

Einleitung

i. „... mit ärztlicher Hilfe zum richtigen Geschlecht“

„Transsexualität - mit ärztlicher Hilfe zum richtigen Geschlecht“: so lautet der Titel des einleitenden Aufsatzes zum Schwerpunktthema Transsexualität einer 1999 erschienenen renommierten medizinischen Fachzeitschrift,¹ die das Wissenschaftsverständnis ihrer Disziplin im Namen führt: Fortschritte der Medizin. Diese Texte zum Themenschwerpunkt Transsexualität verdeutlichen den Ausgangspunkt meiner Arbeit und meiner Fragestellungen: die medizinische Konstruktion der Transsexualität sowie das gegenwärtig als fortschrittlich qualifizierte medizinische Verständnis der Transsexualität.

Die kurze Einführung ins Thema aus dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie analysiere ich im Folgenden Satz für Satz und nehme dabei Bezug auf die folgenden Aufsätze zum Themenschwerpunkt.²

„Transsexualität ist eine Störung der Geschlechtsidentität, bei der die körperliche Erscheinung nicht mit dem Gefühlsleben in Einklang steht.“ – Das (subjektive) Geschlechtsempfinden von Transsexuellen wird als eine Geschlechtsidentität definiert, die im Verhältnis zum wahrnehmbaren (objektiven) Körpergeschlecht gestört ist.

„So empfindet beispielsweise eine genetische Frau wie ein Mann und möchte auch als Mann leben und akzeptiert werden.“ – Die Geschlechtsidentitätsstörung wird bipolar konstruiert: eine Frau hat eine männliche, ein Mann eine weibliche Geschlechtsidentität. Die Geschlechtsidentität wird dualistisch dem genetischen Geschlecht als entscheidendes Merkmal des Körpergeschlechts gegenübergestellt: die Identität steht, so wird auch als „differentialdiagnostische Abgrenzung von der Intersexualität“ betont, „zum biologischen Geschlecht des Patienten genetisch, hormonell und anatomisch im Widerspruch“.³ Das transsexuelle Empfinden bedinge den „stark ausgeprägten, kompromißlosen Wunsch“⁴ nach einem von der Gesellschaft akzeptierten permanenten Geschlechtswechsel. Ein Drittes gibt es nicht: Transsexualität wird mit dem Wunsch nach einem vollständigen und dauerhaften Geschlechtswechsel identifiziert.

„Berichte über Transsexuelle finden sich bereits in der Antike.“ – Transsexualität wird universalistisch als eine von historischen und gesellschaftlichen Bedingungen unabhängige Störung behauptet.

¹ Die „MMW“ bezeichnet sich auf ihrer Homepage www.mmw.de als „das medizinische Fortbildungsorgan für den niedergelassenen Arzt“, das „dem Arzt direkt anwendbares Wissen vermittelt“. Als Zielgruppe sind benannt „niedergelassene Praktiker, Internisten und Allgemeinärzte“. Außer im Internet erscheint die wöchentlich herausgegebene Zeitschrift in einer Druckauflage von knapp 60.000 Exemplaren (Stand 2006).

² Oefelein / Stalla (1999), S. 295. Wenn nicht anders angegeben, stammen die folgenden Zitate aus diesem Text. Dem ins Thema einführenden Text folgen drei Aufsätze zur Diagnose und Behandlung von Transsexualität.

³ Schlatterer [u. a.] (1999), S. 296.

⁴ Schlatterer [u. a.] (1999), S. 296.

- „Die Akzeptanz, die den Transsexuellen entgegengebracht wird, hängt in einem großen Maß davon ab, wie aufgeklärt die Umwelt ist.“ – Der transsexuelle Wunsch ist als legitim anzusehen: nicht das Körper-, sondern das ‚Seelen‘-Geschlecht ist das richtige. Inakzeptanz seitens der Nicht-Transsexuellen wird auf Unwissen zurückgeführt.
- „Hier besteht ein großer Nachholbedarf, da nur wenige in der Lage sind, Transsexualität von Transvestitismus oder Homosexualität zu unterscheiden.“ – Die Autoren führen die gesellschaftliche Inakzeptanz von Transsexualität auf ein differentialdiagnostisches Unwissen, auf eine Verwechslung mit Transvestitismus oder Homosexualität zurück, deren Inakzeptanz in der Gesellschaft offenbar mehr Verständnis entgegengebracht wird. Die medizinische Profession reklamiert für sich die Aufgabe, die Gesellschaft über die *Krankheit* Transsexualität aufzuklären.
- „Wissenschaftlich geht man heute von einer ‚gegengeschlechtlichen‘ Anlage bestimmter Hirnstrukturen aus, die in einer frühen Embryonalphase geprägt werden.“ – Obwohl die Ätiologie der Transsexualität als „bis heute unklar“⁵ bezeichnet wird, wird zugleich jedoch biologisch das vergeschlechtlichte Gehirn als Substrat einer angeborenen transsexuellen Identität postuliert, d. h.: Transsexualität ist keine Frage des freien Willens, Transsexuelle sind schuldlos Betroffene. Wie die neuroendokrinologische Hypothese durch Befunde „bei transsexuellen Patienten weitere Stützung erfahren“ habe, hätten Versuche, psychogene Ursachen der Transsexualität zu bestimmen, dagegen „nach heutigem Kenntnisstand zu keinem eindeutigen Erfolg“ geführt.⁶
- „Diese These [einer ‚gegengeschlechtlichen‘ Anlage bestimmter Hirnstrukturen; V. W.] wird dadurch gestützt, daß keine Form der Therapie, sei es Psychotherapie oder eine Hormonbehandlung, den drängenden Wunsch der Transsexuellen ändert, die Geschlechterrolle zu wechseln.“ – Die Hypothese, Transsexualität ist angeboren, und die Behauptung, Transsexualität ist nicht therapierbar, beweisen sich gegenseitig.
- „Durch das Transsexuellengesetz von 1980 ist ein juristischer Rahmen geschaffen worden, der unter anderem Fragen der Namensänderung und Personenstandsänderung regelt. Vor dieser gesetzlichen Neuerung war es nur durch äußerliche Veränderungen möglich, einen Rollenwechsel zu vollziehen. In den letzten Jahrzehnten wurden die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung sowie operative Verfahren entwickelt, so daß der Rollenwechsel auch physisch vollziehbar wurde.“ – Nachdem sich die Behandlung der Transsexualität lange Zeit „neben dem drastischen Eingriff der Kastration mehr oder weniger auf kosmetische Maßnahmen“ beschränkt habe,⁷ wurde der Geschlechtswechsel dank des Fortschritts der Medizin physisch machbar. Gesetzliche Regelungen eines juristischen Geschlechtswech-

⁵ Schlatterer [u. a.] (1999), S. 297.

⁶ Schlatterer [u. a.] (1999), S. 297.

⁷ Schlatterer [u. a.] (1999), S. 296.

sels waren zwar nicht, wie behauptet wird, Voraussetzung zur Durchführung medizinischer Geschlechtswechsel, trugen aber entscheidend zu deren Etablierung bei.⁸

„Da es sich dabei aber um invasive, nicht reversible Therapieformen handelt, kommt der Diagnostik ein hoher Stellenwert zu. So steht heute eine psychiatrische Abklärung der Transsexualität am Anfang der Geschlechtsanpassung. Ist es gelungen, die Transsexualität zu diagnostizieren und psychiatrische Erkrankungen auszuschließen, ist es Aufgabe des Psychiaters, das weitere Vorgehen zu koordinieren und den zeitlichen Ablauf des Geschlechterwechsels zusammen mit dem Transsexuellen zu bestimmen.“ – Nur ein Psychiater kann die als nicht psychiatrische subjektive Empfindung definierte Transsexualität diagnostizieren. Wie das psychiatrische Macht-Wissen durch die Irreversibilität der chirurgischen Eingriffe legitimiert wird, so werden diese zugleich euphemistisch als *Geschlechtsanpassung* bezeichnet, um die Therapie des ‚falschen‘ Körpers zu legitimieren.

„In der Regel ist der Ablauf [der Geschlechtsanpassung; V.W.] in folgende Teile gegliedert, die auch in der angegebenen Reihenfolge durchlaufen werden: Alltagstest, gegengeschlechtliche Hormontherapie und geschlechtsanpassende Operation. Beachtet werden sollte aber, daß es sich um Menschen handelt, die sich nicht in starre Schemen pressen lassen.“ – Trotz der Hinweise auf die Mitbestimmung und die Individualität der Patienten führt der medizinische Experte Regie bei der Geschlechtsumwandlung und schnürt ein „therapeutische Gesamtpaket“, das als „entscheidend für das positive Ergebnis“ behauptet wird. Dieses Paket, für das „vom Erstkontakt beim Therapeuten bis zur Operation als Minimum 1 1/2 Jahre“ veranschlagt werden, umfasst auch eine „psychotherapeutische Begleitbetreuung“, die „konsequent verlangt“ wird.⁹ Die Pflicht-Therapie soll aber als „supportive Maßnahme verstanden werden“, da Transsexuelle „in der Regel nicht bereit [sind], ihre Transsexualität in Frage stellen zu lassen“.¹⁰

„Wichtig für den Transsexuellen ist, daß eine interdisziplinäre Behandlung durch erfahrene Psychiater, Endokrinologen und Chirurgen erfolgt; nur so ist ein optimales Ergebnis zu erwarten und können unrealistische Vorstellungen frühzeitig korrigiert werden.“ – Das interdisziplinäre Management des Geschlechtswechsels hat auch das Ziel, den Transsexuellen die Grenzen des medizinisch Machbaren zu verdeutlichen. Doch auch wenn eine Phallusplastik „auch heute noch eine Herausforderung für den Operateur“ darstelle, wird der medizinische Geschlechtswechsel als „etablierte(s) Verfahren“ bezeichnet. „Geschlechtsangleichende Operationen“ würden „heute nicht mehr als experimentell, sondern bei kor-

⁸ In der Bundesrepublik Deutschland entschied 1971 der Bundesgerichtshof, dass eine operative Geschlechtsumwandlung „keine sittenwidrige Körperverletzung“ darstellt. (Liedl (1999), S. 305) Das Bundessozialgericht erkannte Transsexualität 1987 als eine „Erkrankung im Sinne der RVO“ (Rentenversicherungsordnung) an; damit gelten die hormonellen und chirurgischen Eingriffe als „medizinisch notwendige Heilbehandlung“, deren Kosten die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen. (Schlatterer [u. a.] (1999), S. 297.)

