Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter – Ausgangsoffene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie?

Alexander Korte, Klaus M. Beier, Hartmut A.G. Bosinski

The Treatment of Gender Identity (Gender Dysphoria) Disorders in Childhood and Adolescence – Open-Outcome Psychotherapeutic Support or Early Setting of Therapy Course with the Introduction of Hormonal Therapy?

Abstract

Child and adolescent psychiatrists experience more and more patients who are uncertain or dissatisfied in regard to their birth sex; some wish to join the opposite sex. Within the framework of the recently revised DSM, DSM-5 (2013), this article discusses the diagnostic classification Gender Dysphoria (GD), in particular the question of the persistence of GD and the therapeutic implications. It reviews at length the different approaches for treatment, especially the pros and cons of early hormonal therapy. The study is based on a selective Medline literature search, national and international guidelines, and the results of a debate among experts in multiple relevant disciplines.

Strong evidence indicates that only a minority of children with GD manifest an irreversible transsexualism in adulthood. This indicates the use of age-differentiated therapy with an open outcome, a treatment approach which in the case of younger children primarily aims at strengthening the sense of concordance with their birth sex and which in principle uses developmental tasks beyond the gender identity issue for all age groups, and takes possible comorbid psychiatric disorders into account. For adolescents with transsexualism in statu nascendi a real-life test under psychotherapeutical supervision is indicated. The treatment with developmental- and body-altering hormones should be initiated only after the juvenile's somato- and psychosexual development has been completed. The article also debates the medical ethics involved here.

Keywords: Gender identity disorder, Gender dysphoria, Transsexuality, Hormone treatment, Puberty suppression, GnRH-Analoga

Zusammenfassung

Immer häufiger werden bei Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten Patienten vorgestellt, die bezüglich ihres biologischen Geschlechts große Unsicherheit bzw. Unzufriedenheit empfinden und den Wunsch äußern, im anderen Geschlecht leben zu wollen. Vor dem Hintergrund der aktuellen DSM-Neuauflage (DSM-5) wird zunächst die diagnostische Einordnung Geschlechtsdysphorie (GD) erläutert, was die Frage nach der Persistenz der Geschlechtsstörung aufwirft und wiederum große Bedeutung für das therapeutische Vorgehen hat. Ausführlich wird auf die Kontroverse um unterschiedliche Behandlungsstrategien, insbesondere auf die Vor- und Nachteile frühzeitiger Hormontherapien eingegangen. Die Arbeit basiert auf einer selektiven Medline-Literaturrecherche, Analyse der existierenden (inter-) nationalen Leitlinien und Bezugnahme auf die Ergebnisse einer interdisziplinär geführten Expertendiskussion.

Es gilt als gesichert, dass nur eine Minderheit von Kindern mit Geschlechtsdysphorie im Erwachsenenalter das Vollbild einer (dann transsexuellen) Geschlechtsidentitätsstörung entwickelt. Dies legt einen altersdifferenzierten, ausgangsoffenen Behandlungsansatz nahe, der bei jüngeren Kindern vorrangig auf die Stärkung des Zugehörigkeitsfgefühls im Geburtsgeschlecht abzielt und der in allen Altersstufen grundsätzlich auch andere Entwicklungsaufgaben jenseits der Geschlechtsidentitätsproblematik in den Blick nimmt und mögliche komorbide psychiatrische Störungen berücksichtigt. Bei Adoleszenten mit Transsexualität in *statu nascendi* ist eine psychotherapeutisch begleitete Alltagserprobung indiziert. Die Einleitung von entwicklungs- oder körperverändernden Hormontherapien sollte indes nicht vor Abschluss der somato- und psychosexuellen Entwicklung erfolgen. Wesentliche medizinethische Überlegungen dazu werden vorgestellt.

Schlüsselwörter: Geschlechtsidentitätsstörung, Geschlechtsdysphorie, Transsexualität, Hormonbehandlung, Pubertätsblockade, GnRH-Analoga

Sexuologie 23 (3–4) 2016 117–132 / DGSMTW
http://www.sexuologie-info.de

Einleitung – Zur Intention dieses Beitrags

Erwachsene Patienten, die an einer anhaltenden und profunden Geschlechtsdysphorie (GD) 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, retrospektiv die Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung (GIS) im Kindesalter (ICD-10: F64.2) zu stellen. Dies bedeutet, dass sie bereits in jungen Jahren ihr Geburtsgeschlecht ablehnten und sich dem anderen Geschlecht angehörig fühlten. Unterschiedlich ist das Ausmaß, in dem die Betroffenen unter dieser Inkongruenz zwischen biologischem Geschlecht und Identifikationsgeschlecht (der angestrebten sozialen Geschlechtsrolle) litten. Oft lassen sich die von den Patienten gemachten Angaben durch fremdanamnestische Auskünfte, etwa durch Berichte der Eltern bestätigen und anhand von mitgebrachten Photographien validieren, die den Entwicklungsverlauf der Betroffenen entlang der einzelnen Phasen der körperlichen und psychosozialen respektive psychosexuellen Reifung wiedergeben.

Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten ebenso wie Kinderärzte und Sexualmediziner wissen indes sehr wohl, dass keineswegs alle Kinder und (Früh-)Adoleszente mit Geschlechtsdysphorie und Rollen-non-konformem Verhalten zwangsläufig transsexuell werden. Selbst für diejenigen Kinder, die bei einer strengen Auslegung der diagnostischen Kriterien definitiv als „geschlechtsidentitätsgestört" im Sinne der ICD-10-Kategorie (F64.2) eingeordnet werden können, trifft dies nicht zu. Wenn aber nicht von einer Persistenz der Symptomatik ausgegangen werden kann und diese, wie wir zeigen werden, nur bei einer kleinen Minderheit zu beobachten ist, so ist die GIS/ GD bei Kindern von jener im Jugendalter und von der GIS/GD bzw. Transsexualität erwachsener Patienten gedanklich getrennt zu halten und als eigenständige Entität zu betrachten.

