
Therapieleitfaden Transsexualität

Kapitel 7

Besonderheiten von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) und deren Behandlung im Kindes- und Jugendalter

Alexander Korte^{1,2}

¹ Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität München (LMU) | Nußbaumstr. 5a, D-80336 München

² International Psychoanalytic University (IPU) | Stromstr. 3, D-10555 Berlin

Inhaltsübersicht

1. Kinder und Jugendliche mit GD/GIS – Eine interdisziplinäre Herausforderung	1
▪ Klassifikation (ICD-10, DSM-V): Separate Diagnosekriterien für GD/GIS im Kindesalter ...	2
▪ Leitsymptomatik und Diagnostik: Altersspezifische Besonderheiten	3
▪ Häufigkeit: Prävalenzanstieg oder angebotsinduzierte Nachfragesteigerung?	5
2. Über »Desisters« und »Persisters« – Was wird aus den Kindern mit GD/GIS?	6
▪ Katamnese-Studien zu GD/GIS im Kindesalter: Auf der Suche nach Prädiktoren	6
▪ Gibt es hinsichtlich der Persistenzrate Unterschiede zwischen den Geschlechtern?	7
▪ Möglicher Verlauf kindlicher GD/GIS und Differenzialdiagnosen in der Adoleszenz.....	7
3. Zur Behandlung – Altersdifferenziertes Vorgehen und Interdisziplinarität	10
▪ AWMF-Leitlinien orientierte Therapie von Minderjährigen mit GD/GIS	10
▪ Zur Kontroverse um unterschiedliche Behandlungsstrategien bei Kindern mit GD/GIS	12
▪ Pro und Contra einer frühzeitigen Einleitung geschlechtsangleichender Maßnahmen.....	13
4. Vorläufiges Fazit und Ausblick – Was ist zu tun (und was zu unterlassen)?	15
▪ Ausgangsoffene Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung?	15
▪ Zukünftige Forschungsaufgaben und wichtige medizinethische Überlegungen.....	16
Literatur	18

1. Kinder und Jugendliche mit GD/GIS – Eine interdisziplinäre Herausforderung

Erwachsene Patienten, die an einer anhaltenden und profunden Geschlechtsdysphorie (GD, DSM-V: 302.85) im Sinne einer Transsexualität (ICD-10: F64.0) leiden, berichten mehrheitlich aus Ihrer Kindheit und Jugendzeit von Verhaltens- und Erlebnisweisen, die es gerechtfertigt erscheinen lassen, bei den Betroffenen retrospektiv die Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung (GIS) im Kindesalter (ICD-10: F64.2) zu stellen. Das heißt, dass sie bereits in jungen Jahren ihr Geburtsgeschlecht ablehnten und sich dem anderen Geschlecht zugehörig fühlten, was seinen Ausdruck fand unter anderem

- in verbalen Äußerungen eines deutlichen Unbehagens über das Geburts-/Erziehungsgeschlecht und des anhaltenden Wunsches, dem anderen Geschlecht anzugehören,
- in einem Auftreten und Verhalten, welches – gemessen an den in der Gesellschaft üblichen stereotypen Zuschreibungen – als atypisch für ihr biologisches Geschlecht gilt,
- in der, vielfach durchgängigen, Bevorzugung von Kleidung und sonstigen äußerlichen Attributen (z.B. Haarlänge, ggf. Schminke u.ä.) des gewünschten Geschlechts,
- in der Präferenz von gegengeschlechtlichen Spielkameraden und Spielzeugen bzw. Spielhandlungen, welche als eher typisch für das jeweils andere Geschlecht gelten, und
- in einer (mehr oder weniger stark ausgeprägten) expliziten Ablehnung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale ihres biologischen Geschlechts.

Oft lassen sich die von den Patienten gemachten Angaben durch fremdanamnestiche Auskünfte, beispielsweise durch Bericht der Eltern bestätigen, mithin auch anhand von mitgebrachten Photographien validieren, die den Entwicklungsverlauf der Betroffenen – deren körperliche und psycho-sozioemotionale respektive psychosexuelle Reifung – widerspiegeln, sofern hier eine repräsentative Auswahl getroffen wurde. Tatsächlich können sich GD/GIS bereits ab dem frühen Kleinkindalter manifestieren [BRADLEY & ZUCKER 1995]. Unterschiedlich ist das Ausmaß, in dem die Betroffenen unter der Inkongruenz zwischen biologischem Geschlecht und Identifikationsgeschlecht (der angestrebten Geschlechtsrolle) litten.

Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten ebenso wie Kinderärzte und Sexualmediziner wissen indes sehr wohl, dass keineswegs alle Kinder mit Rollen-non-konformen Verhalten zwangsläufig transsexuell werden. Selbst für diejenigen Kinder, bei denen sämtliche diagnostische Kriterien der GD im Kindesalter (DSM-V: 302.6) erfüllt sind, trifft dies nicht zu. Wenn aber nicht von einer Persistenz der Symptomatik ausgegangen werden kann und diese, wie mehrfach gezeigt werden konnte, nur bei einer kleinen Minderheit zu beobachten ist, so ist die GD/GIS bei *Kindern* von jener im *Jugendalter* und von der GD/GIS *erwachsener Patienten* gedanklich getrennt zu halten und als eigenständige diagnostisch-nosologische Entität zu betrachten. Sowohl das DSM-V als auch die ICD-10 tragen dem Rechnung.

Eine wichtige Aufgabe – vielleicht die größte Herausforderung auf dem Feld der GD überhaupt – besteht darin, verlässliche Prädiktoren zu finden, anhand derer vorauszusagen ist, ob das betreffende Kind bzw. der/die Adoleszente eine transsexuelle Entwicklung nehmen wird oder nicht. Dem sicheren Nachweis der Irreversibilität der Geschlechtsidentität *transposition* (im Sinne einer profunden und überdauernden Transsexualität) kommt deshalb eine überragende Bedeutung zu, weil dies die Voraussetzung für die Einleitung der von den Betroffenen (sowie teils auch von deren Eltern) gewünschten somato-medizinischen – d.h. hormonellen Behandlung – und juristischen Maßnahmen zur Vornamen- und Personenstandsänderung darstellt. Aus diesen, den weiteren Ausführungen vorangestellten Überlegungen ergeben sich einige folgenreiche Schlüsse, die es in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit GD/GIS unbedingt zu berücksichtigen gilt.

Ziel dieses Beitrags ist es, die besonderen Schwierigkeiten aufzuzeigen, mit denen sich Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten sowie pädiatrische Endokrinologen oder Gynäkologen konfrontiert sehen, die Kinder und Jugendliche mit GD/GIS behandeln. Der Fokus liegt dabei auf der kritischen Reflexion der Frage, zu welchem Zeitpunkt bei Adoleszenten mit GD/GIS bzw. Verdacht auf transsexuelle Entwicklung eine (diagnostische Festlegung und die damit in der Regel verbundene) therapeutische Weichenstellung erfolgen sollte. Nach einem ausführlichen Überblick über die vorliegenden, zur Beantwortung dieser Frage hoch relevanten Katamnese-Studien und nach Darstellung der unterschiedlichen Verläufe und möglichen Differenzialdiagnosen während der Adoleszenz, soll die Debatte über unterschiedliche Behandlungsstrategien, insbesondere die Kontroverse um die frühzeitige Hormonbehandlung erörtert werden. Dies schließt auch Überlegungen zu medizinethischen Prinzipien ärztlich-therapeutischen Handelns unter Berücksichtigung entwicklungspsychiatrischer Aspekte mit ein. Vorab sollen jedoch die altersspezifischen Besonderheiten der Klassifikation, Symptomatik und Diagnostik sowie die Prävalenzentwicklung erläutert werden.

▪ Klassifikation (ICD-10, DSM-V): Separate Diagnosekriterien für GD/GIS im Kindesalter

Im Klassifikationssystem der WHO, *ICD-10*, werden die *Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter (F64.2)* gesondert neben *Transsexualismus (F64.0)* und *Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen (F64.1)* sowie den *sonstigen (F64.8)* bzw. *nicht näher bezeichneten GIS (F64.9)* im Kapitel *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* aufgeführt. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass ein bloßes Abweichen von den kulturellen Geschlechterstereotypen (also burschikoses Verhalten bei Mädchen oder mädchenhaftes Verhalten bei Jungen) für die Diagnose *GIS im Kindesalter* nicht ausreicht. Es wird ferner ein Beginn der Symptomatik deutlich vor der Pubertät gefordert, und die Diagnose kann nur bis zum Einsetzen der Pubertät vergeben werden. GD/GIS bei Personen, welche die Pubertät erreicht haben, sind nach der ICD-10 unter *Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66.-)* zu klassifizieren.

Nach Abschluss der Pubertät ist die ICD-10-Diagnose *Transsexualismus (F64.0)* erst dann gerechtfertigt, wenn der Wunsch, als Angehörige/r des anderen Geschlechts zu leben, und der Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen mindestens zwei Jahre durchgehend bestehen. Sind die diagnostischen Kriterien nur teilweise erfüllt oder liegen intersexuelle Fehlbildungen vor, können die Diagnosen *Sonstige Störung der Geschlechtsidentität (F64.8)* oder *Nicht näher bezeichnete Störung der Geschlechtsidentität (F64.9)* zutreffen. Eine Subgruppe von jugendlichen Patienten äußert den Wunsch, als Person des Gegengeschlechts leben zu wollen, wünscht jedoch keine operative Geschlechtsangleichung; für diese Jugendlichen wird derzeit üblicherweise der Begriff „*Transgender*“ verwendet.

Bereits die vierte Fassung des DSM, *DSM-IV* [APA 1994], lieferte im Vergleich zur ICD-10 präzisere, weil differenziert prüfbare Kriterien für die Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung“. Der Begriff „Transsexualität“ wurde aufgegeben, da er zu sehr auf das Vorhandensein des Wunsches nach operativer Geschlechtsumwandlung fixiert war. Unglücklicherweise wurden die Diagnose-Kriterien für *Geschlechtsidentitätsstörung bei Kindern (DSM-IV-TR: 302.6)* und *Geschlechtsidentitätsstörung bei Jugendlichen und Erwachsenen (DSM-IV-TR: 302.85)* gemeinsam aufgeführt, so dass der Eindruck entstehen könnte, das eine sei der automatische Vorläufer des anderen. Das im Mai 2013 erschienene *DSM-V* [APA 2013] weist nun einige bedeutsame Änderungen zur Vorgänger-Version auf:

- In Erwägung, dass die Geschlechtsidentität der betreffenden Personen *per se* nicht gestört sei, nur eben nicht zu ihrem körperlichen und Zuweisungsgeschlecht passe, wird nun der Begriff „Geschlechtsdysphorie“ (*Gender dysphoria*) verwendet. Es wird somit auch hinterfragt, ob eine psychiatrische Störung i.e.S. vorliegt.
- Die Diagnose für das Kindesalter (DSM-V: 302.6) ist entkoppelt von jener des Jugend- und Erwachsenenalters (DSM-V: 302.85). Beide werden in einem eigenen Kapitel und nicht mehr gemeinsam mit sexuellen Funktionsstörungen und Paraphilien abgehandelt.
- Intersexualität (*Disorders of Sex Development, DSD*) ist im DSM-V kein Ausschlusskriterium mehr für die Diagnose *Gender dysphoria*.
- Darüber hinaus werden auch Geschlechtsidentitäten, die sich der binären Kategorisierung als männlich oder weiblich widersetzen, unter dieser Rubrik eingeordnet, sofern das Wunsch- bzw. Identitätsgeschlecht vom biologischen Geschlecht abweicht und ein klinisch signifikanter Leidensdruck vorliegt.