⁹ Kockott (1999), S. 302f.

¹⁰ Schlatterer [u. a.] (1999), S. 298.

rekter Indikation als notwendig betrachtet, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern“.¹¹

In den Aufsätzen nach dem eben analysierten Einführungstext illustrieren Fallbeispiele diese doppelte Botschaft der Etablierung und der Reglementierung von Geschlechtsumwandlungen, des medizinischen Wissens und technischen Könnens und der psychiatrischen Macht über den Geschlechtswechsel: in dem Text von Schlatterer [u. a.] demonstriert die israelische Pop-Sängerin *Dana International* (über Israels Grenzen hinaus bekannt geworden durch ihren Sieg beim Europäischen Schlagerwettbewerb 1998), dass Mann-zu-Frau-Transsexuelle dem Stereotyp weiblicher Schönheit entsprechen können.¹² In dem Text von Kockott, der einen vergleichsweise restriktiven Tenor hat, dient der Fall einer erfolgreichen Schadensersatzklage eines Mannes gegen seine Operateure dazu, Ärzte vor einer schnellen Diagnose von Transsexualität und vor allem vor übereilten Operationen zu warnen.¹³

Folgende Zusammenfassung eines Textes der hier analysierten Fachzeitschrift deutet – vermutlich unbeabsichtigt – die Paradoxien der medizinischen Konstruktion der Transsexualität an: „Das Phänomen der Transsexualität durchbricht die zweigeteilte Geschlechterordnung unserer Gesellschaft in sowohl für Betroffene als auch für die Umwelt deutlicher und teilweise konfrontierender Weise. Medizin und Gesetzgebung bieten heute für die Betroffenen Hilfestellungen an, die sich als sinnvoll und tauglich erwiesen haben. Diese Hilfen sind nicht theoriegeleitet, sondern pragmatisch entwickelt worden und in weiten Bereichen auch heute noch verbesserungsfähig. Um die Akzeptanz dieses Phänomens im sozialen Gefüge einerseits zu erhöhen, andererseits aber auch konkrete Verbesserungen für den Patienten zu erzielen, bleibt die Herausforderung bestehen, die dem transsexuellen Erleben zugrunde liegenden Mechanismen detaillierter zu entschlüsseln und damit zu verstehen.“¹⁴

Medizin und Gesetzgebung bringen Ordnung in ein konfrontierendes Phänomen, das die zweigeteilte Geschlechterordnung durchbricht. Ihre Konstruktion von Transsexualität bestätigt diese Ordnung zugleich, denn diagnostiziert wird die Identität des anderen Geschlechts: das gestörte Geschlechtsempfinden wird zur anderen Geschlechtsidentität vereindeutigt. Der Normbruch besteht lediglich in einer Zurückweisung des nach der Geburt zugeschriebenen Geschlechts, das sich als falsch erwiesen hat. Postoperativ verschwindet das Phänomen idealerweise unauffällig in der Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit.

Transsexualität wird als eine legitimationsbedürftige Krankheit, eine Geschlechtsumwand-

¹¹ Liedl (1999), S. 305. Da „außer Zweifel“ stehe, „daß die soziale und psychologische Stabilisierung um so leichter gelingt, je besser eine kosmetische und funktionelle Angleichung an das gewünschte Geschlecht gelingt,“ dürfe sich *der Operateur* nicht mit den im Transsexuellengesetz (der BRD) vorgeschriebenen Maßnahmen zufrieden geben. Dieses (§ 8 TSG) knüpft die Feststellung (Änderung) der Geschlechtszugehörigkeit an eine „dauernde Fortpflanzungsunfähigkeit“ (Kastration des Mannes; Entfernung der inneren Geschlechtsorgane der Frau) und „eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts“. Diese werde bereits durch eine Penisamputation bzw. eine Brustreduktion als erreicht angesehen. (ebd.)

¹² Schlatterer [u. a.] (1999), S. 296.

¹³ Kockott (1999), S. 303.

¹⁴ Schlatterer [u. a.] (1999), S. 297.

lung als legitimationsbedürftige Behandlungsmethode angesehen, weil Transsexualität als psychische Krankheit konstruiert wird, die keine ist: bei der der Körper stört, nicht die Psyche gestört ist, und die deswegen nicht psychiatrisch, sondern nur somatisch zu behandeln ist: durch Anpassung des Körpergeschlechts an die Geschlechtsidentität.

Wie bereits die bloße Hypothese, eine biologische Ätiologie sei die wahrscheinlichste Ursache der Transsexualität, eine legitimierende Funktion erfüllt, so deutet die Formulierung des Forschungsdesiderats, die Ätiologie der Transsexualität zu entschlüsseln, auf ein Unbehagen mit dem unverständenen-unverstehbaren Phänomen und seiner ‚sinnvollen tauglichen‘ Behandlung hin. Offenbar besteht auch noch zwanzig Jahre nach der offiziellen Etablierung der Transsexualität in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ein Bedürfnis, die nur pragmatisch entwickelten Behandlungsschritte theoretisch zu begründen – und eventuell überflüssig zu machen, denn Ätiologie-Wissen eröffnet potentiell die Prophylaxe des ‚konfrontierenden‘ Phänomens.

ii. Methode und Gegenstand: eine Archäologie der medizinischen Konstruktion der Transsexualität

Ziel meiner Diskursanalyse ist eine Archäologie der medizinischen Konstruktion der Transsexualität. Im Fokus stehen der medizinische, psychiatrische und sexualwissenschaftliche Diskurs zum medizinischen Geschlechtswechsel und zur Transsexualität. Ergänzt wird diese Archäologie durch eine Genealogie der gesellschaftlichen Entstehungsbedingungen dieser Diskurse. Folgende Leitfragen stehen am Ausgangspunkt meiner Arbeit: Wie ist es dazu gekommen, dass heute die Behauptung eines gegengeschlechtlichen Empfindens nicht mehr als Ausdruck eines Geschlechtsverwandlungswahns, nicht mehr als Symptom einer Paranoia oder eines Borderline-Syndroms, sondern einer nicht psychiatrischen Geschlechtsidentitätsstörung angesehen wird? Wie ist es dazu gekommen, dass Ärzte heute Transsexuellen bereitwillig ihre Hilfe auf dem Weg zum ‚richtigen‘ Körper/Geschlecht anbieten, dass sie den diskursiven Bruch ignorieren und meinen, das Subjektive, Nicht-Diskursivierbare objektivieren zu können, und aus der für den Betroffenen nicht hintergehbaren Geschlechtsempfindung die Diagnose Transsexualität konstruieren? Welche Zeichen (des Körpers, der Psyche, der Biographie) werden zu Symptomen der transsexuellen Identität und wie wird ihre Bedeutung argumentativ hergestellt?

Meine Hypothesen lauten: die Diagnose Transsexualität wird trotz allen symptomatologischen und diagnostischen Aufwands intuitiv gestellt. Das Stellen dieser Diagnose hängt von der Bereitschaft des Arztes ab, bestimmte Zeichen als Symptome zu interpretieren. Diesen ‚Willen zur Diagnose‘ beeinflussen historische und gesellschaftliche Faktoren. Die Konstruktion der Krankheit Transsexualität selbst ist durch historische und gesellschaftliche Faktoren determiniert, die einen eigendynamischen Prozess in Gang gesetzt haben, an dessen (vorläufigem) Ende das medizinische und juristische Management von Geschlechtswechseln steht, wie es heute in vielen Ländern praktiziert wird.

Transsexuelle behaupten, sie seien ‚eigentlich‘ das andere Geschlecht. Ihr körperliches Geschlecht, ihr Geschlechtskörper entspräche nicht ihrem Empfinden, ihrer Geschlechtsidentität.

Diese Empfindung findet ihren diskursgeschichtlich signifikantesten Ausdruck durch die Metapher ‚Weibliche Seele im männlichen Körper‘ bzw. ‚Männliche Seele im weiblichen Körper‘. Diese kollektivsymbolische¹⁵ Selbstdefinition Transsexueller vergeschlechtlicht den abendländischen Substanzdualismus: die Behauptung einer ‚richtigen Seele im falschen Körper‘ variiert metaphorisch den seit Platon tradierten Primat der Seele über den Körper. „Die Hoheit der Seele eignet sich“, so Runte in ihrer Analyse von Autobiographien Transsexueller, „hervorragend dazu, das Geschlechtlichkeitsempfinden als psychische Dimension und Positiv-Qualität zu repräsentieren“.¹⁶ Transsexuelle unterstreichen durch den Bezug auf die Seele als dem Subjekt auch transzendente Instanz – durch eine metaphysisch-religiöse Metaphorik – die lebensgeschichtliche Bedeutung ihres Identitäts-Projekts Geschlechtswechsel. In ihrer Rede steht Seele jedoch für die dem modernen Subjekt immanente Psyche: empirisch-transzendente Instanz der transsexuellen Geschlechtsempfindung.¹⁷ Der Primat der Psyche, die Subjektivierung durch das transsexuelle Empfinden, stand zwar auch für Psychiatrie und Sexualpathologie außer Frage, doch wurde im medizinisch-psychiatrischen Diskurs das transsexuelle Geschlechtsempfinden zunächst nicht als ‚richtige Seele im falschen Körper‘, sondern als ‚falsche Seele im richtigen Körper‘ konstruiert, als Symptom einer kranken Psyche, als psychiatrisch zu behandelnde Krankheit. Heute dagegen wollen Transsexuelle und Mediziner, dass der ‚richtigen Seele‘ mittels somatischer Therapie – mittels Geschlechtsumwandlung – zu ihrem Recht verholfen werde.