Transsexualität ist in der Regel zunächst eine selbst gestellte Diagnose. Es gibt kein objektives Kriterium zum Nachweis einer Geschlechtsidentitätstransposition im Sinne eines überdauernden „Transsexualismus". Eine wichtige Aufgabe 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 Nachweis der Irreversibilität der Geschlechtsidentitätstransposition kommt deshalb eine überragende Bedeutung zu, weil dies die Voraussetzung für die Einleitung der somato-medizinischen, d.h. hormonellen Behandlung, und der juristischen Maßnahmen zur Vornamen- und Personenstandsänderung darstellt.

Ziel dieses Beitrags ist es, die besonderen Schwierigkeiten aufzuzeigen, mit denen sich Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten konfrontiert sehen, die Kinder und Jugendliche mit GIS/GD behandeln. Der Fokus liegt dabei auf der kritischen Reflexion der Frage, zu welchem Zeitpunkt bei Adoleszenten mit GIS/GD bzw. Verdacht auf transsexuelle Entwicklung eine diagnostische Festlegung und die damit in der Regel verbundene Weichenstellung erfolgen sollten. Nach einführender Erläuterung des aktuellen Forschungsstands inklusive eines Überblicks über die – zur Beantwortung dieser Frage hoch relevanten – bisherigen Katamnese-Studien und Darstellung der unterschiedlichen Verläufe und 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.

GIS/GD im Kindes- und Jugendalter – Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie

GIS und GD können sich mit unterschiedlicher Ausprägung bereits ab dem frühen Kleinkindalter manifestieren (Bradley & Zucker, 1995, 1997). Aus inhaltlichen Gründen ist es erforderlich, die GIS/GD des *Kindesalters* von der des *Jugendalters* zu trennen und von der GIS/GD des *Erwachsenenalters* abzugrenzen. Nachfolgend sollen die Leitsymptome anhand der definierten Diagnosekriterien dargestellt und zugleich auf die Unterschiede zwischen den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM, insbesondere auf die zuletzt vorgenommenen Änderungen im DSM-5, eingegangen werden.

Leitsymptomatik und Klassifikation – GIS/GD in der ICD-10 und im DSM-5

Im Klassifikationssystem der WHO, ICD-10 (WHO, 2010), werden die Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter (F64.2) gesondert neben Transsexualismus (F64.0) und Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen (F64.1) im Kapitel Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgeführt. Kasten 1 gibt einen Überblick über die für Deutschland gültigen ICD-10-Kriterien der GIS im Kindesalter, in Kasten 2 finden sich diese für die anderen Spektrumsdiagnosen. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass ein bloßes

Kasten 1: ICD-10 F64.2: Störung der Geschlechtsidentität im Kindesalter

Bei Mädchen:

A. Andauerndes intensives Leiden daran, ein Mädchen zu sein und erklärter Wunsch, ein Junge zu sein (nicht begründet mit kulturellen Vorteilen für Jungen). Oder das Mädchen besteht darauf, bereits ein Junge zu sein.

B. Entweder 1. oder 2.

1. Anhaltende deutliche Aversion gegen üblicherweise weibliche Kleidung und Bestehen auf typisch männlicher Kleidung, z.B. männlicher Unterwäsche und anderer Accessoires;

2. Anhaltende Ablehnung weiblicher anatomischer Gegebenheiten, die sich in mindestens einem der folgenden Merkmale äußert:

a) Behauptung, einen Penis zu besitzen, oder dass ein Penis wachsen wird;

b) Ablehnung, im Sitzen zu urinieren;

c) Versicherung, keine Brüste zu bekommen oder nicht menstruieren zu wollen.

C. Das Mädchen hat bis jetzt nicht die Pubertät erreicht.

D. Die Störung muss mindestens sechs Monate vorliegen.

Bei Jungen:

A. Andauerndes intensives Leiden daran, ein Junge zu sein sowie intensiver Wunsch oder seltener, Behauptung, bereits ein Mädchen zu sein.

B. Entweder 1. oder 2.:

1. Beschäftigung mit typisch weiblichen Aktivitäten, z. B. Tragen weiblicher Kleidungsstücke oder Nachahmung der weiblichen Erscheinung, intensiver Wunsch, an Spielen und Zeitvertreib von Mädchen teilzunehmen und Ablehnung von typisch männlichem Spielzeug, Spielen und Aktivitäten;

2. Anhaltende Ablehnung männlicher anatomischer Gegebenheiten, die sich durch mindestens eine der folgenden wiederholten Behauptungen äußert:

a) dass er zu einer Frau heranwachsen wird (nicht nur in eine weibliche Rolle);

b) dass sein Penis und seine Hoden ekelhaft sind oder verschwinden werden;

c) dass es besser wäre, keinen Penis oder Hoden zu haben.

C. Der Junge hat bis jetzt nicht die Pubertät erreicht.

D. Die Störung muss mindestens sechs Monate vorliegen.

Abweichen von den kulturellen Geschlechterstereotypen (also Rollen-non-konformes, burschikoses Verhalten bei Mädchen oder mädchenhaftes Verhalten bei Jungen) für die Diagnose GIS im Kindesalter nicht ausreicht. Ferner wird ein Beginn der Symptomatik deutlich vor der Pubertät gefordert, und die Diagnose kann nur bis zum Einsetzen der Pubertät vergeben werden.

