der Antwort "Stimme gar nicht zu" der Wert 5 vergeben. Bei den restlichen Items wird der Antwort „Stimme voll zu“ der Wert 5 und „Stimme gar nicht zu“ der Wert 1 vergeben.

GII

Die Items 1, 13 und 27 werden im GII-F umgepolt. Sonst wird immer der Antwort „Immer“ der Wert 1 und der Antwort „Nie“ der Wert 5 zugeschrieben. Die Items 7a und 7b werden nicht weiter berücksichtigt.

Items der verschiedenen Skalen des GII:

subjektiv: 1,2,5,6,7,8,9,10,16,24,25,26,27

social: 3,4,11,13,14,15,17,18,19

somatisch: 20,21,22

rechtlich: 12,23

GIQ

Die Items 12, 13 und 21 werden umgepolt. Die Items 8, 9 und 22 werden keiner Itemgruppe zugeschrieben. Die restlichen Items lassen sich in 4 Gruppen einteilen.

Gruppenzugehörigkeit der Items:

FGI: Items: 12, 14, 18, 19

MGI: Items: 13, 15, 17, 20

TGI: Items: 2, 3, 4, 10, 11, 16, 21

SGI: Items: 1, 5, 6, 7

SCL-90-R

Skala 1: Somatisierung: Items: 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58

Skala 2: Zwanghaftigkeit: Items: 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65

Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt: Items: 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73

Skala 4: Depressivität: Items: 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 30, 31, 32, 54, 71, 79

Skala 5: Ängstlichkeit: Items: 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86

Skala 6: Aggressivität/ Feindlichkeit: Items: 11, 24, 63, 67, 74, 81

Skala 7: Phobisches Denken: Items: 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82

Skala 8: Paranoides Denken: Items: 8, 18, 43, 68, 76, 83

Skala 9: Psychotizismus: Items: 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Zusatzitems: 19, 44, 59, 60, 64, 66, 89

Lebenslauf



Person

Name: Catharina Schneider
e-mail: schneider.catharina@yahoo.de

Geburtsdatum: 21.03.1982
Geburtsort: Hamburg, Deutschland
Staatsbürgerschaft: Deutsch

Ausbildung

seit 10/2006 **Studium der Psychologie** an der Universität Wien
seit 10/2008 **Studium der Gender Studies** an der Universität Wien

10/2001 - 07/2006 **Studium der Ethnologie** an der Universität Hamburg, Nebenfächer:
Lateinamerikastudien und Psychologie

Abschluss: Baccalaurea Artium in Ethnologie

04/1993 - 06/2001 **Kaiser-Friedrich-Ufer-Gymnasium**, Hamburg (Abitur)

Praktika und Berufserfahrung

Praktika:

03/2012 - 09/2012 **Forschungspraktikum am Institut für Sexuallforschung und forensische
Psychiatrie**, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
Verfassen der Diplomarbeit

07/2011 - 09/2011 **Praktikum in den Heiligenfeld Kliniken**, Bad Kissingen

02/2010 - 05/2010 **Praktikum am Otto Wagner Spital, Tagesklinik, Pav. 19/3**

Berufserfahrung:

10/2011 - 03/2012 Studentische Assistentin am Institut für Angewandte Psychologie: Arbeit,
Bildung und Wirtschaft

01/2002 - 03/2005 Redaktionsassistentin bei der "Tagesschau" im Norddeutschen
Rundfunk, Hamburg

Sprachen

Deutsch: Muttersprache
Englisch: Sehr gut
Spanisch: Grundkenntnisse

Zusätzliche Informationen

EDV: Microsoft Office, SPSS
Pers. Interessen: Literatur, Sport, Reisen