Dem humanwissenschaftlich ‚säkularisierten‘ Dualismus der Substanzen Seele und Körper entspricht ein Dualismus der Geschlechter, der der Geschlechtsempfindung des transsexuellen Subjekts wie der medizinisch-psychiatrischen Konstruktion der Transsexualität zugrunde liegt. Die biographische Herausbildung der Selbstkategorisierung als transsexuell kann mit Runte als ein Prozess der Vereindeutigung einer geschlechtlichen Identitätskrise zu einer gegengeschlechtlichen Identität charakterisiert werden.¹⁸ Es finden „biographische Operationen“ – so der prägnante Titel von Runtens Habilitationsschrift – statt. Die „paradox-tautologische Definition“ transsexueller Identität – „Ich, ein (biologischer) Mann, bin (psychisch) eine Frau‘ (bzw. umgekehrt)¹⁹ – gleicht einer ontologischen Setzung. Transsexuelle können ihr geschlechtliches Seinsgefühl nicht begründen, nur illustrieren, definitorisch variieren, rhetor-

¹⁵ Runte versteht, Jürgen Link folgend, „unter ‚Kollektivsymbolen‘ ikonisch motivierte Zeichen, deren kollektive Wirkkraft sich aus ihrer sozialhistorischen Relevanz ergibt und die komplexe Sachverhalte durch ihren alltagsweltlichen Bezug kognitiv erfassbar machen, die gleichzeitig aber Knotenpunkte symptomatischer individueller Assoziationsketten darstellen können“ (Runte (1996), S. 74.)

¹⁶ Runte (1996), S. 72.

¹⁷ Eine *individuelle* Vergeschlechtlichung der Seele war unter dem Paradigma des metaphysischen Substanzdualismus von Seele und Körper, in den selbst bereits die Hierarchie der Geschlechter eingeschrieben war, undenkbar.

¹⁸ Frühkindliche Evidenzgefühle sind, wie jedes erinnerte Ereignis im Rahmen einer autobiographischen Sinnkonstruktion, „unwiderruflich von späteren Signifikantennetzen ‚überdeterminiert‘, die ihnen neue Bedeutung und Wertigkeit verleihen“. (Runte (1996), S. 134) Vgl. Runtens Analyse der autobiographischen Konstruktion des transsexuellen Affekts (Runte (1996), S. 108-143), insbesondere zu Evidenz- versus Differenzgefühlen (a.a.O., S. 123-135).

¹⁹ Runte (1996), S. 124.

risch paraphrasieren.²⁰ „Die tautologische Strategie Transsexueller, für evident auszugeben, was paradox erscheint, ist“, so Runte, „weniger eine erpresserische Argumentationstaktik denn die Resignation des sprechenden Subjekts vor der Unhintergebarkeit einer Identität, die kollektivsymbolisch zum Telos einer Origo mystifiziert wird, so etwa in der Verbalisierung post-operativer Euphorie: ‚I once again am who I was very many years ago, at the beginning. (...) I am as I should be. (...) Now I can be who I always was.‘“²¹

Runte geht über eine Diskursanalyse, die ein gegengeschlechtliches Empfinden als Produkt der Sprache (als signifikanter Praxis) und als nicht objektivierbare Behauptung der Betroffenen zeigt, hinaus (Transsexualität sei kein bloßes Diskursprodukt) und liest mit Lacan Textspuren als Ausdruck einer imaginären transsexuellen Dynamik. Sie stellt eine neue psychoanalytische Hypothese auf: Ursprung des Verliebtseins Transsexueller „in ihr antizipiertes Körperbild im anderen Geschlecht“ sei die durch das „Scheitern der symbolischen Kastration“ bedingte „Verwerfung der Geschlechterdifferenz“ durch das Kind.²²

Meine Diskursanalyse ist kein weiterer Versuch, symptomatische Spuren der Genese einer gegengeschlechtlichen Identität zu dechiffrieren, sondern der Versuch, den Faktoren auf die Spur zu kommen, die Ende der 1970er Jahre zur ‚offiziellen‘ medizinischen Konstruktion der Transsexualität geführt haben: zur Aufnahme in die *Internationale Klassifikation der Krankheiten* der Weltgesundheitsorganisation (1975) sowie in das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* der American Psychiatric Association (1980). Für diese Entwicklung waren, so meine These, folgende Faktoren entscheidend:

1. die nicht-diskursive Praxis, d. h. die Entwicklung von medizinisch-technischen Möglichkeiten zur Realisierung von Wünschen nach Geschlechtsumwandlung;
2. ein Zusammenspiel von Forschungsinteressen, ärztlicher Empathie und unabweisbaren Patientenwünschen, das die Anwendung dieser Techniken bestimmte;
3. biologistische und bio-psychologische Ätiologiehypothesen, die die Geschlechtsumwandlungen immanent legitimiert und zur nosologischen Konstruktion der Transsexualität beigetragen haben;
4. die Bestätigung der dualistischen Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit durch die Wünsche nach Geschlechtsumwandlung wie auch durch die zu ihrer Legitimation entworfenen Ätiologiehypothesen.

Ich analysiere Transsexualität als Effekt von Macht/Wissens-Strukturen und von Techniken

²⁰ Das Versagen der Sprache und die Unmöglichkeit, das transsexuelle Empfinden zu begründen, konnte Runte in allen von ihr untersuchten Autobiographien und Fallgeschichten feststellen. (Runte (1996), S. 136) Ich stimme Hirschauers Bewertung zu, dass die „Empfindungssemantik“ nicht nur verrätselnd ist – das geäußerte Geschlechtsempfinden verrätsele einen „extrem provozierenden Anspruch“, arbeite mit einer „Selbstmystifikation“ –, sondern zugleich unterstelle, „daß etwa ein ‚Mann‘ wüßte, wie ein anderer Mann ‚sich fühlt‘, und was für ein Erleben seines Körpers er hat“. (Hirschauer (1993), S. 338.)

²¹ Runte (1996), S. 143. Runte zitiert: Riddell, Carol: *Divided Sisterhood. A Critical Review of Janice Raymond's 'The Transsexual Empire'*. Liverpool 1980; hier: S. 20f.

²² Runte (1996), S. 525, 635. Die transsexuelle Identität sei, so Runte, nicht symbolisch vermittelt (ein So-sein statt eines So-wie-seins), sondern komme durch eine Bild-Inkorporation zustande. Darauf deuteten die Textspuren einer todernsten Inkarnation des anderen Geschlechts einerseits und von transsexuellen Spiegelszenen, die in fast allen Selbstzeugnissen dokumentiert sind, andererseits hin.

der Subjektivierung, analysiere sie als einen Bereich des Sexualitätsdispositivs und des Geschlechtsdispositivs.

Ich schreibe keine Geschichte des wissenschaftlichen Fortschritts, keine Medizingeschichte der Versuche, die ‚Wahrheit‘ oder das ‚Wesen‘ der Transsexualität – ihre Ursache(n), ihre Symptome – zu entdecken, sondern analysiere die Produktion dieser Wahrheiten. Transsexualität ist ein Musterbeispiel für Foucaults Verdikt, dass in den Humanwissenschaften keine prädiskursiven Wahrheiten erkannt oder entdeckt, sondern Wahrheiten diskursiv produziert werden; und dafür, dass diese produzierten Wahrheiten die gesellschaftlichen Praktiken bestimmen, wie umgekehrt gesellschaftliche Machtstrukturen beeinflussen, was als wahr gilt: „Zwischen Wissenstechniken und Machtstrategien besteht keine Äußerlichkeit, auch wenn sie jeweils ihre spezifische Rolle haben und sich von ihrer Differenz aus aneinanderfügen.“²³ Ich frage nicht danach, ob eine Theorie wahr oder falsch ist, sondern, welchem „Wahrheitsspiel“ sie gehorcht: Wahrheit definiere ich mit Foucault als ein „Ensemble von geregelten Verfahren für Produktion, Gesetz, Verteilung, Zirkulation und Wirkungsweise“ von Aussagen.²⁴

Diese Macht/Wissens-Strukturen bestimme ich mit Foucault noch genauer. Die medizinische Konstruktion der Transsexualität ist als produziertes humanwissenschaftliches Wissen auf die Machtform der Disziplin zu beziehen, deren Entwicklung historisch direkt auf die Entstehung der Humanwissenschaften zu beziehen ist. Die Disziplinarmacht droht nicht mit der Auslöschung des Lebens, sondern durchdringt das Leben, den Alltag. Sie arbeitet nicht mit Recht, Gesetz und Strafe, sondern mit Techniken, Normalisierung und Kontrolle.²⁵ Die Techniken der Disziplinarmacht gründen sich auf ein Wissen vom Menschen. Die Humanwissenschaften treten in der Moderne an die Stelle des Moraldiskurses. Denn diese Wissenschaften machen aufgrund ihres Gegenstandes und der ihnen eigenen Denkbewegung eine Moral unmöglich: das moderne Denken ist, so Foucault, „gleichzeitig Wissen und Modifizierung dessen, was es weiß“, ist nicht mehr Theorie, sondern „in seiner eigenen Mächtigkeit eine bestimmte Handlungsweise“.²⁶ Das moderne Subjekt konstituiert sich als Effekt normalisierender Herrschaftstechniken: durch eine Subjektivierungsmacht, die aus „Individuen Subjekte macht“, die „das Individuum in Kategorien einteilt, (...) es an seine Identität fesselt, ihm ein Gesetz der Wahrheit auferlegt, das es anerkennen muß und das andere an ihm anerkennen müssen“.²⁷ Die Konstruktionen des transsexuellen (wie auch des homosexuellen) Subjekts basieren auf den medizinisch-humanwissenschaftlichen Normen der Zweigeschlechtlichkeit bzw. der Weiblichkeit und Männlichkeit und der Heterosexualität und funktionieren selbst als Norm einer anormalen Subjektivität.