Kasten 2: ICD-10 F64: Störungen der Geschlechtsidentität

F64.0 Transsexualismus

A. Die Betroffenen haben den Wunsch, als Angehörige des anderen Geschlechts zu leben und als solche akzeptiert zu werden, in der Regel verbunden mit dem Wunsch, den eigen Körper durch chirurgische und hormonelle Behandlungen dem bevorzugten Geschlecht anzugleichen.

B. Die transsexuelle Identität besteht andauernd seit mindestens zwei Jahren.

C. Der Transsexualismus ist nicht Symptom einer anderen Erkrankung, wie z. B. einer Schizophrenie und geht nicht mit einer Chromosomenaberration einher.

F64.1 Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen

A. Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts (cross-dressing), um sich vorübergehend dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen.

B. Fehlen jeder sexuellen Motivation für das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts.

C. *Kein* Wunsch nach endgültiger Geschlechtsumwandlung.

[F64.2 Störung der Geschlechtsidentität im Kindesalter
⇨ siehe Kasten 1]

F64.8 Sonstige und F64.9 nicht näher bezeichnete Störung der Geschlechtsidentität

Für diese Diagnosen ist kein spezielles Kriterium definiert.

GD/GIS bei Personen, welche die Pubertät erreicht haben oder gerade erreichen, sind nicht hier, sondern unter Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66.x) zu klassifizieren. Nach Abschluss der Pubertät ist die 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 (siehe Kasten 1 und 2).

Die vierte Fassung des DSM, DSM-IV (APA, 1994), lieferte im Vergleich zur ICD-10 präzisere – differenziert prüfbare – Kriterien für die Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung. Der Begriff „Transsexualität“ wurde aufgegeben, da er zu sehr auf das Vorhandensein nach operativer Geschlechtsumwandlung fixiert war. Allerdings wurden

Kasten 3: DSM-5 302.6: 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 Differenzierung (DSD): z.B. angeborene adrenogenitale Störung wie 255.2 [E25.0] – Adrenogenitales Syndrom oder 259.50 [E34.50] – Androgen-Insensivitäts-Syndrom.
Kodierungshinweis: Kodiere sowohl die Störung der sexuellen Entwicklung (DSD) als auch die Geschlechtsdysphorie.

Kasten 4: DSM-5 302.85: 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 Differenzierung (DSD): z.B. angeborene adrenogenitale Störung wie 255.2 [E25.0] – Adrenogenitales Syndrom oder 259.50 [E34.50] – Androgen-Insensivitäts-Syndrom.
Kodierungshinweis: Kodiere sowohl die Störung der sexuellen Entwicklung (DSD) als auch die Geschlechtsdysphorie.

die Diagnose-Kriterien für Geschlechtsidentitätsstörung bei Kindern (DSM-IV-TR[1], 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-5 (APA, 2013) weist einige bedeutsame Änderungen zur Vorgänger-Version auf (siehe Kasten 3 und Kasten 4):

- In Erwägung, dass die Geschlechtsidentität der betreffenden Personen per se nicht gestört sei, nur eben nicht zu ihrem körperlichen und Zuweisungsge-

1 TR: Text Revision

schlecht passe, wird nun der Begriff „Geschlechtsdysphorie“ *(gender dysphoria)* verwendet. Es wird somit auch hinterfragt, ob eine psychiatrische Störung im engeren Sinn vorliegt.

- Die Diagnose für das Kindesalter (DSM-5: 302.6) ist entkoppelt von jener des Jugend- und Erwachsenenalters (DSM-5: 302.85). Beide werden in einem eigenen Kapitel und nicht mehr gemeinsam mit sexuellen Funktionsstörungen und Paraphilien abgehandelt.
- 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.
- Außerdem ist Intersexualität („Störungen der somatosexuellen Differenzierung“) kein Ausschlusskriterium mehr für die Diagnose GD.

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 deutlich von jenen für Jugendliche unterscheiden. Ferner betonen sowohl die ICD-10 als auch das DSM-5 den Unterschied zwischen einerseits (lediglich) geschlechtsatypischem bzw. Rollennonkonformem Verhalten, das für sich genommen keinen Störungswert hat, und andererseits der mit Leidensdruck einhergehenden Ablehnung der zugewiesenen Geschlechtszugehörigkeit bzw. dem Wunsch nach Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht. Weil der in der ICD-10 (im Gegensatz zum DSM-5) noch verwendete Terminus „Transsexualität“ für erwachsene Patienten reserviert ist, wird empfohlen, bei Adoleszenten die Umschreibung „wahrscheinliche transsexuelle Entwicklung“ oder „Transsexualität in statu nascendi“ zu verwenden. 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.

Diagnostisches Vorgehen – Störungsspezifische Symptomatik und Komorbidität

Die Diagnosesicherung sollte durch einen in der Arbeit mit Kindern und Adoleszenten mit GIS/GD erfahrenen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen, optimalerweise im Rahmen einer interdisziplinären Spezialsprechstunde, unter Einbeziehung der erforderlichen sexualmedizinischen Expertise. Des Weiteren sollte im Verlauf eine gründliche körperliche Untersuchung durch einen pädiatrischen Endokrinologen erfolgen; dieser kann dann auch über die Notwendigkeit weiterer diagnostischer Maßnahmen zum Ausschluss intersexueller Störungen (Störungen der somatosexuellen Differenzierung, DSD) entscheiden. Das diagnostische Vorgehen orientiert sich an den deutschen AWMF-Leitlinien (Meyenburg et al., 2013) sowie den internationalen Leitlinien *Standards of Care* (WPATH, 2011) der World Professional Association for Transgender Health. Zur Diagnosestellung sollten die diagnostischen Kriterien des DSM-5 für Geschlechtsdysphorie bei Kindern (302.6) und für Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen (302.85) herangezogen werden (siehe Kasten 3 und 4).