Gemeinsam ist den aktuellen ICD- und DSM-Klassifikationen, dass sie für das Kindesalter den Begriff „transsexuell“ strikt vermeiden – die Diagnose „Transsexualität bei Kindern/im Kindesalter“ gibt es nicht! – und dass sie die Kriterien für (präpuberale) Kinder von jenen für Jugendliche unterscheiden. Ferner betonen sowohl die ICD-10 als auch das DSM-V den Unterschied zwischen einerseits (lediglich) *geschlechtsatypischem bzw. Rollen-nonkonformem Verhalten*, das für sich genommen keinen Störungswert hat, und andererseits der mit Leidensdruck einhergehenden Ablehnung der zugewiesenen Geschlechtszugehörigkeit mit *Wunsch nach Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht*. Weil der in der ICD-10 (im Gegensatz zum DSM-V) noch verwendete Terminus „Transsexualität“ für erwachsene Patienten reserviert ist, wird empfohlen, bei Adoleszenten die Umschreibung „*wahrscheinliche transsexuelle Entwicklung*“ oder „*Transsexualität in statu nascendi*“, alternativ „*GD/GIS des Jugendalters*“ zu verwenden. Eine Subgruppe jugendlicher Patienten äußert den Wunsch, als Person des Gegengeschlechts leben zu wollen, wünscht aber keine operative Geschlechtsangleichung; für diese Jugendlichen wird derzeit üblicherweise der Begriff „*Transgender*“ verwendet.

▪ Leitsymptomatik und Diagnostik: Altersspezifische Besonderheiten

Kennzeichnend und diagnostisch wegweisend ist *alters- und geschlechtsübergreifend* die ausgeprägte Inkongruenz zwischen der subjektiv erlebten und der zugewiesenen Geschlechtszugehörigkeit, die mindestens sechs Monate andauert und die in klinisch bedeutsamem Ausmaß Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, schulischen/beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursacht. In Abhängigkeit vom Entwicklungsalter lassen sich jedoch Unterschiede bezüglich der Symptompräsentation beobachten, die sowohl die Art als auch die Ausprägung betreffen. Dies ist auch diagnostisch von Relevanz.

- Bei **Kindern** äußert sich die GD in der Bevorzugung von Kleidung und sonstigen äußerlichen Attributen (z.B. Haarlänge, Schmuck) des gewünschten Geschlechts, in der Präferenz von gegengeschlechtlichen Spielkameraden und Spielzeugen bzw. Spielhandlungen, die als typisch für das andere Geschlecht gelten, sowie in einer expliziten, mehr oder weniger stark ausgeprägten Ablehnung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale des biologischen Geschlechts. Jüngere Kinder behaupten bisweilen, die Genitalien des anderen Geschlechts zu besitzen bzw. im weiteren Entwicklungsverlauf noch zu erlangen. Mädchen äußernd den Wunsch, dass Brustbildung und Menstruation nicht eintreten, Jungen wünschen sich ein Verschwinden der männlichen Genitalien. Bei Mädchen ist zudem häufig die Abneigung zu beobachten, im Sitzen zu urinieren.

- **Jugendliche** mit GIS/GD äußern die Überzeugung, im „falschen Körper“ zu sein, dem anderen Geschlecht anzugehören und die typischen Empfindungen, Gefühle und charakteristischen Erlebnisweisen des anderen Geschlechts zu haben. Sie sind in der Regel sehr damit beschäftigt, äußerlich wie eine Person des Gegengeschlechts zu wirken. Dies ist oft verbunden mit dem starken Verlangen bzw. Insistieren darauf, dass somatomedizinische Maßnahmen (hormonelle/chirurgische Behandlung) zur phänotypischen Angleichung an das Erscheinungsbild des Identitätsgeschlechts eingeleitet werden. Bei biologisch weiblichen Patienten ist das Abbinden der Brüste oder der Versuch, diese durch Tragen besonders weiter Kleidung zu verbergen, typisch. Die Betroffenen sind häufig depressiv verstimmt, verzweifelt und hegen nicht selten Hass gegen ihren Körper, der sich bisweilen in selbstverletzendem, mitunter auch suizidalem Verhalten äußert.

Zur Diagnosestellung sollten die Kriterien des DSM-V für *Geschlechtsdysphorie bei Kindern* (302.6) und für *Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen* (302.85) herangezogen werden (**Kasten 1 und 2**). Die Sicherung der Diagnose sollte ausnahmslos durch einen in der Arbeit mit Kindern und Adoleszenten mit GD/GIS erfahrenen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erfolgen, im günstigsten Fall im Rahmen einer interdisziplinären Spezialsprechstunde; bei Jugendlichen ist eine zusätzliche, spezielle sexualmedizinische Expertise erforderlich. Im Verlauf sollte immer auch eine gründliche körperliche Untersuchung durch einen pädiatrischen Endokrinologen erfolgen; dieser kann dann ggf. über die Notwendigkeit weiterer diagnostischer Maßnahmen zum Ausschluss intersexueller Störungen (Störungen der somatosexuellen Differenzierung) entscheiden.

Das Vorgehen orientiert sich an den deutschen AWMF-Leitlinien [MEYENBURG *et al.* 2013] sowie den internationalen Leitlinien [*Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health, WPATH*, 2011]. Hilfreich ist die Verwendung spezifischer GD/GIS-Fragebögen und -Interviews, die von der Amsterdamer Arbeitsgruppe entwickelt und inzwischen ins Deutsche übersetzt wurden, selbst wenn eine Validierung der deutschsprachigen Version noch aussteht [*Utrecht Gender Dysphoria Scale, UGDS*, COHEN-KETTENIS & VAN GOOZEN 1997; *Gender Identity Interview for Children, GIIC*, WALLIEN *et al.* 2009]. Alternativ können die in Toronto entwickelten standardisierten Fragebögen bzw. Interviews eingesetzt werden [JOHNSON *et al.* 2004; DEOGRACIAS *et al.* 2007]. Als projektives Verfahren kommt der sog. Mensch-Zeichen-Test (ohne Vorgabe des Geschlechts) zur Anwendung: Kinder zeichnen i.d.R. eine Person, deren Geschlecht kongruent zur eigenen Geschlechtsidentität ist.

- Bei *Kindern* ebenso wie bei *Jugendlichen* ist die bisherige psychosexuelle und Entwicklung der Geschlechtsidentität systematisch zu erfragen. Dazu gehört eine ausführliche Exploration beider Elternteile [STEENSMA & COHEN-KETTENIS 2012], inklusive Klärung von deren Erwartungshaltungen und Reaktionen sowie Aufdeckung eventueller „transsexuellogener“ Einflussfaktoren bzw. der Funktionalität, welche der GD/GIS des Kindes möglicherweise im Familiensystem zukommt [KORTE *et al.* 2008]. Auf Seiten des Kindes bzw. des Jugendlichen sollte der Fokus auch auf andere Entwicklungsaufgaben jenseits der Geschlechtsidentitätsproblematik gerichtet werden [MÖLLER *et al.* 2009]. Von besonderem Interesse sind mögliche unbewusste (oder bewusste) intrapsychische und interpersonelle Konflikte [KORTE *et al.* 2014]. Wichtig ist auch der genaue Kontext, in dem das Unbehagen mit dem eigenen Geschlecht erstmalig geäußert wurde.
- Bei *Jugendlichen* ist die gründliche Exploration bisheriger sexueller Erfahrungen (auch möglicher sexueller Übergriffe), des Körpererlebens vor und während der Pubertät, der Selbstwahrnehmung – insbesondere des Erlebens der eigenen geschlechtlichen

Attraktivität – sowie die eindeutige Klärung der sexuellen Präferenzstruktur wichtig; letzteres erfordert i.d.R. auch Gespräche mit den Betroffenen über deren sexuelle (Tag-) Träume und (Masturbations-)Phantasien [vergl. BEIER *et al.* 2005]. Diese vertiefende, spezifisch-sexualmedizinische Anamnese ist unter differenzialdiagnostischen Gesichtspunkten von besonderer Relevanz – siehe dazu auch Abschnitt 2 dieses Beitrags.

Wichtig für die Behandlungsplanung ist *in sämtlichen Altersstufen* die Berücksichtigung möglicher komorbider Störungen, in Abhängigkeit vom Alter vorrangig depressive Syndrome und/oder (Trennungs-)Angststörungen, Defizite in der sozialen Kompetenz. Insbesondere bei biologisch weiblichen Betroffenen entwickeln sich im Jugendalter des Öfteren Störungen des Sozialverhaltens sowie – geschlechtsübergreifend – selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität. Letzteres liefert eine zusätzliche Begründung dafür, dass die Fallführung in der Behandlung von Minderjährigen mit GD/GIS ausnahmslos immer in den Händen eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie liegen sollte!

▪ Häufigkeit: Prävalenzanstieg oder angebotsinduzierte Nachfragesteigerung?

Fürs Kindesalter wird eine *Prävalenz* von Geschlechtsidentitätsstörungen i.e.S. von unter 1% genannt [COHEN-KETTENIS *et al.* 2003; ZUCKER 2005]. Repräsentative Daten zur Häufigkeit von GD/GIS im Kindes- und Jugendalter im deutschsprachigen Raum lieferten BOSINSKI *et al.* [1996], die eine vergleichbare Prävalenzrate fanden; allerdings sind diese Daten bereits fast 20 Jahre alt, neuere, systematische Erhebungen wurden in Deutschland nicht durchgeführt. Unter nationalen und internationalen Experten besteht Konsens, dass es in den letzten zwei Jahrzehnten zu einer signifikanten Zunahme der Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsangeboten gekommen ist. Aus Toronto/Canada wurden dazu auch Zahlen vorgelegt, die eine Zunahme der Neuvorstellungen sowohl von Patienten im Kindes- als auch im Jugendalter dokumentieren [WOOD *et al.* 2013]. Auch die Amsterdamer Gruppe um Cohen-Kettenis [STEENSMA *et al.* 2012] und die vier wichtigsten Behandlungszentren mit GIS-Spezialsprechstunden in Deutschland in den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universitätskliniken in Frankfurt, Hamburg, Berlin und München bestätigen diesen Trend [MEYENBURG 2013].