²³ Foucault (1983), S. 120.

²⁴ Foucault (1989); S. 13; Foucault (1978b), S. 53.

²⁵ Foucault (1983), S. 110f. Zur Normierungsmacht und zur Bedeutung des Wissens für die Machtausübung vgl. Foucault (1977), S. 392-394.

²⁶ Foucault (1988), S. 395f.

²⁷ Foucault (1987a), S. 246.

Dieses Netz von Macht/Wissens-Strukturen als Gesamtheit meines Untersuchungsfeldes bezeichne ich mit Foucault als Dispositiv. Unter einem Dispositiv ist heterogenes Ensemble von diskursiven (z. B. wissenschaftliche Aussagen) und nicht diskursiven (z. B. Institutionen, administrative Maßnahmen, Verhalten, Handlungen) Elementen zu verstehen. Ein Dispositiv hat vorwiegend eine strategische Funktion. Seine einzelnen Elemente können ihre Funktion und Position im Dispositiv verändern.²⁸ Lokale Taktiken stehen zur Gesamtstrategie in einem wechselseitigen Bedingungsverhältnis. Wie sich Kräfteverhältnisse verschieben können, so sind diskursive Elemente taktisch polyvalent, d. h. sie können mal zum beherrschten, mal zum herrschenden Diskurs gehören, mal Macht produzieren oder verstärken, mal Macht unterminieren. Machtstrukturen in einem Dispositiv sind „gleichzeitig intentional und nicht-subjektiv“: sie sind nicht die Wirkung einer Instanz, wohl aber „durch und durch von einem Kalkül durchsetzt“; sie resultieren nicht aus der „Entscheidung eines individuellen Subjekts“, sondern aus der Verkettung, Produktion und Ausbreitung lokaler Taktiken.²⁹ Auch die Konstruktion der Transsexualität ist das Produkt sich eigendynamisch und dezentral entwickelnder, vielfältiger konkurrierender wie sich verstärkender Macht/Wissens-Strukturen im Sexualitäts- wie im Geschlechtsdispositiv.

Grundlegend für meine Diskursanalyse ist die Unterscheidung von Sexualitätsdispositiv und Geschlechtsdispositiv, denn ich möchte zeigen, dass der Beginn der Entwicklung hin zur medizinischen Konstruktion der Transsexualität mit der Abspaltung des *Geschlechtsdispositivs* vom *Sexualitätsdispositiv* zu Beginn des 20. Jahrhunderts zusammenfällt.³⁰ Das Sexualitätsdispositiv, das sich ab dem 18. Jahrhundert herausgebildet hat, ist, Foucault folgend, ein Netz, das „die Stimulierung der Körper, die Intensivierung der Lüste, die Anreizung zum Diskurs, die Formierung der Erkenntnisse, die Verstärkung der Kontrollen und der Widerstände in einigen großen Wissens- und Machtstrategien miteinander“ verkettet hat. Im Sexualitätsdispositiv wird die Bevölkerung, das Fortpflanzungsverhalten, reguliert und der Körper diszipliniert. Ein Bereich der Disziplinierung – der, der sich als letzter Bereich des Dispositivs Mitte des 19. Jahrhunderts konstituiert hat – betrifft die „Psychiatisierung der perversen Lust“: dem sexuellen Instinkt wird eine „normalisierende und pathologisierende Rolle für das

²⁸ Foucault (1978a), S. 119f.

²⁹ Foucault (1983), S. 116, 120-122. Das Gesagte gilt nicht für das Allianzdispositiv, da in diesem die Macht im Wesentlichen ‚von oben‘ durch Recht und Gesetz, wirkt und die Macht-Wissens-Vernetzung nicht die modernen Ausmaße erreicht hat.

³⁰ Da die Sexualwissenschaft im 19. Jahrhundert die sexuelle Inversion, Homosexualität, als eine geschlechtliche Inversion konstruiert hat, bezeichnet Runte die gesamte Entwicklung als „geschlechtliches Dispositiv“. (Runte (1996), S. 70) Aufgrund unterschiedlicher Machtmechanismen und Ziele differenziere ich dagegen Sexualitäts- und Geschlechtsdispositiv. Der dispositivtheoretische Ansatz grenzt meine Arbeit auch von der Hirschauer (1993) ab. Hirschauer analysiert das Behandlungsprogramm der Transsexualität als ein Verfahren, das den Geschlechtswechsel reglementiert und diszipliniert. Das sind Strategien des Sexualitätsdispositivs, wohingegen ich hinsichtlich der Konstruktion der Transsexualität die Macht/Wissens-Strukturen des Geschlechtsdispositivs in den Vordergrund stelle. Auch der von Bührmann (1995) benutzte Begriff des „Geschlechterdispositivs“ bezieht sich auf Strategien des Sexualitätsdispositivs, die geschlechtsspezifisch differenziert werden. Denn es könne nicht von einer geschlechtsneutralen Normalisierung und Disziplinierung der Individuen gesprochen werden. Vielmehr seien im Geschlechterdispositiv, auf dem das Sexualitätsdispositiv beruhe, die biologische Zweigeschlechtlichkeit hervorgebracht worden.

gesamte Verhalten zugeschrieben“; für Anomalien werden „Korrekturtechniken“ gesucht.³¹ Zentrale Zielscheibe dieser ‚Einkörperung von Perversionen‘ waren ab dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts die Homosexuellen. Im 20. Jahrhundert ist die realisierbar gewordene ‚Identitätslust‘ von Transsexuellen als Perversion psychiatrisiert worden. Doch auch die operative Erfüllung von Wünschen nach Geschlechtsumwandlung ist als normalisierendes und disziplinierendes Verfahren – als Strategie des Sexualitätsdispositivs – zu charakterisieren.

Dagegen definiere ich als Ziel des Geschlechtsdispositivs nicht die psychiatrische Normalisierung der Sexualität, sondern die biologische und medizinische Kenntnis, Kontrolle und Manipulierbarkeit von Geschlecht und Sexualität. Die Macht/Wissens-Produktion hat sich – so meine Diagnose – von ‚außen‘ nach ‚innen‘, vom Sex zum Geschlecht, verschoben. Im Geschlechtsdispositiv geht es nicht um die Einkörperung, Psychiatrisierung und Disziplinierung sexueller und geschlechtlicher Anomalien, sondern um die Erforschung der Ursachen dieser Anomalien. Es geht gewissermaßen um anormale Subjekte im Embryonalzustand. Es geht nicht um die Therapie von Perversionen zur Norm der fortpflanzungsbezogenen Heterosexualität, sondern um die Ontogenese der Normen ‚weibliches‘ und ‚männliches‘ Geschlecht und um die Bestimmung und Beeinflussung von Geschlecht und sexueller Orientierung.

Ich analysiere Transsexualität als den Bereich des Geschlechtsdispositivs, in dem sich die Macht/Wissens-Strukturen auf die gestörte Geschlechtsidentität und den medizinisch-technischen Geschlechtswechsel beziehen: auf die Erforschung der Entwicklung der Geschlechtsidentität und ihrer Störungen sowie auf endokrinologische und chirurgische Eingriffe zur Beeinflussung von Geschlechtsmerkmalen und Geschlechtsidentität. Wie Transsexualität auch ein Bereich des Sexualitätsdispositivs ist, so ist umgekehrt auch Homosexualität ein Bereich des Geschlechtsdispositivs. Die Forschung nach den Ursachen von Homosexualität und Transsexualität und nach Möglichkeiten der Prophylaxe oder Therapie beider Phänomene war eng miteinander verbunden.

Die medizinische Konstruktion von Transsexualität ist an technische Möglichkeiten gebunden, den Wunsch nach Geschlechtsumwandlung realisieren zu können. Und an den unbedingten Willen der Transsexuellen, das Machbare auch zu realisieren. Transsexuelle sind dazu auf die Hilfe der Medizin angewiesen. Diese bindet die Realisierung des Operationsbegehrens an bestimmte Bedingungen. Die Diagnose stellt eine Prüfungssituation dar, wie sie Foucault für die ‚disziplinierenden Humanwissenschaften‘ beschrieben hat.³² Die Medizin hat das Macht/Wissen zur Ermittlung der geschlechtlichen Wahrheit des Patienten; sie bestimmt die Regeln der Diagnose und damit die Auswahl der Behandlungskandidaten; sie bestimmt auch, welche Behandlungsschritte durchgeführt werden.³³

³¹ Foucault (1983), S. 127f.

³² Zur Prüfung als dem wichtigsten Mechanismus der Disziplinarmacht und dem Wechsel von der aufsteigenden zur absteigenden Individualisierung ("je anonymer und funktioneller die Macht wird, um so mehr werden die dieser Macht Unterworfenen individualisiert") vgl.: Foucault (1977), S. 241-250.