Empfohlen wird die Verwendung spezifischer GIS/GD-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* (vgl. Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997); *Gender Identity Interview for Children, GIIC* (vgl. 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 häufig der sog. Mensch-Zeichen-Test (ohne Vorgabe des Geschlechts) zur Anwendung; die Mehrheit der Kinder mit GIS/GD zeichnet eine Person, deren Geschlecht kongruent zur eigenen Geschlechtsidentität ist.

Bei Kindern ebenso wie bei Jugendlichen sind die bisherige psychosexuelle Entwicklung 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 GIS/GD des Kindes möglicherweise im Familiensystem zukommen (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 Interesse sind mögliche unbewusste (oder bewusste) intrapsychische und interpersonelle Konflikte ebenso wie 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, 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 (Masturbations-)Phantasien (vgl. Beier et al., 2005).

Wichtig für die Behandlungsplanung ist in sämtlichen Altersstufen die Berücksichtigung möglicher komorbider Störungen, in Abhängigkeit vom Alter vorrangig depressive Syndrome und/oder (Trennungs-)Angststörungen sowie selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität (Aitken et al., 2016; Arcelus et al., 2016); insbesondere bei biologisch weiblichen Jugendlichen mit GIS/GD finden sich des Öfteren Störungen des Sozialverhaltens (Clark et al., 2014; Holt et al., 2014; Reisner et al., 2014).

Häufigkeit von GIS – Prävalenzanstieg oder angebotsinduzierte Nachfragesteigerung?

Fürs Kindesalter wird eine Prävalenz von unter 1% angegeben (Cohen-Kettenis et al., 2003; Zucker, 2005). Repräsentative Daten zur Häufigkeit von GIS im Kindes- und Jugendalter im deutschsprachigen Raum lieferten Bosinski et al. (1996), die eine vergleichbare Prävalenzrate fanden; allerdings sind diese Daten bereits 20 Jahre alt; neuere, systematische Erhebungen wurden in Deutschland nicht durchgeführt. Unter nationalen und internationalen Experten besteht Konsens, dass es in den letzten zwei Jahrzenten zu einer signifikanten Zunahme der Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsangeboten gekommen ist. Aus Toronto/Canada wurden dazu 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 deutschen Behandlungszentren mit GIS-Spezialsprechstunden, die 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 GIS/GD, im Speziellen zu GIS im Kindes- und Jugendalter, einschließlich der besorgniserregenden Vermarktung von und der reißerischen Berichterstattung über immer jüngere Patienten, die wenig seriösen TV-Sendungen *(„Transgender – mein Weg in den richtigen Körper“)* oder Internet-Foren, in denen junge Leute 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 ist.

Bezüglich der Geschlechterverteilung ist anzumerken, dass im Kindesalter Jungen als häufiger von einer klinisch relevanten GIS betroffen gelten, wobei die Ursache dafür im Wesentlichen in der größeren Akzeptanz des sozialen Umfelds gegenüber geschlechtsrollenatypischem Verhalten bei Mädchen (sog. „Tomboy“-Verhalten) liegen dürfte (Bosinski et al., 1996). Interessanterweise sind die Vorstellungsraten von Mädchen im Kindesalter deutlich geringer und machen nur ca. 20% aus, obwohl in den CBCL-Screening-Fragebögen (*Child Behavior Checklist*) geschlechtsatypisches Verhalten bei Mädchen insgesamt häufiger berichtet wurde als bei den altersgleichen Jungen – was für die vorgeschlagene Erklärung spricht. Bei jugendlichen GIS/GD-Patienten ist seit einigen Jahren eine Verschiebung der Sex-Ratio mit einer signifikanten Zunahme des Anteils biologischer Mädchen zu beobachten, deren Ursachen ungeklärt sind (Aitken et al., 2015; Kaltiala-Heino et al., 2015).

Über „Desisters“ und „Persisters“ – Was wird aus den Kindern mit GIS/GD?

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

Katamnese-Studien zu GIS/GD 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), nur in max. 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, i.e.S.) ist dies bei betroffenen biologischen Jungen nur bei einer Minderheit von maximal 20% Erstmanifestation einer irreversiblen transsexuellen Entwicklung (Zucker, 2005).

Der Follow-up-Zeitraum betrug bei den meisten dieser Katamnesen ein bis zu drei Jahrzehnten, 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 GIS/GD im Kindesalter, die nach durchschnittlich 10 Jahren weiterhin die Kriterien einer (dann adoleszenten oder adulten) GIS/GD 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).

Die Arbeitsgruppe um Steensma und Cohen-Kettenis (2008; 2012; 2013) untersuchte insgesamt 246 Kindern mit GIS/GD 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%) als „Desisters“. Nach Auswertung der Ergebnisse gelangten auch sie zu der Schlussfolgerung, dass *keine* eindeutige Assoziation zwischen GIS/GD im Kindesalter und GIS/GD 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:

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

Ferner zeigte sich ein Unterschied hinsichtlich eines höheren Anteils von Kindern aus bildungsfernen sozialen Schichten in der Gruppe der „Persisters“. Letzteres 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.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der prozentuale Anteil der „Persisters“, bei denen die GIS/GD fortbesteht, gegenüber dem Anteil der „Desisters“, bei denen im Verlauf eine Identifizierung mit dem Geburtsgeschlecht gelingt und meist ein homosexuelles Coming-out (bei Jungen in 80–85% der Fälle) erfolgt, deutlich zurückbleibt. Das Vorliegen einer GIS/GD im Kindesalter ist 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 Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu geben: Bei biologischen Jungen beträgt der Anteil der „Persisters“ in der Zusammenschau der vorliegenden Katamnesen maximal 20%, bei biologischen Mädchen hingegen bis zu 50% (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Steensma et al., 2013). Nach dem bisherigen Kenntnisstand lässt sich die Frage, welche Faktoren mit einem Überdauern der GIS/GD bis ins Jugend- und Erwachsenenalter assoziiert sind, für beide Geschlechter nicht mit der notwendigen Sicherheit beantworten. Prognosen über das Fortbestehen oder die Auflösung der GIS/GD-Symptomatik im Entwicklungsverlauf bleiben somit statistische Wahrscheinlichkeitsaussagen.