Als mögliche Ursachen für den Anstieg der Neuvorstellungsrate werden verschiedene Faktoren diskutiert, die vermutlich zusammenwirken:

- eine bessere Aufklärung und ein *größeres Problembewusstsein* in der Bevölkerung für Geschlechtsrollen- bzw. Geschlechtsidentitätskonflikte – auch vor dem Hintergrund der wachsenden Bereitschaft eines größer werdenden Kollektivs, vermeintliche Selbstverständlichkeiten und stereotypisierende Rollenzuschreibungen zu hinterfragen;
- die zunehmende *mediale Verbreitung von Informationen zu GD/GIS*, im Speziellen zu GIS im Kindes- und Jugendalter, einschließlich der Berichterstattung über immer jüngere Patienten, die in z.T. wenig seriösen TV-Sendungen oder Internet-Foren euphorisiert über ihre Behandlung berichten und als Vorbilder fungieren; es kann vermutet werden, dass dies einen Anstieg der Selbstdiagnosen nach sich zieht;
- das *Angebot neuer Behandlungsmethoden*, insbesondere die vielfach beworbene Möglichkeit einer frühzeitigen Einleitung einer pubertätsblockierenden und/oder konträrgeschlechtlichen Hormonbehandlung (sog. „angebotsinduzierte Nachfragesteigerung“);
- der sich zunehmend in vielen Bereichen der Medizin durchsetzende „*Machbarkeitsgedanke*“, also die Annahme, dass eine „Geschlechtsumwandlung“ mittels heutiger medizinischer Möglichkeiten problemlos durchgeführt werden kann und die Haltung, dass

medizinisch Machbares prinzipiell umgesetzt werden sollte – verbunden mit der Überzeugung, dass die Wahl des Geschlechts als eine Art „Grundrecht“ anzusehen sei.

Bezüglich der *Geschlechterverteilung* ist anzumerken, dass im Kindesalter Jungen im Vergleich zu Mädchen als häufiger von einer klinisch relevanten GIS betroffen gelten, wobei die Ursache dafür im Wesentlichen in der größeren Akzeptanz seitens des sozialen Umfelds gegenüber geschlechtsrollenatypischen Verhalten bei Mädchen (sog. „Tomboy“-Verhalten) liegen dürfte [BOSINSKI *et al.* 1996]. Interessanterweise sind die Vorstellungsrate von Mädchen im Kindesalter deutlich geringer und machen nur ca. 20% aus, obwohl in CBCL-Screening-Fragebögen geschlechtsatypisches Verhalten bei Mädchen insgesamt häufiger berichtet wurde als bei den altersgleichen Jungen – was für die vorgeschlagene Erklärung spricht. Bei jugendlichen GD/GIS-Patienten ist das Geschlechterverhältnis des Inanspruchnahme-Gesamtklientels dann ziemlich ausgeglichen. [ZUCKER *et al.* 1997].

2. Über »Desisters« und »Persisters« – Was wird aus den Kindern mit GD/GIS?

Die zentrale Frage, welchen Entwicklungsverlauf Kinder mit GD/GIS im Zuge ihrer weiteren sozio-emotionalen und somato-psycho-sexuellen Reifung nehmen und was aus ihnen wird, wenn sie die Pubertät erreicht haben, ist von größter Relevanz für die Debatte um unterschiedliche Behandlungsstrategien [Steensma *et al.* 2011a/b; Zucker 2008a/b]. Deshalb soll darauf im Folgenden ausführlicher eingegangen werden.

■ Katamnese-Studien zu GD/GIS im Kindesalter: Auf der Suche nach Prädiktoren

Eine Reihe katamnestischer Untersuchungen liefern Hinweise, wonach geschlechtsatypische Verhaltensweisen im Kindesalter häufig zu einer gleichgeschlechtlichen *sexuellen Orientierung* im Erwachsenenalter führen [Bailey & ZUCKER 1995], jedoch nur in 2,5 bis 15% der Fälle zu einer überdauernden *Geschlechtsidentitätsstörung* [GREEN *et al.* 1987; DAVENPORT 1986; ZUCKER & Bradley 1995; DRUMMOND *et al.* 2008; SINGH 2012]. Auch bei Vorliegen eines deutlichen Unbehagens im eigenen Geschlecht mit Aversion gegenüber den Genitalien (GIS im engeren Sinne) ist dies nur bei einer Minderheit von maximal 20% der betroffenen Kinder Erstmanifestation einer irreversiblen transsexuellen Entwicklung [ZUCKER 2005].

Der *follow-up*-Zeitraum betrug bei den meisten dieser Katamnesen ein bis zu drei Jahrzehnte, die Anzahl der nachuntersuchten Kinder lag zwischen 10 [DAVENPORT 1986] und 139 [SINGH 2012]. Lediglich in einer niederländischen *follow-up*-Studie mit 77 Kindern erreichte der Anteil der untersuchten biologischen Mädchen mit Vollbild einer GD/GIS im Kindesalter, die nach durchschnittlich 10 Jahren weiterhin die Kriterien einer (dann adoleszenten oder adulten) GD/GIS erfüllten, insgesamt 50% (9 von 18); der Anteil unter den biologischen Jungen betrug auch in dieser Katamnese-Studie, die sich durch enge Einschlusskriterien auszeichnete, lediglich 20,3%, nämlich 12 von 59 [WALLIEN & COHEN-KETTENIS 2008].

Dieselbe Arbeitsgruppe um STEENSMA & COHEN-KETTENIS [2008; 2012; 2013] untersuchten insgesamt 246 Kindern mit GD/GIS unter Verwendung der »Utrecht Gender Dysphoria Scale« (12 Items, Range 1-5) und der beiden CBCL-Items 5 und 110. Von den 246 Kindern erwiesen sich 39 (15,8%) als »Persisters« und 207 (84,2%) »Desisters«. Nach Auswertung der Ergebnisse gelangen auch sie zu der Schlussfolgerung, dass *keine* eindeutige Assoziation zwischen GD/GIS im Kindesalter und GD/GIS im Erwachsenenalter besteht, wohl aber mit einer späteren homosexuellen Orientierung. Subtile Unterschiede zwischen »Persisters« (7 Jungen, 7 Mädchen; Altersdurchschnitt 16 Jahre) und »Desisters« (5 Mädchen, 6 Jungen; Altersdurchschnitt 15.7 Jahre) ergaben sich erst nach der Ergebnis-Auswertung eines bei

insgesamt 25 Individuen (allesamt älter als 14 Jahre) durchgeführten biographischen Interviews. Nach den Analysen der Amsterdamer Arbeitsgruppe waren dies die folgenden:

- »*Persisters*« erfüllten in stärkerem Maße sämtliche diagnostische Kriterien der GD/GIS, als dies bei »*Desisters*« der Fall war – allerdings waren auch bei der letztgenannten Gruppe die GD/GIS-Diagnosekriterien in über 50% der Fälle in vollem Umfang erfüllt;
- verglichen mit den »*Desisters*« zeigte sich das offene Ausleben geschlechtsatypischen (Rollen-) Verhaltens bei den »*Persisters*« frühzeitiger, deutlicher und anhaltender;
- zudem stand während der Kindheit der »*Persisters*« die *Inkommensurabilität* zwischen biologischem (Körper-)Geschlecht und Identitätsgeschlecht im Vordergrund, bei den »*Desisters*« eher die *Inkongruenz* zwischen der gegengeschlechtlichen Identifizierung und den sozialen Rollenanforderungen.

Außerdem sind Kinder aus bildungsfernen und sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen in der Gruppe der »*Persisters*« relativ gesehen häufiger vertreten. Dies wird so interpretiert, dass die Akzeptanz einer – differenzialdiagnostisch meist am ehesten in Betracht zu ziehenden – homosexuellen Orientierung als „alternative (Auf-)Lösung“ des bestehenden Identitätskonflikts in bildungsfernen Familien erfahrungsgemäß geringer ist, was mit einer höheren Rate an »*Persisters*« in dieser Bevölkerungsschicht einhergehen könnte [SINGH 2012].

▪ Gibt es hinsichtlich der Persistenzrate Unterschiede zwischen den Geschlechtern?

Nach übereinstimmender Datenlage lässt sich festhalten, dass der Anteil der »*Persisters*«, bei denen die GD/GIS fortbesteht, gegenüber dem Anteil der »*Desisters*«, bei denen im Verlauf eine Identifizierung mit dem Geburtsgeschlecht gelingt und dann häufig ein homosexuelles Coming-out (bei Jungen in 80-85% der Fälle) erfolgt, zurückbleibt. Passend dazu gehören geschlechtsatypische Verhaltensweisen im Kindesalter zu den regelmäßigen Angaben in den (retrospektiven) Berichten erwachsener schwuler Männer und lesbischer Frauen. Das Vorliegen einer GD/GIS im Kindesalter ist somit zweifelsohne ein stärkerer Prädiktor für die spätere Manifestation einer homosexuellen Orientierung als für eine spätere Transsexualität [STEENSMA *et al.* 2013; 2011a/b]. Allerdings scheint es hier Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu geben: Bei biologischen Jungen beträgt der Anteil der »*Persisters*« in der Zusammenschau der Katamnese-Daten ca. 15, maximal 20 %, bei biologischen Mädchen hingegen bis zu 50 % [WALLIEN & COHEN-KETTENIS 2008; STEENSMA *et al.* 2013].

Weil „Wildfang“-Verhalten von Mädchen in der Kindheit meist weniger auf Ablehnung stößt eher als effeminiertes Verhalten von Jungen, werden Mädchen in diesem Alter seltener einem Arzt vorgestellt. Geschieht dies dennoch, so ist davon auszugehen, dass das Ausmaß der GD/GIS des Kindes und der individuelle Leidensdruck des betroffenen Mädchens (oder der Eltern) besonders groß sind. Wenn dann die körperliche Reifung (Menarche, Brustentwicklung) eintritt, die sich im Vergleich zu den Jungen frühzeitiger einstellt, führt dies häufig bereits in der Frühadolescenz zu einer krisenhaften Zuspitzung. Dennoch lässt sich die Frage, welche Faktoren mit einem Überdauern der GD/GIS bis ins Jugend- und Erwachsenenalter assoziiert sind, nach bisherigem Kenntnisstand für *beide* Geschlechter *nicht* mit erforderlicher Sicherheit beantworten. Prognosen über das Fortbestehen oder die Auflösung der GD/GIS im Entwicklungsverlauf bleiben somit statistische Wahrscheinlichkeitsaussagen.