³³ So unterscheiden sich Transsexualität und Transvestismus machttheoretisch: anders als Transvestiten, die sich zumindest in gewissen Grenzen ihre Wünsche in Selbstpraktiken erfüllen können, auch wenn sie als perverse Objekte des Sexualitätsdispositivs konstruiert worden sind, sind Transsexuelle den Herrschafts-

Den Prozess der medizinischen Konstruktion der Transsexualität unterteile ich in drei Phasen: die Formationsphase, die Konstruktionsphase und die Managementphase. Den Beginn der Formationsphase markieren experimentelle Operationen in den 1910er Jahren. Den Übergang zur Konstruktionsphase in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre mache ich fest an der Einrichtung der ersten Gender-Identity-Klinik Ende 1965 in Baltimore und dem Erscheinen von drei Standardwerken des Legitimationsdiskurses: den Monographien von Benjamin (1966) und Stoller (1968a) sowie dem ersten Sammelband zum Thema von Green und Money (1969). Für die Formationsphase ist die Verkopplung von allgemeinen Forschungsinteressen hinsichtlich der Erforschung von Geschlecht, Geschlechtsidentität und Sexualität und spezifischen Forschungsinteressen bezogen auf Transsexualität charakteristisch. Einzelne Akteure agierten dezentral, zunächst primär in Deutschland und der Schweiz, ab den 1950er Jahren vor allem in den USA. Diese Mediziner zeigten einen Willen zur Diagnose, der sich aus unterschiedlichen Interessenlagen speiste und eine transsexuelle Praxis schuf – als normative Kraft des Faktischen. Das Phänomen Transsexualität formierte sich als medizinische Diagnose.

In der Konstruktionsphase wich die eigendynamische Entwicklung einer aktiven vernetzten medizinischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen. Dafür stehen die drei genannten Standardwerke, seit 1969 stattfindende internationale Fachkongresse und vor allem die Einrichtung verschiedener Gender-Identity-Kliniken in den USA. Die Erforschung des Phänomens Transsexualität selbst rückte in den Mittelpunkt. In einem Wechselspiel von Behandlung und Forschung ging es außer um die Klärung der Ätiologie um behandlungsbezogene Aspekte: um eine Differentialdiagnostik, um die Auswahl geeigneter Operationskandidaten und um Katamnesen.

Den Übergang zur Phase des Managements der Transsexualität um 1980 markieren für mich die offizielle Etablierung der Transsexualität als Krankheit durch die Weltgesundheitsorganisation und die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft sowie die Flankierung des medizinischen Geschlechtswechsels durch rechtliche Regelungen in verschiedenen westlichen Ländern.

Für meine Diskursanalyse der medizinischen Konstruktion der Transsexualität spielt die Managementphase nur eine marginale Rolle, da diese Phase die Konstruktion bereits vorausgesetzt ist. Im Zentrum steht die Formationsphase bis zum Übergang zur Konstruktionsphase, denn bis Anfang/Mitte der 1970er Jahre sind alle relevanten Ätiologiehypothesen zur Transsexualität formuliert worden. Zur Verdeutlichung meiner oben genannten These will ich zeigen, dass das Wechselspiel von unabweisbaren Patientenwünschen, Forschungsinteressen und ärztlicher Empathie unter der Voraussetzung der technischen Realisierbarkeit von Geschlechtsumwandlungen deswegen zur medizinischen Konstruktion der Transsexualität funktioniert hat, weil erstens zur Legitimation derartiger Eingriffe biologistische bzw. biopsychologische Hypothesen aufgestellt worden sind, die Erklärungen für die nicht-

praktiken der Medizin ausgesetzt, die ihre Wünsche zugleich erfüllt und reglementiert: hier geht es nicht um als pervers qualifizierte Lüste, sondern um die Ermittlung des 'wahren Geschlechts'.

diskursivierbare Empfindung Transsexueller angeboten und der letztlich intuitiv gestellten Diagnose einen diese objektivierenden Rahmen gegeben haben. Und weil zweitens diese Hypothesen die paradox-tautologische Selbstdefinition Transsexueller – ‚ich, eine (biologische) Frau, bin (psychisch) ein Mann‘ bzw. umgekehrt – in die Konstruktion einer eindeutig gegengeschlechtlichen unveränderbaren Identität übersetzt haben, die aufgrund von biologischen Ursachen und frühkindlichen Prägungen wie ein Zwang über das transsexuelle Subjekt gekommen sein soll.

Dass ich den medizinischen Ätiologiediskurs zur Transsexualität ins Zentrum meiner Arbeit stelle, führt zu einer historischen Ausweitung meiner Archäologie der medizinischen Konstruktion der Transsexualität. Die kollektivsymbolische Selbstdefinition Transsexueller, die allen legitimierenden Theorien zur Transsexualität als Folie zu Grunde liegt – die Metapher ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ bzw. umgekehrt –, wurde in den 1860er Jahren von Karl Heinrich Ulrichs zur Begründung der Natürlichkeit (s)eines gleichgeschlechtlichen Begehrens geprägt. Der von Ulrichs so genannte Urning ging, wie Runte es ausdrückt, „bereits mit dem ‚Transsexuellen‘ schwanger“.³⁴ Die Sexualpathologie psychiatrisierte Ulrichs‘ Selbstbeschreibung und konstruierte die konträre Sexualempfindung, konstruierte die sexuelle Inversion als eine geschlechtliche Inversion. Das dem körperlichen Geschlecht widersprechende ‚Seelengeschlecht‘ funktionierte im Sexualitätsdispositiv zur Psychiatrisierung der perversen Lust, die dem Subjekt als seine ‚Wahrheit‘ eingekörpert wurde.

Meine Archäologie geht hinter die medizinische Konstruktion der Transsexualität zurück, um zu analysieren, wie die beiden ‚anormalen Subjektivitäten‘ homosexuell und transsexuell miteinander verflochten waren und in welcher Hinsicht sie entflochten worden sind. Denn die biologistische Konstruktion der Transsexualität war bereits in der der Homosexualität angelegt. Es geht um die Verschiebung der Metapher ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ (bzw. umgekehrt) als Kollektivsymbol vom Diskurs der Homosexualität zum Diskurs der Transsexualität und es geht um die dieser Verschiebung zu Grunde liegenden Transformationen der Konstruktion der Homosexualität sowie anderer ‚sexueller Zwischenstufen‘.

Eine Analyse des sexualpathologischen Diskurses zur Homosexualität im 19. Jahrhundert zeigt, dass hinsichtlich des Symptomenkatalogs, der Diagnostik und zum Teil auch der Ätiologiespekulationen große Ähnlichkeiten mit dem Legitimationsdiskurs zur Transsexualität im 20. Jahrhundert bestehen. Das verdeutlicht die historisch-gesellschaftliche Relativität der wissenschaftlichen Wahrheiten, die sich auf der Grundlage der Metapher ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ (bzw. umgekehrt) konstruieren lassen. Hinsichtlich des strategischen Einsatzes dieser biologistischen Theorien zur Homo- und Transsexualität besteht jedoch ein Unterschied. Die homosexuelle Emanzipationsbewegung versuchte sich, von der Medizin, von der Pathologisierung, sowie von strafrechtlicher Verfolgung zu emanzipieren. Transsexuelle versuchen dagegen, sich nur von der Psychiatrisierung zu befreien, um sich dann mit Hil-

³⁴ Runte (1996), S. 87.

fe der Medizin von ihrem ‚falschen‘ Körper zu emanzipieren. Der Preis dafür ist, dass sie über die Diagnose Transsexualität an das medizinische Krankheitsmodell gebunden bleiben.

Transsexualität wie Homosexualität sind als medizinische Phänomene konstruiert worden. Die Formel ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘, die beiden Konstruktionen zu Grunde liegt, bezieht sich in beiden Fällen nur metaphorisch auf den metaphysischen Substanzdualismus von Körper und Seele. Die Formel stellt ein reduktionistisch-materialistisches Erklärungsmodell dar, das einen subjektimmanenten Dualismus von Psyche und Körper bezeichnet. Epistemologische Voraussetzung sind die Humanwissenschaften, die sich im späten 18. Jahrhundert konstituiert haben und in denen sich der Mensch mittels transzendentaler Methode selbst in seiner Endlichkeit analysiert und sein Wesen ergründet. Anthropologische Leitdisziplin war die Medizin. Meine Archäologie der medizinischen Konstruktion der Transsexualität geht noch einen Schritt weiter zurück, um nicht nur die Wurzeln des transsexuellen Kollektivsymbols im Diskurs der Homosexualität des 19. Jahrhunderts zu analysieren, sondern die Wurzeln der Metapher, die (theorie-)geschichtlichen Grundlagen der medizinisch-humanwissenschaftlichen Konstruktionen selbst offenzulegen. Diese Archäologie bezieht sich auf die Konstruktion des ‚ganzen Menschen‘ in Anthropologie und Medizin im späten 18. und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, auf die Konstruktion der Wesen der Geschlechter, d. h. auf die aus der Natur abgeleitete Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit, und auf die auf diese Konstruktionen zu beziehende Konstruktion gleichgeschlechtlichen Begehrens.

Zwei miteinander verbundene Entwicklungslinien will ich aufzeigen. Zum einen die Transformationen der in der antiken Philosophie transzendent gedachten Seele zur dem Subjekt immanenten Psyche und zum Gehirn als Gegenstand der physiologisch-monistisch argumentierenden Medizin, die Geisteskrankheiten als Nerven- oder Gehirnerkrankheiten untersuchte. Zum anderen die Transformation der metaphysischen Geschlechterordnung der Antike in die komplementäre Geschlechterordnung, die die Humanwissenschaften als natürlich konstruiert haben.

Eine Analyse dieser Grundlagen ist auch deswegen entscheidend, weil die von Ulrichs geprägte Metapher ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ noch nicht den Macht/Wissensstrukturen des Sexualitätsdispositivs zugerechnet werden kann, dessen Bereich der Psychiatrisierung der perversen Lust sich erst angestoßen durch Ulrichs‘ Theorie konstituierte. So will ich kurz auf die kulturell sedimentierten Stereotype der Verweiblichung und Vermännlichung des gleichgeschlechtlich Begehrender und Handelnder eingehen, die Ulrichs‘ Konstruktion zu Grunde liegen und die er in eine ‚innere‘ Weiblichkeit bzw. Männlichkeit transformierte. Das diskursgeschichtlich Neue der Ulrichs‘ Theorie verdeutlicht eine Gegenüberstellung mit anderen ihm vorausgehenden Versuchen, männmännliches Begehren zu legitimieren.