Möglicher Verlauf kindlicher GIS/GD und Differenzialdiagnosen in der Adoleszenz

Als die entscheidende Entwicklungsphase, in welcher (unter nativen Bedingungen) die Entscheidung bezüglich des Fortbestehens oder Überwindens der GIS/GD 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

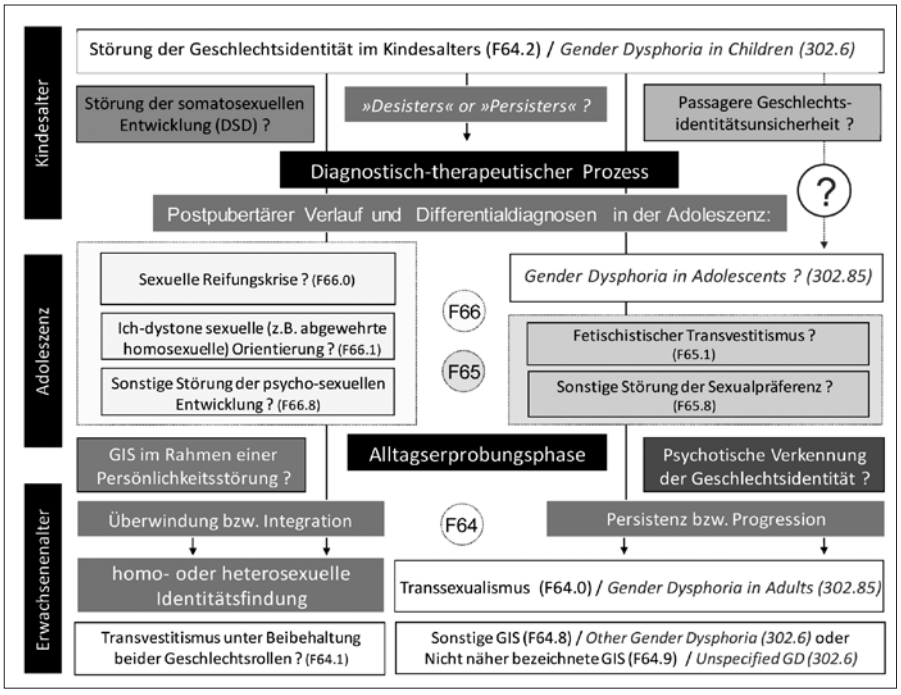

Abb. 1: Möglicher Verlauf von GIS/GD im Kindesalter und Differenzialdiagnosen in der Adoleszenz. Viele Differenzialdiagnosen lassen sich erst im Laufe eines längeren diagnostisch-therapeutischen Prozesses, nach Aufschlüsselung der sexuellen Präferenzstruktur ausschließen oder bestätigen. Grundsätzlich 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.

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, neuartigen Erfahrungen; letztere beziehen sich auf die Wahrnehmung der körperlichen Veränderungen ebenso wie das (in dieser Qualität) erstmalige Erleben sexueller Attraktion, Verliebtheit und sexueller Erregung. Im Zuge dessen erfolgt die endgültige Konsolidierung der geschlechtlichen Identität und zugleich die der sexuellen Präferenzstruktur.

Abbildung 1 zeigt die möglichen Verläufe, die eine GIS/GD im Zuge der weiteren sozioemotionalen, somato- und psychosexuellen Reifeentwicklung des Kindes nehmen kann; zugleich gibt sie einen Überblick über die wichtigsten Differenzialdiagnosen von GIS/GD während der Adoleszenz. Neben den DSM-5-Diagnosen sind hier auch die entsprechenden ICD-10-Diagnosen/-Bezeichnungen aufgeführt:

- *Störungen der somatosexuellen Differenzierung* („Intersexuelle Störungen“) können mittels körperlicher Untersuchung, ggf. durch eine zusätzliche endokrinologische und genetische Diagnostik frühzeitig festgestellt werden. Das Vorliegen einer somatosexuellen Entwicklungsstörung schließt nicht grundsätzlich aus, dass eine hormonelle und/oder chirurgische Anpassung an das psychische Geschlecht indiziert ist, falls hier belastende Diskrepanzen zum äußeren Erscheinungsbild bestehen.
- *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 Fehldiagnose einer GIS.
- *Sexuelle Reifungskrise* (F66.0): Störungen der Geschlechtsidentität bei Individuen kurz vor oder während der Pubertät. 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 deren mentaler, sozio-emotionaler und psychosexueller Entwicklung einerseits und der bereits fortgeschrittenen körperlichen Reife andererseits; die betroffenen Mädchen entwickeln – nicht zuletzt auch wegen der Reaktionen ihrer männlichen Umwelt – einen Geschlechtsidentitätskonflikt, der eigentlich ein Altersrollenkonflikt ist. Hierzu können neben fehlenden, positiven weiblichen Rollenmodellen im besonderen Maße auch 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 sie zu verändern. Es geht hier vor allem um die Abwehr einer unerwünschten homosexuel-

len Orientierung, die sich häufiger in Familien mit muslimischen und osteuropäischen soziokulturellen Hintergrund findet. 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.
- *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 wahnhafte Störungen* – (F20, F22): Bei Vorliegen einer akuten Psychose ist eine entsprechende multimodale Behandlung indiziert. Die Diagnose einer Schizophrenie oder wahnhaften Störung ist nicht notwendigerweise ein Grund, eine geschlechtsangleichende Behandlung per se abzulehnen, denn eine GIS kann hier komorbid vorliegen, mithin auch unabhängig von der Grunderkrankung bestehen. Diese Konstellation ist aber im Jugendalter extrem selten.