▪ Möglicher Verlauf kindlicher GD/GIS und Differenzialdiagnosen in der Adoleszenz

Als die entscheidende Entwicklungsphase, in welcher (unter nativen Bedingungen) die Entscheidung bezüglich des Überdauerns oder Überwindens der GD/GIS fällt, wird von STEENSMA *et al.* [2011a/b; 2012] das Alter zwischen 10 und 13 Jahren, also die frühe Adoleszenz

angegeben. Die Gründe dafür liegen in den sich massiv wandelnden Erwartungen und Rollenanforderungen seitens der sozialen Umwelt wie auch in den dramatischen Veränderungen infolge der Pubertät und der notwendigen Verarbeitung der damit im Zusammenhang stehenden, völlig neuen Erfahrungen; letztere beziehen sich auf die Wahrnehmung der körperlichen Veränderungen ebenso wie das (in dieser Qualität) erstmalige Erleben erotischer Attraktion, Verliebtheit und sexueller Erregung. Mit der fortschreitenden Integration dieser neuartigen Erfahrungen erfolgt die endgültige Konsolidierung der geschlechtlichen Identität und zugleich die der sexuellen Präferenzstruktur.

Abbildung 1 zeigt die möglichen Verläufe, die eine GD/GIS im Zuge der weiteren sozio-emotionalen, somato- und psychosexuellen Reifeentwicklung des Kindes nehmen kann; zugleich gibt sie einen Überblick über die wichtigsten Differenzialdiagnosen von GD/GIS während der Adoleszenz. Hinsichtlich der Relevanz der genannten Ausschluss- und Differenzialdiagnosen ist zu sagen, dass im Kindesalter die vorübergehende Geschlechtsidentitätsunsicherheit mit geschlechtsatypischem Rollenverhalten zahlenmäßig am wichtigsten ist, während im Jugendalter vorrangig die unterschiedlichen Formen der reifungsbedingten, psychosexuellen Entwicklungskonflikte, insbesondere eine abgewehrte homosexuelle Orientierung, aber auch übergeordnete Persönlichkeitsentwicklungsstörungen differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehen sind [siehe dazu KORTE *et al.* 2014].

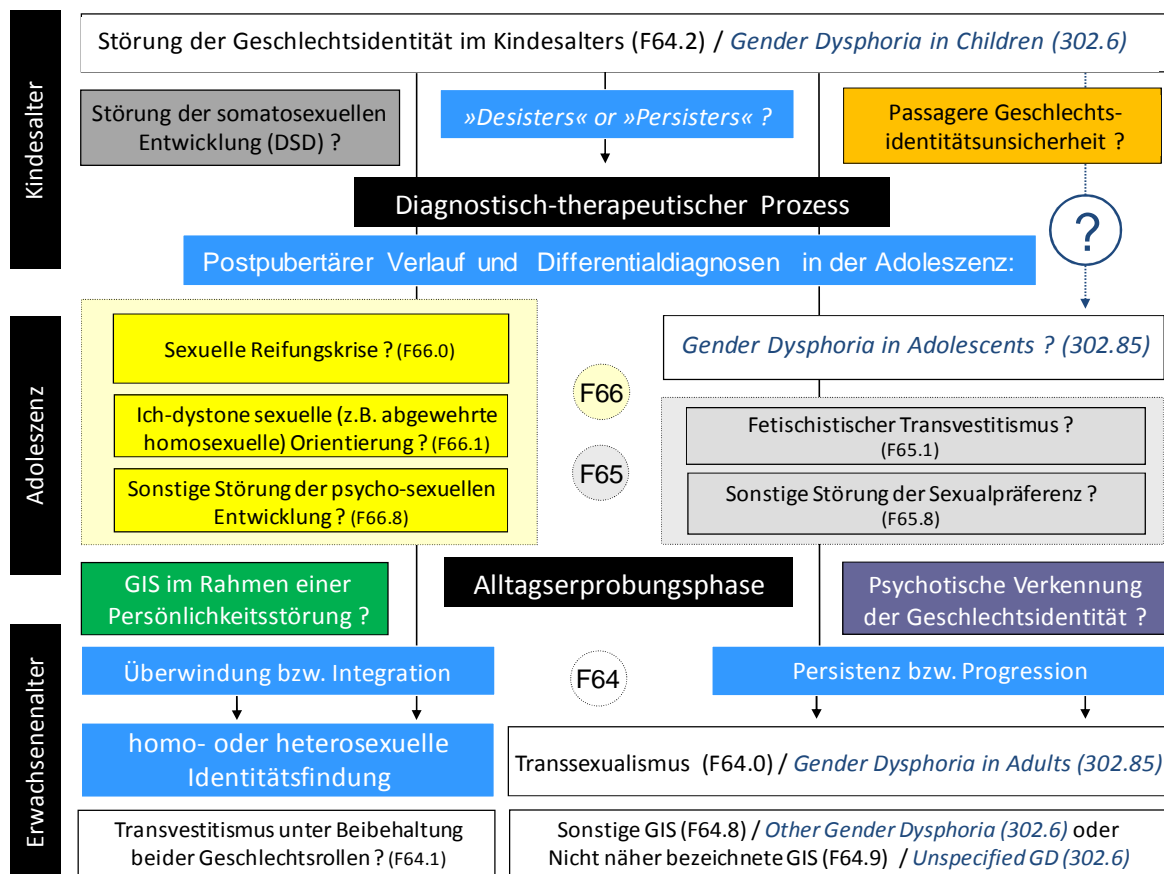


Abbildung 1: Möglicher Verlauf von GD/GIS im Kindesalter und Differenzialdiagnosen in der Adoleszenz. Viele Differenzialdiagnosen lassen sich erst im Laufe eines längeren diagnostisch-therapeutischen Prozesses, nach Aufschlüsselung der sexuellen Präferenzstruktur ausschließen oder bestätigen. Grundsätzlich klärt sich die Frage, ob eine transsexuelle Entwicklung vorliegt, über die Verlaufsbeobachtung. Das bedeutet, dass Therapie und Verlaufs- bzw. Differenzialdiagnostik mitunter über mehrere Jahre Hand in Hand gehen müssen.

- Frühzeitig ausgeschlossen werden können *Störungen der somatosexuellen Differenzierung* („Intersexuelle Störungen“); dies geschieht mittels körperlicher Untersuchung, ggf. durch eine zusätzliche hormonelle und genetische Diagnostik. Das Vorliegen einer somatosexuellen Entwicklungsstörung schließt nicht grundsätzlich aus, dass eine hormonelle und/oder chirurgische Anpassung an das psychische Geschlecht indiziert ist, sofern belastende Diskrepanzen zum äußeren Erscheinungsbild bestehen. Es wurde bereits erwähnt, dass mögliche Abweichungen der somatosexuellen Entwicklung (DSD) im DSM-V – anders als in der ICD-10 – *kein* Ausschlusskriterium für die Diagnose GD/GIS mehr darstellen. Nur am Rande sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, welche Brisanz der Entscheidung über eine frühzeitige Weichenstellung zu Recht beigemessen wird (vergleiche diesbezügliche Empfehlungen des Deutschen Ethikrats).
- *Vorübergehende Geschlechtsidentitätsunsicherheit im Kindesalter*: Bei beiden Geschlechtern sind – im Vorschulalter deutlich häufiger als später – bisweilen Wünsche des Kindes, dem anderen Geschlecht anzugehören, und *Geschlechtsrollen-nonkonformes Verhalten*, insbesondere *Cross-dressing*, zu beobachten. Meist verschwinden diese Wünsche und Verhaltensweisen spontan. Sie sind in der Regel deutlich weniger intensiv ausgeprägt als bei Störungen der Geschlechtsidentität i.e.S., führen aber dennoch häufiger zur Vorstellung des Kindes und nicht selten zur „Fehldiagnose“ einer GIS.
- Störungen der Geschlechtsidentität bei Individuen kurz vor oder während der Pubertät: *Sexuelle Reifungskrise (F66.0)*: Die betroffene Person leidet unter einer Unsicherheit hinsichtlich ihrer Geschlechtsidentität oder ihrer sexuellen Orientierung. Nach klinischer Erfahrung sind Mädchen davon häufiger betroffen. Mehrheitlich besteht in diesen Fällen eine Diskrepanz zwischen mentaler, sozio-emotionaler und psychosexueller Entwicklung einerseits und der bereits fortgeschrittenen körperlichen Reife andererseits; nicht zuletzt wegen bisweilen äußerst unangemessener Reaktionen ihrer Umwelt entwickeln die betroffenen Mädchen einen Geschlechtsidentitätskonflikt, der eigentlich ein Altersrollenkonflikt ist. Hierzu können neben fehlenden, positiven weiblichen Rollenmodellen im besonderen Maße auch sexuelle Missbrauchserfahrungen beitragen.
- *Ich-dystone Sexualorientierung (F66.1)*: Die Geschlechtsidentität oder sexuelle Präferenz ist eindeutig, aber die betroffene Person hat den Wunsch, diese wäre anders, und möchte sich einer Behandlung unterziehen, um diese zu verändern. Wichtig ist hier vor allem die Abwehr einer homosexuellen Orientierung; diese findet sich häufiger in Familien mit muslimischen und osteuropäischen soziokulturellen Hintergrund. Im Islam gilt Homosexualität als „Sünde“, Transsexualität hingegen als „Krankheit“.
- *Andere psychosexuelle Entwicklungsstörungen (F66.8)*: Beispielsweise die Abwehr der aufkeimenden Sexualität durch Ungeschehen-machen der sexuellen Attraktivität im eigenen biologischen Geschlecht; auch dies tritt bei beiden Geschlechtern auf.
- *Beginnende Persönlichkeitsstörungen*, insbesondere die Borderline- (F60.3) und die Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4) sowie die Schizotype Störung (F21): Sind die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung oder einer Schizotypen Störung erfüllt, so ist bei Formulierung der Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung höchste Vorsicht geboten; der Grund dafür liegt darin, dass die gegengeschlechtliche Identifizierung Teil der Persönlichkeitsstörung sein und sich im Verlauf verändern oder auflösen kann.
- Störungen der sexuellen Präferenz: *Fetischismus (F65.0)* und *Fetischistischer Transvestitismus (F65.1)* kommen im Jugendalter als Differenzialdiagnosen in Betracht, wenn

sich unter dem Einfluss der nativen Sexualhormone die sexuelle Präferenzstruktur, also die sexuelle Orientierung (welches Geschlecht?), Ausrichtung (welches Körperschema?) und Neigung (welche konkreten Vorlieben?) konsolidieren. Betroffen sind überwiegend nur biologisch männliche Personen.