Die Analyse der medizinischen Konstruktion der Transsexualität in Form einer Archäologie der Metapher ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ (bzw. umgekehrt) begründet eine Ausweitung des Gegenstandes meiner Arbeit: zur sexualpathologischen Konstruktion der

Homosexualität als einer geschlechtlichen Inversion, zu Ulrichs' Rechtfertigung mann männlichen Begehrens, zu den humanwissenschaftlichen Konstruktionen der Geschlechter und des Verhältnisses von Psyche und Körper. Ich will zeigen, wie die Metapher einer ‚konträrsexuellen Seele‘ historisch denkbar geworden ist, zur Symbolisierung eines homosexuellen Begehrens und einer transsexuellen Identität genutzt und zur Erklärung dieser zwei Phänomene in wissenschaftliche Theorien transformiert worden ist.

In anderer Hinsicht grenzt meine Definition von Transsexualität den Gegenstand meiner Untersuchung historisch und geographisch ein. Als ein medizinischer Geschlechtswechsel, der durch die Konstruktion der Diagnose einer nicht psychiatrischen Störung der Geschlechtsidentität reglementiert wird, ist Transsexualität ein Produkt moderner westlicher Gesellschaften.³⁵ Die medizinische Konstruktion der Transsexualität ist an technische Möglichkeiten gebunden, Wünsche nach Geschlechtsumwandlung zu realisieren, aufgrund derer sich erst ein Netz verschiedener Machtinteressen und Wissensproduktionen entwickelt hat. In diesem Sinne ist Transsexualität auch nicht als bloße Variante des universalen Phänomens eines gegen geschlechtlichen Empfindens zu betrachten, dessen Geschichte im medizinischen Diskurs häufig als eine Teleologie des medizinischen Fortschritts geschrieben wird, die auf die heutige gemäß den Regeln der westlichen Medizin zu diagnostizierende und mittels der technischen Möglichkeiten dieser Medizin zu behandelnde Krankheit hinausläuft. Die Behauptung der Universalität der Transsexualität halte ich für eine Legitimationsstrategie im medizinisch-psychiatrischen Diskurs.

Wünsche, das andere Geschlecht zu sein, und nicht medizinische Formen des Geschlechtswechsels vor der Herausbildung der Sexualpathologie im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts – paradox mit Hirschauer gesagt, „der erste Transsexuelle war kein Transsexueller“³⁶ – werden nicht thematisiert. Jahrhunderte bevor der Begriff transsexuell erfunden, die Diagnose Transsexualität konstruiert und der Wunsch medizinisch in die operative Tat umgesetzt werden konnte, gab es Menschen, die ihr Geschlecht ohne medizinischen Eingriff wechselten und in der anderen Rolle jahrelang, manchmal bis zu ihrem Tod, unerkannt lebten. Motivation eines Geschlechtswechsels war jedoch nicht unbedingt ein Identitätsproblem. Das verdeutlichen die verwickelte Biographie des viel zitierten, vielleicht berühmtesten Geschlechtswechslers, Chevalier bzw. Chevalière d'Eon (1728-1810), der jahrelang als Frau, zwischendurch aber auch wieder als Mann, gelebt hat,³⁷ ebenso wie die bis ins 20. Jahrhundert hinein reichende Tradition der *passing women*, auf die ich kurz im Kontext der Konstruktion des Transvestitismus eingehe.

Ebenso werden ethnologische Phänomene des Geschlechts(rollen)wechsels in meiner Arbeit nicht thematisiert. Im Zuge der Gender-Studies gerieten von der modernen westlichen

³⁵ Ohne Hormone, ohne Chirurgie, ohne die ärztliche Profession gibt es keine Transsexuellen. Hirschauer charakterisiert ihren „Geschlechtswechsel als professionelles Accomplishment“. (vgl. das ausführliche Hauptkapitel in: Hirschauer (1993), S. 116-320.)

³⁶ Hirschauer (1992), S. 89.

³⁷ Kates (1996).

bipolaren Geschlechterordnung abweichende Geschlechterrollen und -identitäten in den sozialhistorischen und ethnologischen Blick und wurden mit der Transsexualität verglichen. Solche Vergleiche zwischen dem medizinisierten Geschlechtswechsel, der sich idealiter in der Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit unkenntlich macht, und dem durch besondere Geschlechterrollen kulturell verwurzelten institutionalisierten Geschlechtswechsel anderer Kulturen zeigen, dass Transsexualität nicht nur ein historisch junges, sondern auch ein interkulturell einmaliges Phänomen ist – gleichwohl ein Phänomen mit „Trend zur Globalisierung“,³⁸ das zudem andere kulturell tradierte Phänomene überformt. In anderen Kulturen hatte die eigenständige neue Geschlechtsrolle häufig eine rituelle Bedeutung oder wurde als mit magischen Fähigkeiten ausgestattet gedacht. Differenzpunkt zur Transsexualität ist nicht die Frage, ob körperliche Eingriffe vorgenommen werden oder nicht (bei den Hijras in Indien ist der Geschlechtswechsel z. B. mit körperlichen Eingriffen verbunden), sondern in welchem Verhältnis der Geschlechtswechsel zu den gesellschaftlichen Praktiken (insbesondere zur Geschlechterordnung) steht, wer den Wechsel reglementiert und welche Gründe als Legitimation für einen Wechsel anerkannt werden.³⁹

Meine Kritik der medizinischen Konstruktion der Transsexualität über eine Archäologie der Metapher ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ (bzw. umgekehrt) basiert auf der Analyse von Diskursen. Die Diskurse sollen als Monumente im Sinne Foucaults betrachtet werden: ihre Archäologie ist „eine erneute Schreibung (...) dessen, was bereits geschrieben worden“ ist und beabsichtigt „die systematische Beschreibung eines Diskurses als Objekt“.⁴⁰ Diese Archäologie untersucht Wahrheitsspiele, die mittels der vergeschlechtlichten Leib-Seele-Metapher gespielt worden sind, analysiert, wie die Plausibilität der einzelnen Hypothesen hergestellt worden ist. Ich verknüpfe diese Archäologie mit einer Genealogie, die die Entstehungsbedingungen, den strategischen Einsatz und die Wirkung dieser Theorien auf die gesellschaftliche Praxis untersucht. Es geht um eine Analyse des Wechselverhältnisses von Ätiologiehypothesen, Therapieoptionen bzw. operationstechnischen Möglichkeiten, Patientenwünschen, Forschungsinteressen und Geschlechterordnung.

Ätiologische Theorien der Homosexualität gründen sich im Sexualitätsdispositiv auf kulturell geschlechtlich konnotierte Zeichen der ‚Oberfläche‘ des Geschlechts (körperliche Merkmale, Habitus, Gesten, Mimik, Geschlechtsrolle), denen interpretierend eine Tiefendimension als Symptom der konträren Sexualempfindung gegeben wurde. Ätiologische Theorien der

³⁸ Hirschauer (1993), S. 345.

³⁹ Vgl. z. B.: Bolin (1988); Nanda (1990). Zum Phänomen der ‚Fakafefine‘ – das bedeutet ‚wie eine Frau‘ und bezeichnet weibliche Männer, die als Mädchen aufwuchsen – in Polynesien aus (ethno-)psycho-analytischer Sicht vgl. Heinemann (2000). Für eine Zusammenstellung von indigenen Transgender-Mythen in Nordamerika vgl. Elledge (2002). Zu „Institutionen des gender crossing“ in Oman, Afrika, auf dem Balkan, in Brasilien, Indien und Nordamerika vgl. das gleichnamige Kapitel in: Schröter (2002), S. 107-168. Zur Tradition der ‚Kathoey‘ in Thailand, ihrer „rites-of-passage“, die heute auch hormonelle und/oder chirurgische Veränderungen des Körpers beinhalten vgl. Totman (2003). Für eine Gegenüberstellung von Transsexualität und ethnologischen Phänomenen des Geschlechtswechsels in anderen Kulturen vgl. Shapiro (2005).

⁴⁰ Foucault (1988), S. 200.

Homosexualität und der Transsexualität gründen sich im Geschlechtsdispositiv auf Zeichen, die aus der Tiefe des Organismus bzw. dessen Ontogenese hervorgeholt werden. Dass in der Medizin keine Theorie der Genese der Transsexualität wie auch der Homosexualität allgemein akzeptiert worden ist, lenkt den Blick auf die Hypothesen selbst und ihre strategische Bedeutung zur Konstruktion der Homosexualität wie zur Legitimation von Geschlechtsumwandlungen und zur Konstruktion der Transsexualität. Ich will analysieren, auf welcher Grundlage die verschiedenen biologistischen und bio-psychologischen Hypothesen aufgestellt worden sind und wie ihnen Plausibilität verliehen worden ist. Die Analysen lassen sich schematisch durch drei Schritte charakterisieren.