Hinsichtlich der Relevanz der genannten Ausschluss- und Differenzialdiagnosen ist auf Grundlage empirischer Erfahrungen festzuhalten, dass im Kindesalter die vorübergehende Geschlechtsidentitätsunsicherheit mit geschlechtsatypischem Rollenverhalten zahlenmäßig am wichtigsten ist, während im Jugendalter am häufigsten die unterschiedlichen Formen der reifungsbedingten, psychosexuellen Entwicklungskonflikte, insbesondere eine abgewehrte homosexuelle Orientierung, aber auch übergeordnete Persönlichkeitsentwicklungsstörungen differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehen sind (Korte et al., 2014).

Behandlung Minderjähriger mit GIS/GD – Auf der Suche nach der „best practice"

Wie eingangs dargestellt, wird in der ICD-10 die GIS im Kindesalter von der Transsexualität erwachsener Patienten aus inhaltlichen Gründen getrennt gehalten und losgelöst von dieser betrachtet. Auch das DSM-5 unterscheidet die *Geschlechtsdysphorie bei Kindern (302.6)* explizit von der *Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen (302.85)*. Mit der separaten Kodierung und der Formulierung unterschiedlicher Diagnosekriterien 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 grundsätzlich unter anderem Vorzeichen und unter strenger Berücksichtigung entwicklungspsychiatrischer Aspekte erfolgen. Letzteres bedeutet vor allem, der großen Variabilität und Plastizität im Entwicklungsverlauf Rechnung zu tragen.

Die Forderung nach einer den Entwicklungsstand der Betroffenen berücksichtigenden, differenzierten Vorgehensweise fand auch Eingang in die überarbeiteten, von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) konsentierten S1-Leitlinien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit GIS/GD (Meyenburg et al., 2014). Empfohlen wird eine ausgangsoffene, unterstützende Begleitung der Entwicklung des Kindes oder 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 GIS/GD; eine Auflösung der GIS/GS bzw. Aussöhnung mit dem Geburtsgeschlecht ist in Einzelfällen möglich, wird des Öfteren im Kindesalter beobachtet. Ein früher Therapiebeginn ist daher sinnvoll. Bei Adoleszenten dient die Therapie auch der Klärung, ob sich eine transsexuelle Entwicklung abzeichnet. Erfahrungsgemäß nimmt die Wahrscheinlichkeit einer transse-

xuellen Entwicklung mit fortschreitendem Alter deutlich zu; bei GIS/GD-Patienten im Kindesalter ist dies, wie bereits dargestellt (s.o.), nur bei einer Minderheit der Fall.

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 „Anders-sein" entwickelnden Konflikte zu vermindern. Ein 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 GIS/GD im Kindesalter aufzuklären. Auch die KindergartenerzieherInnen und LehrerInnen sollten über das Vorliegen einer GIS/GD 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. 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). Wie auch bei erwachsenen transsexuellen Patienten ist das Hauptziel eine längerfristige Begleitung des Patienten, um die Stabilität der transsexuellen Entwicklung mit größtmöglicher Sicherheit beurteilen zu können. 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 oder eine Vornamens- und Personenstandsänderung indiziert sind. Bei psychopathologisch wenig auffälligen Patienten kann die Psychotherapie auch niederfrequent (zwei bis vierwöchig) durchgeführt werden.

In der wissenschaftlichen Literatur und den vorliegenden internationalen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von GIS/GD 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 Haltung gegenüber Kindern mit GD/GIS; zum anderen bestehen verschiedene 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 GIS/GD

Gegenwärtig lassen sich im Wesentlichen drei verschiedene Positionen bzw. klinisch-therapeutische Vorgehensweisen unterscheiden (vgl. Zucker, 2008a, 2008b; Möller et al., 2009; Byne et al., 2012; Meyenburg, 2013; Bosinski, 2013; Ristori & Steensma, 2016):

- (1) Eine *multimodale Psychotherapie*, die darauf ausgerichtet ist, erstens die GIS/GD-typischen psycho-sozio-emotionalen Folgen und begleitenden Probleme zu lindern, und zweitens das Risiko einer Persistenz der GIS/GD 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 Auslotung des tiefgreifenden Identitätskonfliktes; im Vordergrund stehen die Bearbeitung und Relativierung von Geschlechtsrollenstereotypen, Illusionen, unrealistischen Hoffnungen und Erwartungen sowie das Aufzeigen möglicher Alternativen zur „Umwandlungsbehandlung". Neben der therapeutischen Arbeit, welche auch die Peer-Group-Beziehungen berücksichtigt, werden die Eltern intensiv miteinbezogen. Diese Vorgehensweise wird 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 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 liegen

die Annahme einer regelhaften Persistenz von GIS/GD 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 Geburtsgeschlecht aufzutreten (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011a/b). Anstelle der von den meisten Autoren (im Übrigen auch in der Behandlung von erwachsenen Patienten) geforderten „ausgangsoffenen 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). Dieser Ansatz „präjudiziert somit eine Persistenz der GIS/GD zur Transsexualität und damit eine – mit Risiken und Nebenwirkungen behaftete – Transformationsbehandlung" (Bosinski, 2013).