- *Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen (F64.1)*: Es wird ein *Cross-dressing* betrieben, um zeitweilig die Erfahrung der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht zu erleben, jedoch ohne dass der Wunsch nach einer langfristigen Geschlechtsangleichung bestünde. Wird im Jugendalter eher selten beobachtet.
- *Psychosen – Schizophrenie oder wahnhaftige Störungen – (F2x)*: Bei Vorliegen einer akuten Psychose ist eine entsprechende multimodale Behandlung indiziert. Die Diagnose einer Schizophrenie oder wahnhaften Störung ist nicht notwendiger Weise ein Grund, eine geschlechtsangleichende Behandlung *per se* abzulehnen, denn eine GD/GIS kann auch hier komorbid vorliegen, mithin auch unabhängig von der Grunderkrankung bestehen. Diese Konstellation ist aber im Jugendalter extrem selten.

3. Zur Behandlung – Altersdifferenziertes Vorgehen und Interdisziplinarität

Mit der separaten Kodierung und der Formulierung unterschiedlicher DSM-V-Diagnosekriterien für die *Geschlechtsdysphorie bei Kindern (302.6)* und die *Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen (302.85)* wurde verdeutlicht, dass es sich um *eigenständige* klinisch-diagnostische Entitäten handelt und dass keineswegs ein Übergang der GD des Kindesalters in eine GD des Adoleszenten oder Adulten vorprogrammiert ist. Dieser Logik folgend sollte auch die Behandlung der Betroffenen verschiedener Altersstufen unter strenger *Berücksichtigung entwicklungspsychiatrischer Aspekte* erfolgen. Letzteres bedeutet vor allem, der großen Variabilität und Plastizität im Entwicklungsverlauf Rechnung zu tragen. Das Fallmanagement sollte deshalb grundsätzlich in den Händen eines (in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit GD/GIS möglichst erfahrenen) Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie liegen, wobei sämtliche Entscheidungen über hormonelle Interventionen stets *interdisziplinär*, in Abstimmung mit dem endokrinologisch zuständigen Arzt (Pädiater, Gynäkologe) und dem behandelnden Psychotherapeuten zu treffen sind.

■ AWMF-Leitlinien orientierte Therapie von Minderjährigen mit GD/GIS

Die Forderung nach einer den Entwicklungsstand der Betroffenen berücksichtigenden, altersdifferenzierten Vorgehensweise fand auch Eingang in die kürzlich überarbeiteten, von der *Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)* ebenso wie von der *Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW)* konsentierten S1-Leitlinien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit GD/GIS [MEYENBURG *et al.* 2013].

Grundsätzlich empfohlen wird eine ausgangsoffene, unterstützende Begleitung der Entwicklung des Kindes / des Jugendlichen; dies erfolgt im Rahmen einer Einzelpsychotherapie in einem der anerkannten Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte, psychoanalytische oder kognitiv-behavioral orientierte Therapie). Die Auswahl des Verfahrens muss vom Patienten (Alter, Reflexions- und Introspektionsvermögen) abhängig gemacht werden. Ziel der psychotherapeutischen Behandlung ist nicht vorrangig die Beseitigung der GD/GIS; dies ist nur in Einzelfällen möglich, wird jedoch des Öfteren im Kindesalter beobachtet. Ein früher Therapiebeginn erscheint daher sinnvoll. Die Therapie dient auch der Klärung, ob sich bei Adoleszenten eine transsexuelle Entwicklung abzeichnet. Erfahrungsgemäß nimmt die

Wahrscheinlichkeit einer transsexuellen Entwicklung mit fortschreitendem Alter deutlich zu; bei GD/GIS-Patienten im Kindesalter ist dies, wie im Abschnitt 2 dargestellt, nur bei einer Minderheit der Fall. Daraus leiten sich maßgebliche Unterschiede in der Behandlung ab.

- Bei präpubertären **Kindern**, die psychopathologisch wenig auffällig sind und nur einen geringen Leidensdruck haben, kann die Psychotherapie zunächst niederfrequent erfolgen; der Fokus richtet sich darauf, die *psychosoziale Entwicklung zu fördern* und die sich aus dem „Anderssein“ ergebenden Konflikte zu vermindern. Neben der Förderung von Coping-Strategien zur *Bewältigung von Ausgrenzungserfahrungen* und Selbstwertdefiziten zielt die Behandlung auf eine Verbesserung der Sozialkompetenz und Selbsteinschätzung des Kindes. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der *Beratung der Eltern*, die häufig Unsicherheiten zeigen, ob und in welchem Umfang sie geschlechtsatypisches Rollenverhalten und Cross-dressing erlauben sollen. Sie sind über den wahrscheinlichen Verlauf von GD/GIS im Kindesalter aufzuklären. Auch die Kindergartenerzieher/innen und Lehrer/innen sollten über das Vorliegen einer GD/GIS informiert werden, um zu verhindern, dass Druck auf das Kind ausgeübt wird, sich geschlechtstypisch zu verhalten. Für den Alltag gilt, dass (bezogen aufs Geburtsgeschlecht) *geschlechtstypische Aktivitäten des Kindes verstärkt werden* sollten, ohne jedoch Rollen-non-konforme Verhaltensweisen negativ zu sanktionieren. Bisweilen erfüllt die GD/GIS-Symptomatik innerfamiliäre Funktionen, die es zu identifizieren und ggf. familientherapeutisch aufzulösen gilt. Definitiv *nicht* indiziert ist eine prophylaktisch-präpubertäre Hormonbehandlung!
- Bei postpubertären **Jugendlichen** mit einer hoch wahrscheinlichen transsexuellen Entwicklung folgt die Behandlung den Standards der Behandlung erwachsener transsexueller Patienten [vgl. BECKER *et al.* 1997 – **Aktualisierung geplant! Stand?**]. Wie auch bei Erwachsenen mit GD/GIS ist das Hauptziel eine längerfristige Begleitung des Patienten, um die Stabilität der transsexuellen Entwicklung mit größtmöglicher Sicherheit beurteilen zu können. Im Vordergrund stehen also auch hier zunächst die *Stärkung des Selbstbewusstseins*, ggf. die Verbesserung der Sozialkompetenz und die psychotherapeutische Unterstützung des/der Jugendlichen bei der *Auslotung des tiefgreifenden Identitätskonflikts*; dies schließt auch das Aufzeigen möglicher Alternativen zur „Umwandlungsbehandlung“ ein, ohne jedoch einseitig darauf zu fokussieren. Falls der Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen bestehen bleibt, ist eine psychotherapeutisch begleitete *Alltagserprobungsphase* von mindestens einjähriger Dauer zu durchlaufen, während derer der Patient vollständig in der angestrebten Geschlechtsrolle leben soll; dieses Vorgehen dient der Klärung, ob somato-medizinische Maßnahmen und/oder eine Vornamens- und Personenstandsänderung indiziert sind. Bei psychopathologisch wenig auffälligen Patienten kann die Psychotherapie auch niederfrequent (zwei bis vierwöchig) durchgeführt werden [vergl. AWMF-Leitlinien, MEYENBURG *et al.* 2013].

Bei der Durchsicht der wissenschaftlichen Literatur und der vorliegenden internationalen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von GD/GIS bei Kindern und Jugendlichen finden sich gleichwohl divergierende Ansichten, welche zu unterschiedlichen, unter Fachleuten kontrovers diskutierten Therapiestrategien führen. Die Diskussion erstreckt sich *zum einen* auf die grundsätzliche (sozio-)therapeutisch-pädagogische, innere Haltung gegenüber Kindern mit GD/GIS; *zum anderen* bestehen divergierende Ansichten in der Frage nach dem Stellenwert und dem frühestmöglichen Zeitpunkt für die Einleitung somato-medizinischer Maßnahmen.

▪ Zur Kontroverse um unterschiedliche Behandlungsstrategien bei Kindern mit GD/GIS

Gegenwärtig lassen sich im Wesentlichen drei verschiedene Positionen bzw. klinisch-therapeutische Vorgehensweisen unterscheiden [vergl. ZUCKER 2008a, 2008b; MÖLLER *et al.* 2009; BYNE *et al.* 2012; MEYENBURG 2013; BOSINSKI 2013]:

- (1) Eine *multimodale Psychotherapie*, die darauf ausgerichtet ist, erstens die GD/GIS-typischen psycho-sozio-emotionalen Folgen und begleitenden Probleme zu lindern, und zweitens das Risiko einer Persistenz der GD/GIS mit konsekutiver transsexueller Entwicklung zu minimieren. Dies bedeutet jedoch nicht, vorrangig das Ziel einer „Umpolung“ der Geschlechtsidentität zu verfolgen. Es geht vielmehr um eine – allenfalls moderat direktive – therapeutische Unterstützung des Kindes (bzw. Jugendlichen) bei der Bewältigung und Überwindung seines tiefgreifenden Identitätskonfliktes; im Vordergrund stehen die Bearbeitung und Relativierung von Geschlechtsrollen-Stereotypen, Illusionen, unrealistischen Hoffnungen und Erwartungen sowie das Aufzeigen möglicher Alternativen zur „Transition“. Neben der therapeutischen Arbeit mit dem Kind, welche auch die *Peer-Group*-Beziehungen besonders berücksichtigt, werden die Eltern intensiv miteinbezogen. Diese Vorgehensweise wird auch in den S1-Leitlinien der DGKJP favorisiert.
- (2) Eine *abwartende Haltung* entsprechend der Devise »*watch and wait*«: Das therapeutische Bemühen richtet sich ausschließlich auf die Behandlung der bei Kindern mit GD/GIS häufig vorliegenden komorbiden Störungen, die Förderung von Coping-Strategien zur Bewältigung von Ausgrenzungserfahrungen und Selbstwertdefiziten sowie auf eine allgemeine Verbesserung der Sozialkompetenz und Selbsteinschätzung der Betroffenen, wohingegen jedwede psychotherapeutische Interventionen, welche direkt auf die geschlechtsatypischen Verhaltensweisen und die Konsolidierung der Geschlechtsidentität Einfluss nehmen würden, gänzlich ausbleiben.
- (3) Eine *das Kind in seiner „Transidentität“ bestärkende Haltung*: Diese schließt die Empfehlung mit ein, dem Kind frühzeitig ein *Cross-dressing* und Auftreten in der Aufmachung des Wunschgeschlechts zu gewähren und es mit dem gewünschten (gegengeschlechtlichen) Vornamen anzusprechen; mithin wird sogar befürwortet, das Kind in Schule oder Kindergarten vollständig unter dem gewünschten Geschlecht zu führen. Dieser Position zugrunde liegt die (irrtümliche) Annahme einer regelhaften Persistenz von GD/GIS bis ins Erwachsenenalter und die Überzeugung von einer vorrangig oder ausschließlich neurobiologisch-genetischen Determinierung der Geschlechtsidentität.