1. Die Darstellung der 'Fakten': Was wurde als klinischer Befund oder im Labor oder im Tierexperiment festgestellt? Was wurde als Faktum dargestellt und/oder hergestellt?
2. Die Analyse der Interpretation der Zeichen und der Hypothesenbildung: wie wird die Bedeutung eines als Symptom der Homo- oder Transsexualität interpretierten diagnostizierten Zeichens hergestellt? Merkmale erschließen sich nicht, so Foucault zur modernen Episteme, durch ihre sichtbare Struktur, sondern durch das innere Prinzip der Organisation: auf dieser Basis werden verschiedene Merkmale in eine Hierarchie gebracht. Das Merkmal selbst ist „nur die sichtbare Spitze einer komplexen und hierarchisierten Organisation, in der die Funktion eine wesentliche Befehls- und Determinationsrolle spielt“. Das bedeutendste Merkmal kann am verborgensten sein. Klassifizieren heißt, „das Sichtbare wie auf seine tiefe Ursache auf das Unsichtbare zu beziehen“:⁴¹ „So erfindet sich die europäische Kultur eine Tiefe, in der (...) von großen verborgenen Kräften, die von ihrem ursprünglichen und unzugänglichen Kern her entwickelt sind, und vom Ursprung, von der Kausalität und der Geschichte die Rede sein wird.“⁴²

Bei der Konstruktion von Symptomen und Hypothesen können verschiedene Ebenen unterschieden werden: a) wie wird die Bedeutung der z. B. in Tierexperimenten oder kasuistisch ermittelten Fakten hergestellt? Welche Zeichen werden als Symptom konstituiert, welche nicht? b) die Tiefendimension (Theoriekonstruktion): In welche Bedeutungshierarchie werden die Symptome gebracht? Auf welche Funktion werden sie bezogen (Nervensystem, Ontogenese von Geschlechtsmerkmalen wie Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung)? Wie wird auf der Basis dieser Beziehung eine Theorie konstruiert? c) Strategien, mit denen Ätiologiehypothesen plausibel gemacht werden, z. B. durch Bezugnahme auf konkurrierende Theorien.

3. Die Analyse der Rezeption: Wie werden die aufgestellten Hypothesen bzw. Theorien von anderen Teilnehmern des Diskurses rezipiert? Gibt es dabei Verzerrungen der ursprünglichen Interpretation? Wie beeinflussen sich konkurrierende Theorien, wie entwickeln sich Theorien weiter? Was bestimmt den Erfolg von Theorien?

⁴¹ Foucault (1988), S. 280-283. Der Begriff der Organisation "definiert für bestimmte Wesen das innere Gesetz, das einer bestimmten ihrer Strukturen gestattet, den Wert eines Merkmals anzunehmen". (a.a.O., S. 286.)

⁴² Foucault (1988), S. 308.

Primärliteratur meiner Diskursanalyse sind medizinische, insbesondere psychiatrische, und sexualwissenschaftliche Texte, vereinzelt auch bio- und autobiographische Texte zur Homo- und Transsexualität.⁴³ Primärliteratur der (theorie-)geschichtlichen Grundlagen sind Texte zur Legitimation gleichgeschlechtlichen Begehrens von Ulrichs und anderen; ansonsten beziehe ich mich in diesem Teil meiner Arbeit vor allem auf Sekundärliteratur. Die Textauswahl zur Homosexualität im Sexualitätsdispositiv ist fokussiert durch die Perspektive der Archäologie der Transsexualität. Ich analysiere Theorien des 19. und frühen 20. Jahrhunderts, die vor allem in Hinblick auf die dualistisch-biologistische Konstruktion von Geschlecht und Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung entscheidend sind. Die Diskursanalyse zur Transsexualität im Geschlechtsdispositiv konzentriert sich auf Texte, die die medizinische Konstruktion der Transsexualität als einer nicht-psychiatrischen Störung vorangetrieben haben, also auf Texte des von mir so genannten Legitimationsdiskurses. Der dieser Entwicklung kritisch oder ablehnend gegenüber stehende Diskurs, der Wünsche nach Geschlechtsumwandlung psychiatrisiert, wird nur überblickartig kontrastierend analysiert.

Für den Zeitraum bis in die 1950er Jahre – der Fall Jorgensen kann auch für die Diskursproduktion als Einschnitt gelten – ist der deutschsprachige Diskurs am bedeutendsten. Aus diesem ausschließlich kasuistischen Diskurs unterziehe ich insbesondere die Texte einer detaillierten Analyse, in denen über den Einzelfall hinausgehende ätiologische Spekulationen und/oder therapeutische Überlegungen angestellt worden sind. Ab Mitte des 20. Jahrhunderts hat der US-amerikanische Diskurs die Führung im Legitimationsdiskurs der Transsexualität übernommen. Er steht deswegen für diesen Zeitraum im Mittelpunkt der Analyse. Ich analysiere insbesondere Texte von: Harry Benjamin, dem sogenannten ‚Vater der Transsexualität‘, als Repräsentanten der biologistischen Theorie; John Money als Exponenten sowohl der biologischen Erforschung der Geschlechtsdetermination als auch der lerntheoretischen Position zur Entwicklung der Geschlechtsidentität; Robert Stoller als der wichtigsten Vertreter der Ich-Psychologie und Richard Green, der eine ich-psychologisch-biologistische Zwischenposition einnahm.

Schwerpunkt meiner Diskursanalyse zur Transsexualität sind Texte, die der Formations- und Konstruktionsphase der Transsexualität zuzurechnen sind, also dem Zeitraum zwischen den 1910er Jahren und der formalen Institutionalisierung der Transsexualität als Krankheit um 1980. Den zunehmend pragmatisch orientierten Diskurs zur hormonell-chirurgischen Behandlung und zu den Bedingungen ihres Erfolges, der in der Konstruktionsphase mit der Einrichtung der Gender-Identity-Kliniken in den Mittelpunkt gerückt ist und den Diskurs der Managementphase dominiert, analysiere ich nur am Rande.

Als erneute Schreibung dessen, was bereits geschrieben worden ist, bildet meine Arbeit das

⁴³ Der Betroffenen-Diskurs – autobiographische Texte Transsexueller – wurde von Runte eingehend analysiert; vgl. primär Runte (1996). Ich gehe auf diesen Diskurs nur am Rande ein. Wichtige Ausnahme ist – aufgrund der wenigen wissenschaftlichen Texte aus der Frühphase der Transsexualität – die posthum herausgegebene Autobiographie von Lili Elbe (1932). Zur Interdiskursivität von transsexuellen Autobiographien und medizinisch-sexualwissenschaftlichem Diskurs, auch zur autobiographischen Rezeption wissenschaftlicher Theorien, vgl. Runte (1996).

Übergewicht männlicher Homosexualität und von Mann-zu-Frau-Transsexualität ab, das die analysierten Diskurse kennzeichnet. Das verdeutlicht bereits die vergeschlechtlichte Leib-Seele-Metapher, die von einem Mann in der Form ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ geprägt worden ist. Den sexualpathologischen Diskurs des 19. Jahrhunderts dominierte die strafbare Homosexualität von Männern, den medizinischen Diskurs zur Transsexualität das Umwandlungsbegehren von Männern. Spekulationen zu den Gründen finden sich in meiner Arbeit.

Meine Terminologie zur Bezeichnung von Transsexuellen orientiert sich an den Formulierungen der analysierten Texte, um sprachlich nicht zu verwirren. Ich verwende meist die Bezeichnungen ‚Mann-zu-Frau-Transsexuelle‘ und ‚Frau-zu-Mann-Transsexuelle‘ als die im medizinischen Diskurs am häufigsten verwendete Bezeichnungsform. Diese Bezeichnung soll nicht ausdrücken, dass ich Mann-zu-Frau-Transsexuellen ihr weibliches Identitätsempfinden bzw. Frau-zu-Mann-Transsexuellen ihr männliches Identitätsempfinden abspreche. Wenn es sprachlich möglich ist, verwende ich grammatisch die Form, die dem Empfinden der Transsexuellen entspricht.

Foucault hat betont, dass die Wahrheit seiner Texte genauso produziert ist und von Wahlen und Abgrenzungen abhängig ist wie jede Diskurswahrheit, dass sie deswegen aber nicht unwahr sei: das „ist nicht falscher Schein, das ist fabriziert“.⁴⁴ In diesem Sinne möchte ich auch meine von Dispositiven, d. h. von Macht/Wissens-Strukturen, ausgehende Kritik der medizinischen Konstruktion der Transsexualität verstanden wissen.⁴⁵ Meine Arbeit will dazu beitragen, die medizinische Konstruktion der Transsexualität zu ‚untergraben‘, d. h. will sie durch ein „Graben unter unseren Füßen“⁴⁶ analysieren. Das bedeutet nicht, dass ich die Authentizität, die subjektive Wahrheit der transsexuellen Empfindung in Frage stelle. Dass „geschlechtliche Identität gerade in ihrer imaginären Qualität zur Funktionsbedingung des Individuums geworden ist“,⁴⁷ dass Transsexuelle an ihrem ‚falschen‘ Körper leiden⁴⁸ und in der Regel nicht an vorderster Front gegen die komplementäre Geschlechterordnung kämpfen,⁴⁹ zeigt die

⁴⁴ Foucault (1978a), S. 148.

⁴⁵ Bernice Hausman führt die Konstruktion der Transsexualität auf die Entwicklung technischer Möglichkeiten und auf das Einfordern der hormonellen und plastisch-chirurgischen Behandlungen seitens der Transsexuellen zurück, was sie als „deployment of a subversive repetition“ im Sinne Judith Butlers versteht, weil sie mit den Waffen der Medizin deren Kategorien für „‘gender-disturbed‘“ Individuen durcheinander gebracht hätten. (Hausman (1992), S. 282) Dabei tritt in den Hintergrund, unter welchen Bedingungen sich die Medizin zur Durchführung von Geschlechtsumwandlungen zwingen ließ. Vgl. auch Hausman (1995). Joanne Meyerowitz stellt in ihrer Geschichte der Transsexualität in den USA primär auf die Bedeutung der Massenmedien und das ‚Betroffenenwissen‘ ab. (Meyerowitz (2002).)

⁴⁶ Foucault (1987b), S. 12.

⁴⁷ Runte (1996), S. 725.

⁴⁸ Vgl. dazu die Arbeit von Gesa Lindemann, deren Untertitel ihr Programm ist: Transsexualität im Spannungsfeld von Körper, Leib und Gefühl. Sie geht mikrosoziologisch von der leiblich-affektiven Dimension der Konstruktion des Geschlechts aus. (Lindemann (1993).)