Das zentrale Dilemma – Pro und Contra einer frühzeitigen Hormontherapie

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 GIS/GD 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 GIS/GD später in eine transsexuelle Identität des Erwachsenen einmünden wird – zweifelsohne segensreich ist, während eine derartige Behandlung für eine Mehrheit der Kinder mit GIS/GD der falsche Weg wäre; das Problem ist, dass bislang keine verlässlichen Prädiktoren verfügbar sind, anhand derer eine sichere Vorhersage des Fortbestehens oder Vergehens einer GIS/GD im individuellen Fall möglich wäre.

Pro-Argumente: Die Vorteile 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 Mensis, bei Jungen Barthaarinduktion und Stimmbruch, Veränderung der Körperproportionen bei beiden Geschlechtern) 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 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; Ristori & Steensma, 2016).

Contra-Argumente: Für „Desisters" würde die frühzeitige Festlegung durch Einleitung einer GnRH-Analoga-Behandlung gravierende Nachteile mit sich bringen:

- 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 (Korte et al., 2008; Bosinski, 2008).

Den *Standards of Care* der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) 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 wer-

den, nicht prophylaktisch präpubertär (Hembree, 2011). Voraussetzung ist, dass mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eine transsexuelle Entwicklung vorliegt. Im Einklang mit den Empfehlungen der WPATH weist auch die Amsterdamer Arbeitsgruppe darauf hin, dass in jedem Fall beide Elternteile miteinbezogen werden sollten, und dass jugendliche Patienten, bei denen eine Hormonbehandlung in Betracht gezogen wird, keine schwerwiegenden psychosozialen Probleme aufweisen sollten, welche mit dem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen in negativer Weise interferieren (Cohen-Kettenis et al., 2008; Steensma & Cohen-Kettenis, 2012).

Eine konträrgeschlechtliche Hormontherapie sollte in der Regel nicht vor dem 16. Lebensjahr begonnen werden. Es ist kritisch anzumerken, dass 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. Bezüglich des praktischen Vorgehens im Falle der Entscheidung für eine frühzeitige hormonelle Intervention, einschließlich konkreter Dosierungsangaben und der zu erwartenden kurz- oder langfristigen Nebenwirkungen, verweisen wir auf entsprechende Empfehlungen von pädiatrisch-endokrinologischer Seite (Übersicht: Korte & Wüsthof, 2015). Geschlechtsangleichernde operative Eingriffe sollten frühestens nach dem 18. Geburtstag erfolgen (Hembree, 2011).

Diskussion und Ausblick – Was ist zu tun (und was zu unterlassen)?

Hinsichtlich der Indikation für eine Hormontherapie bei Minderjährigen mit GIS/GD und des „richtigen" Zeitpunkts für die Einleitung körperverändernder Maßnahmen können aufgrund erheblicher Forschungslücken und des vollständigen Fehlens prospektiver, randomisiert-kontrollierter Studien gegenwärtig kaum evidenz-basierte Empfehlungen gegeben werden. Nachuntersuchungen jugendlicher Patienten mit GIS/GD, die frühzeitig hormonell behandelt wurden, zunächst mit pubertätshemmenden und anschließend mit gegengeschlechtlichen Hormonen, zeigen zwar einen positiven Verlauf hinsichtlich psychiatrischer Komorbidität, des psychosozialen Funktionsniveaus und des physischen Erscheinungsbilds (de Vries et al., 2011a/b). Jedoch kann nach unserer Auffassung 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 sehen wir hier großen Forschungsbedarf.

Systematische Untersuchungen, wie sich eine frühe hormonelle Behandlung vor Pubertätsabschluss auf die weitere Entwicklung der Geschlechtsidentität auswirkt bzw. inwiefern hierdurch iatrogen eine Persistenz der GIS/GD induziert wird, liegen bislang nicht vor. Die Annahme, dass die Wirkung von GnRH-Analoga vollständig reversibel sei, ist mit Blick auf die etwaigen zentralnervösen Auswirkungen einer solchen hormonellen Pubertätssuppression keineswegs belegt. Giedd et al. (2012) haben gezeigt, dass die Pubertät eine Phase erheblicher Umbau- und Reorganisationsprozesse des reifenden Gehirns ist. Es bleibt allemal unklar, was die Pubertätsblockade in dieser Phase bewirkt (s. a. Meyer-Bahlburg, 2013).

Offene Fragen, zukünftige Forschungsaufgaben und ethische Aspekte

Aus Sicht der Autoren ist es erforderlich, in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit GIS/GD deutschlandweit zu einem einheitlich-transdisziplinären Vorgehen zu gelangen. Das vorrangige Ziel sollte darin bestehen, mittels prospektiver Beobachtungen des Entwicklungsverlaufs der in ihrer sexuellen Identitätsfindung psychotherapeutisch begleiteten, minderjährigen GIS/GD-PatientInnen 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.

Bei Reflexion dieses Problems sollte man sich jedoch 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 (und dessen Hirnreifung) unbedingt zu vermeiden gilt.

Wenngleich das Dilemma falsch getroffener Entscheidungen in *beide* Richtungen, also auch bei „falsch negativen" Fällen besteht – im Falle einer späteren 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 vermutlich ausführliche Diskussionen einer eigens dazu einberufenen Ethikkommission voraussetzen (Sadjadi, 2013).

Konsequenzen für die klinische Praxis – Vorläufiges Fazit aus Sicht der Autoren

Aus den bisherigen Ausführungen ergeben sich – trotz oder gerade wegen der vielen offenen, nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung noch nicht zu beantwortenden Fragen – einige folgenreiche Schlüsse, die es in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit GIS/GD nach Auffassung der Autoren unbedingt zu berücksichtigen gilt.