Die zuletzt beschriebene Strategie erscheint aus zweierlei Gründen als die ungünstigste der genannten Optionen. Zum einen basiert das therapeutische Vorgehen auf Grundannahmen, die empirisch nicht belegt sind bzw. angesichts der Datenlage als unhaltbar bezeichnet werden müssen; zum anderen schafft dies für das Kind eine Situation, die es ihm beinahe unmöglich macht, im Falle einer Überwindung des Identitätskonflikts wieder in seinem Geburts-geschlecht aufzutreten [STEENSMA & COHEN-KETTENIS 2011a]. Anstelle der geforderten „ergebnisoffenen therapeutischen Begleitung“ läuft der Behandler hier Gefahr, die „normative Kraft des Faktischen“ zu übersehen, und, gewollt oder ungewollt, eine spätere transsexuelle Entwicklung als die vermeintlich einzige Option für den/die Betroffene/n aktiv zu forcieren. Außerdem läuft dieser therapeutische Ansatz mehr oder weniger automatisch auf eine pubertätsblockierende Hormonbehandlung hinaus (die von den Befürwortern dieses Vorgehens als medizinisch unbedenklich und ethisch unproblematisch dargestellt wird), „*präjudiziert somit eine Persistenz der GD/GIS zur Transsexualität und damit eine – mit Risiken und Nebenwirkungen behaftete – Transformationsbehandlung*“ [BOSINSKI 2013].

▪ Pro und Contra einer frühzeitigen Einleitung geschlechtsangleichender Maßnahmen

Insbesondere der Zeitpunkt des Beginns einer hormonellen Behandlung wird unter Fachleuten kontrovers diskutiert. Die Debatte fand auch Eingang in die Diskussionen der Leitlinien-Kommission für GD/GIS im Kindes und Jugendalter und wird in dem Konsenspapier (S1-Leitlinien) explizit erwähnt. Anknüpfend an die Ausführungen zu den Katamnese-Studien und die im Ergebnis dieser getroffene Unterscheidung zwischen »*Persisters*« und »*Desisters*« lässt sich ein *zentrales, ethisches Dilemma* formulieren: Dieses besteht darin, dass eine frühzeitige hormonelle Intervention für eine Minderheit von Patienten – die »*Persisters*«, bei denen die GD/GIS später in eine transsexuelle Identität des Erwachsenen einmünden wird – zweifelsohne segensreich ist, während eine derartige Behandlung für eine Mehrheit der Kinder mit GD/GIS der falsche Weg wäre; das Problem ist, dass bislang keine verlässlichen Prädiktoren verfügbar sind, anhand derer eine sicher Vorhersage des Fortbestehens oder Vergehens einer GD/GIS im individuellen Fall möglich wäre.

Die Vorteile und **Pro-Argumente** einer frühzeitigen hormonellen Behandlung, die im ersten Schritt in dem Einsatz von pubertätsblockierenden GnRH-Analoga besteht, lägen für die »*Persisters*« – allerdings ausschließlich für diese Gruppe! – darin,

- dass die Entwicklung irreversibler Körpermerkmale (bei biologischen Mädchen vor allem die Brustentwicklung und Menses, bei Jungen Barthaarinduktion und Stimmbruch, bei beiden Geschlechtern die Veränderung der Körperproportionen) verhindert würde;
- dies ermöglichte bessere kosmetische Ergebnisse im Falle einer späteren, frühestens nach Vollendung des 18. Lebensjahres durchzuführenden, geschlechtsangleichenden Operation sowie ggf. eine Reduktion der plastisch-chirurgischen Eingriffe.
- Außerdem brächte ein solches Vorgehen für die Betroffenen eine rasche Reduktion des Leidensdrucks [COHEN-KETTENIS *et al.* 1997; 1998; DE VRIES *et al.* 2011a/b; KREUKELS & COHEN-KETTENIS 2011].

Für »*Desisters*« würde die frühzeitige Festlegung durch Einleitung einer GnRH-Analoga-Behandlung gravierende Nachteile mit sich bringen. Die wichtigsten **Contra-Argumente** gegen die frühzeitige Weichenstellung sind folgende:

- Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die pubertätshemmende Therapie nachhaltig zu einer Beeinträchtigung der psychosexuellen Entwicklung führt und mögliche nicht-transsexuelle Entwicklungen, insbesondere ein homosexuelles Coming-out und andere Variationen der sexuellen Identität, hierdurch erschwert werden [KORTE *et al.* 2014].
- Eine derartige Behandlung beeinflusst das sexuelle Erleben in Fantasie und Verhalten und verhindert aufgrund der Beeinträchtigung der sexuellen Appetenz und Funktionsfähigkeit, dass die Betroffenen altersgerechte (sozio-)sexuelle Erfahrungen sammeln und diese im Rahmen des diagnostisch-therapeutischen Prozesses auswerten können.
- Unter den Bedingungen einer Pubertätssuppression ist auch die (differenzialdiagnostisch wichtige) Aufschlüsselung der sich unter dem Einfluss der nativen Sexualhormone in dieser Zeit konsolidierenden sexuellen Präferenzstruktur und endgültigen geschlechtlichen Identität nahezu unmöglich [KORTE *et al.* 2014; BOSINSKI 2013].

Den *Standards of Care* der *World Professional Association for Transgender Health (WPATH, 2011)* folgend sollte eine *pubertätsblockierende Hormontherapie* (bei biologisch männlichen Patienten mit GnRH-Analoga oder Antiandrogenen, bei weiblichen mit GnRH-Analoga) frühestens nach Erreichen des Tanner-II-Stadiums begonnen werden [HEMBREE 2011]. Nach den deutschen S1-Leitlinien (AWMF) müssen zusätzlich die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein [vergl. MEYENBURG *et al.* 2013]:

- Es muss mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eine transsexuelle Entwicklung vorliegen.
- Die Geschlechtsdysphorie bei dem/der betroffenen Jugendlichen nimmt durch die pubertären Veränderungen weiter zu.
- Die Entscheidung zur Einleitung einer hormonellen Behandlung wird gemeinsam von einem interdisziplinären Team (Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, endokrinologisch zuständiger Pädiater oder ggf. Gynäkologe, Sexualmediziner/-therapeut) getroffen; zudem sollte bezüglich der Indikation Konsens bestehen mit einem hinzugezogenen weiteren, unabhängigen Experten (sog. „Zweitsicht-Verfahren“).
- Grundsätzlich sollten unbedingt beide Elternteile in die Entscheidung miteinbezogen werden, was auch aus rechtlichen Gründen (bei gemeinsamer Sorge) erforderlich ist.
- Parallel zur hormonellen/pubertätsblockierenden Behandlung erfolgt eine Fortsetzung der Psychotherapie, wobei die o.g. Empfehlungen bezüglich Art, Umfang und inhaltlicher Fokussierung berücksichtigt werden sollten.
- Jugendliche Patienten, bei denen eine Hormonbehandlung in Betracht gezogen wird, dürfen keine schwerwiegenden psychosozialen Probleme aufweisen, welche mit dem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen in negativer Weise interferieren [siehe dazu auch STEENSMAN & COHEN-KETTENIS 2012; COHEN-KETTENIS *et al.* 2008].

Eine *konträrgeschlechtliche Hormontherapie* sollte in der Regel erst nach dem 16. Geburtstag begonnen werden. Bezüglich des praktischen Vorgehens im Falle der Entscheidung für eine frühzeitige hormonelle Intervention (Behandlung mit GnRH-Analoga, konträrgeschlechtliche Sexualsteroids substitution), einschließlich konkreter Dosierungsempfehlungen und der zu erwartenden kurz- oder langfristigen Nebenwirkungen, wird auf das [Kapitel 9](#) verwiesen. Hinsichtlich der genannten Altersgrenze ist kritisch anzumerken, dass grundsätzlich nicht das kalendarische, sondern vielmehr das Entwicklungsalter beurteilungsrelevant ist: Ein Abschluss der somato- und psychosexuellen Entwicklung kann in Einzelfällen bereits mit 16 Jahren vorliegen, die meisten Jugendlichen sind aber mit 16 noch mitten in ihrer sexuellen Identitätsfindung, die zunächst diagnostisch-therapeutisch begleitet werden sollte.

Dieselben, grundsätzlichen Überlegungen sind zu berücksichtigen, wenn es um die Frage nach der Einleitung *juristischer Schritte zur Vornamens- und Personenstandsänderung* geht. Diesbezügliche Maßnahmen können prinzipiell bereits vor Erreichen der Volljährigkeit getroffen werden; erforderlich ist jedoch, dass die Sorgeberechtigten den Antrag des/der Jugendlichen beim zuständigen Amtsgericht unterstützen und das Anliegen von zwei unabhängigen Gutachtern medizinisch begründet wird – siehe hierzu auch die Ausführungen im [Kapitel 4](#) in diesem Buch. Bei den Gutachtern sollte es sich nach Auffassung der DGKJP ausnahmslos um Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie handeln, die Erfahrungen in der Diagnostik und Behandlung von Minderjährigen mit GD/GIS aufweisen.

Geschlechtsangleichende *chirurgische Eingriffe* sollten erst nach dem 18. Geburtstag erfolgen [vergl. HEMBREE 2011]. Eine ausreichende Persönlichkeitsreife ist erforderlich, um die langfristigen Konsequenzen eines solchen Eingriffs überblicken zu können. In Einzelfällen, wenn der Körper ohnehin schon durch eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung stark in Richtung des Identitätsgeschlechts verändert ist und ein großer Leidensdruck auf Seiten des Betroffenen besteht, mögen operative Maßnahmen (zumindest die Mastektomie bei FMT) auch ab 16 Jahren sinnvoll erscheinen. In diesem Punkt besteht jedoch unter Experten kein Konsens; in den deutschen S1-Leitlinien werden Genitaloperationen zur Geschlechtsangleichung vor Vollendung des 18. Lebensjahres ausdrücklich *nicht* empfohlen.

4. Vorläufiges Fazit und Ausblick – Was ist zu tun (und was zu unterlassen)?

Systematische Untersuchungen, wie sich eine hormonelle Behandlung vor Pubertätsabschluss auf die weitere Entwicklung der Geschlechtsidentität auswirkt (und ob hierdurch die Wahrscheinlichkeit einer transsexuellen Entwicklung erhöht wird), liegen bislang nicht vor. Nachuntersuchungen einer größeren Anzahl jugendlicher Patienten mit GD/GIS, die seit Ende der 1990er Jahre frühzeitig hormonell behandelt wurden – zunächst mit pubertätshemmenden und anschließend mit gegengeschlechtlichen Hormonen – zeigen einen positiven Verlauf hinsichtlich psychiatrischer Komorbidität, des psychosozialen Funktionsniveaus und des physischen Erscheinungsbilds [DE VRIES *et al.* 2011a/b]. Nach Auffassung der Kritiker einer frühzeitigen Hormontherapie kann jedoch selbst bei einem retrospektiv als erfolgreich bewerteten Behandlungsfall *nicht* zwangsläufig davon ausgegangen werden, dass ursprünglich eine sichere transsexuelle Determinierung vorlag und nicht auch ein anderer Verlauf mit homosexuellem Coming-out möglich gewesen wäre. Hierzu kontrollierte Studien durchzuführen stößt auf große Schwierigkeiten; gleichwohl besteht hier großer Forschungsbedarf.