⁴⁹ Von Feministinnen und Transgenderists sind Transsexuelle für ihre konservative Haltung zur Geschlechterordnung kritisiert worden. Als Exemplarisch für eine präskriptive Position zur Transsexualität seien Janice Raymond und Judith Halberstam genannt. Raymonds feministische Kritik hat zudem die männlichen Konstrukteure im Blick: sie meint, Männer würden sich nun lieber ihre eigenen künstlichen Frauen schaffen. (Raymond (1979)) Halberstams Position ist weniger extrem, doch trotz aller Relativierungen hält sie Trans-

Macht dieser Ordnung: die Medizin als anthropologische Leitdisziplin hat seit über zweihundert Jahren maßgeblich eine biologistische Verankerung zweier komplementärer Geschlechter betrieben.

Des Weiteren unternehme ich keine Versuche, Transsexualität erklären oder die transsexuelle Empfindung verstehen zu wollen. Butler hat auf die Versuchung hingewiesen, aus humanistischen Gründen „einen Kern der Persönlichkeit“ anzunehmen, der intelligibel sei und in Diskursen zwingend bestimmt werden könne. „Jemandem gerecht [zu] werden“ heißt für sie dagegen, die „Grenzen der Intelligibilität“ anzuerkennen. Das erlaube „einen Blick auf die unterschiedlichsten Arten, in denen Normen das Menschliche definieren“.⁵⁰ Ich lasse in meiner Arbeit Wünsche nach Geschlechtsumwandlung als das unverständlich-unverstehbare Andere stehen. Auch wenn sich Transsexuelle selbstnormalisierend in die Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit einfügen wollen, ist die medizinische Konstruktion der Transsexualität kein Reflex dieses Willens, sondern eine Macht/Wissens-Struktur, die, wie Baudrillard es nennt, das Andere zum prinzipiell Gleichen macht, das nur durch eine strukturelle Differenz gekennzeichnet ist:

„Nach den Menschenrechten müßte man nun die Rechte des Anderen aufstellen. (...) Alle glauben als aufgeklärte Geister an den guten Umgang mit der Differenz. Der radikal Andere ist unerträglich, man kann ihn nicht ausrotten, aber man kann ihn auch nicht akzeptieren: man muß den anderen zum Verhandlungsgegenstand machen, zum anderen der Differenz. Hier setzt eine Form subtilerer Ausrottung ein, in der alle humanistischen Tugenden der Moderne ins Spiel kommen.“⁵¹

Meine Archäologie der Metapher ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ als Kritik der medizinischen Konstruktion der Transsexualität verstehe ich auch als einen Beitrag, diesen Mechanismus der ‚humanistischen Tugenden der Moderne‘ transparent zu machen.

iii. Gliederung

Die Arbeit gliedert sich in drei Teile. Der erste Teil thematisiert die (theorie-)geschichtlichen Grundlagen der Metapher ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ (bzw. umgekehrt) und damit die Wurzeln der sexualpathologischen Konstruktion der Homosexualität und der medizinischen Konstruktion der Transsexualität. Er gliedert sich in drei Kapitel. Das erste Kapitel stellt in einem Überblick Konstruktionen des Verhältnisses von Körper und Seele und des Geschlechterverhältnisses von der Antike bis zum 18. Jahrhundert dar und thematisiert exemplarisch Diskursivierungen und gesellschaftliche Praxis gleichgeschlechtlicher Lust aus dieser Zeit.

Im zweiten Kapitel skizziere ich die Neukonstruktion der Geschlechterordnung sowie die Transformation der Seele zur Psyche und zum Gehirn in Anthropologie und Humanwissen-

sexualität, konkret Frau-zu-Mann-Transsexualität, für die schlechteste Form der Verkörperung von "female masculinity". (Halberstam (1998).)

⁵⁰ Butler (2001), S. 683.

⁵¹ Baudrillard (1992), S. 144, 153.

schaften des 18. und frühen 19. Jahrhunderts. Die biologische Konstruktion komplementärer Geschlechter, physiologisch argumentierende Anthropologien und die Definition von Geisteskrankheiten als Gehirn- oder Nervenkrankheiten stellten die Grundlage für die Sexualpathologie des letzten Drittels des 19. Jahrhunderts dar.

Versuche, das gleichgeschlechtliche Begehren als Naturerscheinung zu legitimieren, thematisiere ich im dritten Kapitel. Gegenstand sind zunächst (auto-)biographische Bekenntnisse in frühen psychologischen Zeitschriften um 1790, dann Friedrich Wilhelm Ramdohrs metaphorisch-kulturalistische Definition von Männlichkeit, Weiblichkeit und ‚heterosexueller‘ Geschlechtsliebe (1798) und Heinrich Hösslis platonistisch-naturphilosophische Begründung der mann männlichen Liebe (1836/38). Ulrichs‘ naturrechtlich-naturwissenschaftliche Konstruktion der urnischen Sonderanthropologie markierte den Übergang zum Sexualitätsdispositiv, da diese von der Psychiatrie pathologisiert wurde.

Gegenstand des zweiten Teils ist Homosexualität als Bereich des Sexualitätsdispositivs im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Kapitel 4 stellt in Abgrenzung zur Problematisierung der Päderastie im gerichtsmedizinischen Diskurs die Konstruktion der konträren Sexualempfindung im psychiatrischen Diskurs sowie die Kritik an dieser dualistischen Konstruktion dar. Fokus ist zum einen die für die Konstruktion der Transsexualität wichtige Frage des Verhältnisses von sexueller und geschlechtlicher Inversion, zum anderen die Transformation der moralischen Verurteilung homosexueller Handlungen in die Symptomatik und Diagnose der konträren Sexualempfindung als einer angeborenen Degenerationserscheinung.

Im fünften Kapitel thematisiere ich die Rezeption der Bisexualitätstheorie im sexualpathologischen Diskurs, die den Übergang von der *nur* konträrsexuellen Symptomatik zur *auch* konträrsexuellen Ursache der Homosexualität markierte. Dass diese Ätiologiehypothese mit unterschiedlichen Bewertungen der Homosexualität vereinbar war, verdeutliche ich anhand der Positionen von Krafft-Ebing, Freud und Hirschfeld.

Gegenstand des sechsten Kapitels ist der strategische Einsatz dieser Theorien der konträren Sexualempfindung zur Begründung von Therapiebedürftigkeit, Therapierbarkeit und Prophylaxe von Homosexualität einerseits und politischer Emanzipation andererseits. Resümierend gehe ich auf die dispositivgeschichtliche Bedeutung der Bisexualitätstheorie ein.

Im dritten Teil analysiere ich Transsexualität als Bereich des Geschlechtsdispositivs. Da in vielen Bereichen die Ursachenforschung zur Homosexualität und Transsexualität miteinander verbunden waren, wird auch Homosexualität thematisiert. Die ersten beiden Kapitel dieses Teils sind der Entwicklung bis zum Fall Jorgensen 1953 gewidmet. Kapitel 7 analysiert die experimentelle Konstruktion der Transsexualität in der medizinischen Praxis als ein Wechselspiel unterschiedlicher Interessen. Die technische Realisierbarkeit von Wünschen nach Geschlechtsumwandlung und Patienten, die deren Realisierung anforderten, brachten einen eigendynamischen Prozess in Gang.

Der sich ab den 1930er Jahren entwickelnde Diskurs einer biologistischen Legitimation von Geschlechtsumwandlungen ist Gegenstand des achten Kapitels. Auf der Basis einer genetischen Erbfaktorentheorie wurden Geschlechtsumwandlungswillige als intersexuell diagnos-

tiziert. Die Metapher ‚weibliche Seele im männlichen Körper‘ (bzw. umgekehrt) begann ihre zweite wissenschaftliche Karriere im Legitimationsdiskurs der Transsexualität.

Im neunten Kapitel untersuche ich den biologistischen Legitimationsdiskurs, der sich nach der Widerlegung der genetischen Intersexualitätstheorie entwickelt hat. Diese notwendig unabschließbare Suche nach einer biologischen Ursache von Transsexualität stellte ebenso wie die im zehnten Kapitel analysierten Theorien eine erfolgreiche Strategie zur Legitimation von Geschlechtsumwandlungen und zur medizinischen Konstruktion der Transsexualität dar.

Theorien zur psychologischen Legitimation von Geschlechtsumwandlungen sind Gegenstand von Kapitel 10. Grundlegend für diese Theorien war die Konstruktion von ‚gender‘ in Diskurs und Praxis der Intersexualität. Lerntheorie und Ich-Psychologie kalkultierten bei ihren Hypothesen zur Transsexualität auch biologische Faktoren ein und konstruierten die Psychogenese als frühkindliche quasi unumkehrbare Entwicklung.

Die medizinische Konstruktion der Transsexualität wird in Kapitel 11 als Ergebnis einer im wörtlichen Sinn konstruktiven Wechselwirkung von Behandlung und Erforschung von Transsexuellen dargestellt. Nicht die Psychiatrisierung von transsexuellen Wünschen hat sich dispositivgeschichtlich durchgesetzt, sondern deren operatives Management. Eine katamnestiche Forschung bestätigte den Erfolg des medizinischen Geschlechtswechsels, der mittlerweile nicht nur durch eine offizielle Klassifikation als Krankheit festgeschrieben ist, sondern auch durch Verfahren des juristischen Geschlechtswechsels.

Den drei Teilen meiner Arbeit vorangestellt ist jeweils eine Darstellung der folgenden Kapitel, die wichtige Inhalte, Zusammenhänge und Ergebnisse meiner Analyse vorab resümiert. Als Abschluss der ersten beiden Teile (in 3.5 und 6.5) und der Kapitel des dritten Teils (in 7.4, 8.3, 9.5, 10.3) verdichte, pointiere und erweitere ich die Aspekte, die für die Weiterführung meiner Argumentationslinie zentral sind.