▪ Ausgangsoffene Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung?

Eine pubertätsblockierende Behandlung versetzt den Körper in einen „Wartezustand“; diese Intervention stellt eine Beeinflussung des normalen Ablaufs der somato- und psycho-sexuellen Entwicklung dar, wodurch möglicherweise die Persistenz der GD/GIS begünstigt wird. Die von Befürwortern frühzeitiger hormoneller Interventionen vertretene Annahme, dass die Wirkung von GnRH-Analoga „vollständig reversibel“ sei, ist mit Blick auf die etwaigen zentralnervösen Auswirkungen einer Pubertätssuppression keineswegs belegt. GIEDD *et al.* [2012] haben gezeigt, dass die Pubertät eine Phase erheblicher Umbau- und Reorganisationsprozesse des reifenden Gehirns ist. Ohne eine Unterdrückung der körpereigenen Sexualhormone könnte die Geschlechtsidentität im Zuge der fortschreitenden kognitiven, sozio-emotionalen und psycho-sexuellen Reifung vielleicht wieder in Einklang mit der Anatomie gelangen und ggf. eine homosexuelle Orientierung ausgelebt werden [KORTE *et al.* 2014]. Eine *irreversible* (transsexuelle) GD/GIS kann aufgrund der hohen Plastizität der Geschlechtsidentitätsentwicklung somit erst nach Abschluss der Pubertät sicher diagnostiziert werden. Es bleibt allemal unklar, was die Pubertätsblockade in dieser Phase bewirkt [vergl. MEYER-BAHLBURG 2013].

Für eine Diskussion dieser Frage erscheint folgender Sachverhalt von großer Bedeutung: Der Anteil derjenigen Patienten, die nach dem ersten „vollständig reversiblen“ Schritt einer *Pubertätssuppression* (mittels GnRH-Analoga) im zweiten Schritt dann auch mit konträrgeschlechtlichen Hormonen behandelt werden, beträgt nach Angaben der behandelnden Zentren – in Übereinstimmung mit den Daten diesbezüglicher Publikationen – nahezu 100%. Das bedeutet, dass mit der Indikationsstellung zur Pubertätsblockade, ob nun beabsichtigt oder nicht, wohlmöglich bereits auch die Entscheidung für eine „partiell irreversible“ Intervention (die *Einnahme von Östrogen/Testosteron*) fällt. Zwar ist zu konzedieren, dass zumindest diejenigen Institutionen, die eine Pubertätssuppression in großem Umfang durchführen, über viel Erfahrung verfügen und infolgedessen sicherlich enge Einschlusskriterien für eine Zulassung zur GnRH-Analoga-Behandlung zu definieren in der Lage sind. Aber die Absolutheit, mit welcher Kinder mit GD/GIS, bei denen die Pubertät unterdrückt wurde, sich dann auch für die Einnahme gegengeschlechtlicher Hormone entscheiden, weist darauf hin, dass eine derartige Behandlung die Entwicklung der Geschlechtsidentität tatsächlich nachhaltig beeinflussen und zu einer Persistenz der GD/GIS beitragen könnte.

Sollte dies der Fall sein, so ginge mit der Entscheidung für eine GnRH-Analoga-Behandlung frühzeitig die Chance einer – prinzipiell möglichen – Aussöhnung des betroffenen Kindes mit seinem Geburtsgeschlecht unwiederbringlich verloren. Dies jedoch würde gegen den Grundsatz einer neutralen Haltung und ergebnisoffenen psychotherapeutischen Begleitung von GD/GIS-Patienten verstoßen. Ein solches Vorgehen ginge *in puncto* exogener Einflussnahme über die konsentiertere Verfahrensweise bei erwachsenen GD/GIS-Patienten weit hinaus. Aus kinderpsychiatrischer Sicht ist diese Entwicklung fraglos sehr kritisch zu betrachten.

Wichtige Fragen sind also noch ungeklärt. Zusammenfassend gelangt man somit unweigerlich zu dem insgesamt unbefriedigenden, vorläufigen Fazit, dass hinsichtlich des „richtigen“ Zeitpunkts für die Einleitung geschlechtsangleichender Maßnahmen, besonders der Frage einer frühzeitigen Hormonbehandlung Minderjähriger, aufgrund erheblicher Forschungslücken und des vollständigen Fehlens prospektiver, randomisiert-kontrollierter Studien gegenwärtig (Stand: Mitte 2014) kaum evidenz-basierte Empfehlungen gegeben werden können.

▪ Zukünftige Forschungsaufgaben und wichtige medizinethische Überlegungen

Aus Sicht des Verfassers ist es erforderlich, in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit GD/GIS landesweit zu einem einheitlich-transdisziplinären Vorgehen zu gelangen. Zu diesem Zweck hat sich bereits eine überregionale Arbeitsgruppe mit Experten aus Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderendokrinologie und Sexualmedizin konstituiert. Das vorrangige Ziel sollte darin bestehen, mittels prospektiver Beobachtungen des Entwicklungsverlaufs der in ihrer sexuellen Identitätsfindung psychotherapeutisch begleiteten, minderjährigen GD/GIS-Patienten/innen und durch systematische Auswertung von Kasuistiken genauere Kenntnis darüber zu erlangen, *ob* und – wenn ja – *welche* verlässlichen Kriterien es gibt, die einen frühzeitigen Einsatz pubertätsblockierender oder auch konträrgeschlechtlich-hormoneller Maßnahmen zumindest bei einer umschriebenen Subgruppe vertretbar scheinen lassen. Unter ethischen Gesichtspunkten jedoch erscheint die im Zuge des Einsatzes von GnRH-Analoga mögliche, wenn auch unbeabsichtigte Verhinderung der Entwicklung von Homosexualität zugunsten einer Transsexualität inklusive der damit verbundenen Transformationsbehandlung (lebenslange Hormonsubstitution, Operationen) grundsätzlich bedenklich.

Bei Reflexion dieses Problems und der Festlegung der Indikationskriterien sollte man sich darüber im Klaren sein, dass die Ansprüche an die Richtigkeit der zu treffenden Entscheidung ausgesprochen hoch sind und angesichts der weitreichenden Folgen ein besonderes Maß an Verantwortungsbewusstsein auf Seiten des behandelnden Arztes voraussetzen. Für die Methodik der Entscheidungsfindung und die „Interdependenz der Fehler“ heißt das, dass bei der Auswahl derjenigen Individuen, bei denen frühzeitig die Weichenstellung in Richtung Geschlechtsangleichung erfolgt, eine klare Akzentuierung zugunsten der *Spezifität* erforderlich ist – gegebenenfalls auch um den Preis einer geringeren *Sensitivität*. In Hinblick auf die vorrangig auszuschließende Irrtumswahrscheinlichkeit bedeutet dies, dass die Anzahl der „*falsch positiven*“, d.h. ungerechtfertigt zu frühzeitig erfolgter Festlegungen, so gering wie möglich zu halten ist, da es unnötige Transformationsbehandlungen und eine irreversible Beeinträchtigung des Entwicklungsverlaufs des Kindes unbedingt zu vermeiden gilt.

Wenngleich das Dilemma falsch getroffener Entscheidungen in *beide* Richtungen, also auch bei „*falsch negativen*“ Fällen besteht – im Falle einer tatsächlichen transsexuellen Entwicklung bringt das Vorenthalten einer hormonellen Behandlung im Jugendalter eindeutige Nachteile mit sich – ist aus medizinethischen Überlegungen dem ärztlichen Grundsatz *primum non nocere* (in seiner ursprünglichen Bedeutung für die Risikoabwägung von Interventionen)

zu folgen. Denn die Pubertätssuppression mittels GnRH-Analoga stellt den ersten Schritt einer somato-medizinischen „Umwandlungsbehandlung“ dar, die bei anschließendem Einsatz konträrgeschlechtlicher Hormone mit einer dauerhaften Infertilität infolge ausbleibender Reifung der Gonaden und des Reproduktionstrakts verbunden ist. Abgesehen davon, dass ein Kind bzw. Jugendlicher selbst in der Regel nicht die nötige emotionale und kognitive Reife besitzt, um in eine mit lebenslangen Konsequenzen verbundene Behandlung einzuwilligen, ist auch kritisch zu hinterfragen, ob der Entschluss zur Durchführung solcher Interventionen durch die Eltern des Kindes getroffen werden kann bzw. sollte. Es gibt durchaus Eltern, die sich dessen bewusst sind und deshalb davor zurückschrecken. Entscheidungen von derartiger Tragweite würden bei anderen Patientengruppen ausführliche Diskussionen einer eigens dazu einberufenen Ethikkommission voraussetzen [SADJADI 2013].

Literatur

- American Psychiatric Association (APA, 2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edn, DSM-V. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Bailey, J.M., Zucker K.J. (1995): Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review. *Developmental Psychology*, 31, 43-55.
- Becker, S., Bosinski, H.A.G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T.M., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, W.F., Schmidt, G., Springer, A., Wille, R. (1997): Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *Z Sexualforsch*, 10, 147-156.
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K. (2005): *Sexualmedizin*. 2. Aufl., München, Jena: Elsevier, S. 409-412.
- Bosinski, H.A.G. (2013): Geschlechtsidentitätsstörung / Geschlechtsdysphorie im Kindesalter. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 2, 3-25.
- Bosinski, H.A.G. (2008): Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter. In: Lauth, G.W., Linderkamp, F., Schneider, S., Brack, U. (Hrsg.): *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz-PVU, 2. Aufl., 432-443.
- Bosinski, H.A.G., Arndt R., Sippell W.G., Wille R. (1996): Geschlechtsidentitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Nosologie und Epidemiologie. *Monatsschr Kinderheilkd*, 144, 1235-1241.
- Bradley, S.J., Zucker K.J. (1997): Gender identity disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(7), 872-80.
- Byne, W., Bradley, S.J., Coleman, E., Eyler, A.E., Green, R., Menvielle, E.J., Meyer-Bahburg, H.F., Pleak, R.R., Tompkins, D.A. (2012): Report of the American task force on treatment of Gender Identity Disorder. *Arch Sex Behav* 41(4), 759-796
- Cohen-Kettenis, P.T., Delmarre-van de Waal, H.A., Gooren, L.J. (2008): The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *J Sex Med*, 5, 1892-1897.
- Cohen-Kettenis, P.T., Pfäfflin F. (2003): *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence*. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry. London: Sage.
- Cohen-Kettenis, P.T., van Goozen, S.H. (1998): Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 7(4), 246-8.
- Cohen-Kettenis, P.T., van Goozen S.H. (1997): Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(2), 263-71.
- Davenport, C.W. (1986): A follow-up study of 10 feminine boys: *Ach Sex Behav* 1986, 15(6), 511-517.
- Deogracias, J.J., Johnsons, 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. *J Sex Res*, 44, 370-379.
- De Vries, A.L.C., Doreleijers, T.A.H., Steensma, T.D., Cohen-Kettenis P.T. (2011a): Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol. Psychiat.* 52, 1195-1202.
- De Vries, A.L.C., Steensma, T.D., Doreleijers, T.A.H., Cohen-Kettenis, P.T. (2011b): Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *J. Sex. Med.* 8, 2276-2283.
- 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.
- Giedd, J.N., Raznahan, A., Mills, K.L., Lenroot, R.K. (2012): Review: magnetic resonance imaging of male/female differences in human adolescent brain anatomy. *Biology of Sex Differences*, 3 (19), 1-9 .
- Green, R., Roberts, C.W., Williams, K., Goodman, M., Mixon, A. (1987): Specific cross-gender behaviour in boyhood and later homosexual orientation. *Br J Psychiatry*, 151, 84-88.
- Hembree, W.C. (2011): Guidelines for pubertal suspension and gender reassignment for transgender adolescents. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N Am.*, 20, 725-732.
- Johnson, L. L., Bradley, S. J., Birkenfeld-Adams, A. S., Kuksis, M. A., Maing, D. M., Mitchell, J. N., Zucker, K. J. (2004): A parent-report gender identity questionnaire for children. *Arch Sex Behav* 33 (2), 105-116.
- Korte A., Beier, K.M., Vukorepa, J., Mersmann, M., Albiez, V. (2014): Heterogenität von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Jugendlichen: Zur differenziellen Bedeutung der psychiatrischen Komorbidität und individuellen Psychodynamik [About the heterogeneity in adolescents with gender identity disorder: Differential importance of psychiatric comorbidity and considerations of individual psychodynamics] *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* (im Druck, 6/2014)
- Korte, A., Goecker, D., Krude, H., Lehmkuhl, U., Grüters-Kieslich, A., Beier, K.M. (2008): Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Zur aktuellen Kontroverse um unterschiedliche Konzepte und Behandlungsstrategien. *Dtsch. Ärztebl.* 105, 834-839.
- Kreukels, B.P.C., Cohen-Kettenis, P.T. (2011): Puberty suppression in gender identity disorder: The Amsterdam experience. *Nat. Rev. Endocrinol.* 7, 466-472.

- Meyenburg, B. (2013): Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen bei Kindern und bei Jugendlichen. In: Briken, P., W. Berner (Hrg.): Praxisbuch sexuelle Störungen. Stuttgart: Thieme.
- Meyenburg, B., Romer, G., Möller, B., Korte, A. (2013): AWMF-Leitlinien Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter (F64) – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-014L_S1_Störungen_Geschlechtsidentität_2013-08.pdf
- Meyer-Bahlburg, H.F. (2013): Sex Steroids and Variants of Gender Identity. *Endocrinol Metab Clin N Am*, 42, 435-452.
- Möller, B., Schreier, H., Li, A., Romer, G. (2009): Gender identity disorder in children and adolescents. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care* 39, 117-143.
- Sadjadi, S. (2013): The Endocrinologist's Office-Puberty Suppression: Saving Children from a Natural Disaster? *J Med Humanit*, 34(2), 255-260.
- Singh, D. (2012): A follow-up study of boys with Gender Identity Disorder. Doctoral Thesis. Department of Human Development and Applied Psychology; Ontario Institute for Studies in Education.
- Steensma, T.D., McGuire, J.K., Kreukels, B.P.C., Beekman, A.J., Cohen-Kettenis, P.T. (2013): Factors Associated With Desistence and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52(6), 582-590.
- Steensma, T.D., Cohen-Kettenis, P.T. (2012): Dutch Approach to Gender Dysphoria in Children and Adolescents. *Journal of Homosexuality*, 59, 301-320.
- Steensma, T.D., Biemond, R., de Boer, F., Cohen-Kettenis, P.T. (2011a): Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 16 (4), 499-516.
- Steensma, T.D., Cohen-Kettenis, P.T. (2011b): Gender Transitioning before Puberty? *Arch Sex Behav*, 40, 649-650.
- Steensma, T.D., van der Ende, J., Verhulst, F.C., Cohen-Kettenis, P.T. (2012): Gender Variance in Childhood and Sexual Orientation in Adulthood: A Prospective Study. *J. Sex Med* (epub ahead of print)
- Wallien, M.S., Cohen-Kettenis, P.T. (2008): Psychosexuell outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(12), 1413-1423.
- Wallien, M.S., Quilty, L.C., Steensma, T.D., Singh, D., Lambert, S.L., Leroux, A., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S.J., Bradley, S.J., Cohen-Kettenis P.T., Zucker, K.J. (2009): Cross-national replication of the gender identity interview for children. *J Pers Assess* 91 (6), 545-552.
- Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen (2000): ICD-10, Kapitel V (F). In: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Hrsg): Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Wood H, Sasaki S, Bradley SJ et al. Patterns of Referral to a Gender Identity Service for Children and Adolescents (1976 - 2011): Age, Sex Ratio, and Sexual Orientation. *J Sex Marital Therapy* 2013; 39 (1): 1-6
- WPATH - The World Professional Association for Transgender Health (2011): Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th version. www.wpath.org
- Zucker, K.J. (2008a): Children with gender identity disorder: Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56, 358-364.
- Zucker, K.J. (2008b): On the „Natural History“ of Gender Identity Disorder in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47, 1361-1363.
- Zucker, K.J. (2005): Gender identity disorders in children and adolescents. *Annu Rev Clin Psychol*, 1, 467-92.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Ben-Dat, D. N., Ho, C., Johnson, L., Owen, A. (2003): Psychopathology in the parents of boys with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42 (1): 2-4
- Zucker, K.J., Bradley, S.J., Sanikhani, M. (1997): Sex differences in referral rates of children with gender identity disorder: some hypotheses. *J Abnorm Child Psychol*, 25(3), 217-27.
- Zucker, K.J., Bradley, S.J. (1995): Gender identity disorders and psychosexual problems in children and adolescents. New York, London: Guilford Press.

Kasten 1: DSM-V 302.6: Geschlechtsdysphorie bei Kindern

- A. Ausgeprägte Inkongruenz zwischen dem erlebten/ausgedrückten und dem zugewiesenen Geschlecht („gender“), die mindestens 6 Monate andauert und sich durch mindestens 6 der folgenden Kriterien manifestiert (eines davon muss Kriterium A1 sein):
- (1.) Starker Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören oder ein Bestehen darauf, dass er oder sie dem anderen Geschlecht (oder einem alternativen Geschlecht, das von dem zugewiesenen abweicht) angehört.
 - (2.) Bei als *Jungen* erzogenen Kindern eine ausgeprägte Bevorzugung für das Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung oder die Nachahmung weiblicher Aufmachung; bei als *Mädchen* erzogenen Kindern ausgeprägte Bevorzugung des Tragens ausschließlich jungentypischer Bekleidung und ein starker Widerstand gegen das Tragen typischer Mädchenbekleidung;
 - (3.) Ausgeprägte Bevorzugung gegengeschlechtlicher Charaktere in Rollen- oder Fantasiespielen.
 - (4.) Ausgeprägte Bevorzugung von Spielzeug, Spielen oder Aktivitäten, die für das andere Geschlecht typisch sind.
 - (5.) Ausgeprägte Bevorzugung von Spielgefährten des anderen Geschlechts.
 - (6.) Bei als *Jungen* erzogenen Kindern ausgeprägte Ablehnung von Spielzeug, Spielen oder Aktivitäten, die für Jungen typisch sind und eine ausgeprägte Vermeidung von Rauf- und Tobespielen; bei als *Mädchen* erzogenen Kindern starke Ablehnung von Spielzeug, Spielen oder Aktivitäten, die für Mädchen typisch sind.
 - (7.) Starke Abneigung gegen die eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmale.
 - (8.) Starker Wunsch, diejenigen primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale zu haben, die dem gefühlten Geschlecht („one’s experienced gender“) entsprechen.
- B. Der Zustand geht einher mit klinisch bedeutsamem Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Spezifiziere, ob:

Mit Störung der sexuellen Entwicklung (DSD): z.B. angeborene adrenogenitale Störung wie 255.2 [E25.0] – Adrenogenitales Syndrom oder 259.50 [E34.50] – Androgen-Insensitivitäts-Syndrom.

Kodierungshinweis: Kodiere sowohl die Störung der sexuellen Entwicklung (DSD) als auch die Geschlechtsdysphorie.

Kasten 2: DSM-V 302.85: Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen

- A. Ausgeprägte Inkongruenz zwischen der erfahrenen/erlebten Geschlechtszugehörigkeit („gender“) und der zugewiesenen Geschlechtszugehörigkeit, die mindestens 6 Monate andauert und sich durch zwei oder mehr der folgenden Kriterien manifestiert (eines davon muss Kriterium A1 sein):
- (1.) Eine ausgeprägte Inkongruenz zwischen der erfahrenen/erlebten Geschlechtszugehörigkeit („gender“) und den primären und / oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder, bei jungen Adoleszenten, den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen).
 - (2.) Ein starker Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen loszuwerden (oder, bei jungen Adoleszenten, die Entwicklung der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen zu verhindern).
 - (3.) Ein starkes Verlangen, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts zu haben.
 - (4.) Der starke Wunsch, dem anderen Geschlecht (oder einem alternativen Geschlechts, welches vom zugewiesenen abweicht) anzugehören.
 - (5.) Der starke Wunsch, wie ein Angehöriger des anderen Geschlecht (oder eines alternativen Geschlechts, welches vom zugewiesenen abweicht) behandelt zu werden.
 - (6.) Die starke (feste) Überzeugung, dass man die typischen Gefühle und Reaktionen des anderen Geschlechts (oder eines alternativen Geschlechts, welches vom zugewiesenen abweicht) habe.
- B. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Spezifiziere, ob:

Mit Störung der sexuellen Entwicklung (DSD): z.B. angeborene adrenogenitale Störung wie 255.2 [E25.0] – Adrenogenitales Syndrom oder 259.50 [E34.50] – Androgen-Insensitivitäts-Syndrom.

Kodierungshinweis: Kodiere sowohl die Störung der sexuellen Entwicklung (DSD) als auch die Geschlechtsdysphorie.