Erstens, nur eine Minderheit von Kindern mit GIS/GD erweist sich im Verlauf ihrer Entwicklung als „Persisters" und zeigt im Erwachsenenalter das Vollbild einer (dann) transsexuellen GIS/GD; dieser Minderheit steht eine Mehrheit von „Desisters" gegenüber, von denen (unter der Bedingung eines nativen Hormonstatus) ein Großteil später zu einer homosexuellen Orientierung bei Identifikation mit dem Geburtsgeschlecht findet. Eine transsexuelle, d.h. überdauernde und irreversible GIS/GD kann aufgrund der hohen Plastizität der Geschlechtsidentitätsentwicklung erst nach Abschluss der Pubertät sicher diagnostiziert werden.

Zweitens, unter diesem Gesichtspunkt betrachtet erscheint ein Behandlungsansatz, welcher vorrangig darauf basiert, die (vermeintliche) Transidentität der Kinder und deren vollständigen Geschlechtsrollenwechsel bereits in jungen Jahren aktiv zu fördern, und der dementsprechend eine transident-verstärkende Haltung des Therapeuten propagiert, äußerst fragwürdig. Es dürfte klar sein, dass unter solchen Umständen die betroffenen Kinder im Laufe ihrer weiteren Entwicklung nur schwer zu einer Aussöhnung mit ihrem Geburtsgeschlecht und einer homosexuellen Identitätsfindung gelangen können.

Drittens, mit GIS/GD im Kindesalter gehen häufig erhebliche emotionale Belastungen der betroffenen Kinder (und ihrer Eltern) sowie eine hohe psychiatrische Komorbidität, insbesondere mit affektiven Störungen, einher. Deshalb benötigt die Mehrzahl der Kinder eine psychiatrisch-psychotherapeutische Unterstützung. Neben der Verringerung des Leidensdrucks und Verbesserung der Sozialkompetenz des Kindes ist das vorrangige Ziel die Stärkung des Zugehörigkeitsgefühls zum Geburtsgeschlecht, ohne atypisches Rollenverhalten negativ zu sanktionieren. Die Hilfsangebote richten sich dazu explizit auch an die Eltern.

Viertens, als die entscheidende Phase für die Differenzierung von „Persisters" und „Desisters" wurde die Frühadoleszenz mit ihren tiefgreifenden Veränderungen infolge der eintretenden Pubertät und deren vielfältigen Entwicklungsaufgaben ausgemacht. Von immanenter Bedeutung für die endgültige Konsolidierung der Geschlechtsidentität wie auch der sexuellen Identität und sexuellen Präferenzstruktur sind die in dieser Zeit erfolgenden Reifungsschritte der somato- und psychosexuellen Entwicklung (erstmaliges Erleben sexueller Attraktion, Verliebtheit und sexueller Erregung, Auseinandersetzung mit neuem Körperbild etc.).

Fünftens, von den Befürwortern frühzeitiger hormoneller Interventionen wird argumentiert, dass die Effekte einer pubertätsblockierenden Behandlung vollständig reversibel seien. Zutreffend ist dies allenfalls bezogen auf die somatischen Folgen, nicht jedoch in Hinblick auf die irreversible Störung des normalen Ablaufs der psychosexuellen Entwicklung. GnRH-Analoga und Antiandrogene beeinflussen das sexuelle Erleben in Fantasie und Verhalten und verhindern aufgrund der Beeinträchtigung der sexuellen Appetenz und Funktionsfähigkeit, dass die Betroffenen altersgerechte sozio-sexuelle Erfahrungen sammeln können.

Sechstens, infolgedessen ist unter den Bedingungen einer Pubertätssuppression 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. Es spricht vieles dafür, dass im Falle einer (zu) frühzeitigen diagnostischen Festlegung und Weichenstellung mögliche andere, nicht-transsexuelle Entwicklungen, insbesondere ein homosexuelles Coming-out und andere Variationen der sexuellen Identität, nachhaltig erschwert oder sogar unmöglich gemacht werden.

Siebtens, unter ethischen Aspekten erscheint die Verhinderung der Entwicklung von Homosexualität zugunsten einer Transsexualität inklusive der damit verbundenen Transformationsbehandlung (lebenslange Hormonsubstitution, geschlechtsangleichende chirurgische Maßnahmen) höchst bedenklich. Es ist in diesem Zusammenhang wichtig zu erwähnen, dass in nicht wenigen Familien – insbesondere unter dem Einfluss religiöser oder sonstiger konservativer Bekenntniskulturen – die Akzeptanzbereitschaft *in puncto* Homosexualität bisweilen deutlich geringer ist als gegenüber transsexuellen Lebensentwürfen.

Achtens, die Einleitung von entwicklungs- (GnRH-Analoga) oder körperverändernden (Östrogene/Androgene) Hormontherapien sollte aus Sicht der Autoren nicht vor Abschluss der somato- und psychosexuellen Entwicklung erfolgen. Bezüglich letzterem besteht ein großer Altersspielraum; sichere Kriterien, die den Abschluss der psychosexuellen Entwicklung markierten, lassen sich gleichwohl nur schwer definieren. Die Reifebeurteilung und die damit verbundene Entscheidung über die Indikation hormoneller Interventionen sollten individuell, auf den einzelnen Patienten bezogen und grundsätzlich interdisziplinär getroffen werden.

Neuntens, die Indikation zur Einleitung einer Hormonbehandlung lässt sich des Weiteren nur durch eine sorgfältige Verlaufsbeobachtung und als Ergebnis eines länger währenden diagnostisch-therapeutischen Prozesses stellen; dabei kommt insbesondere der Alltagserprobungsphase, während derer der Patient vollumfänglich in der gewünschten Geschlechtsrolle leben soll, eine entscheidende Bedeutung zu. Dieser mindestens einjährige, psychotherapeutisch begleitete Alltagstest soll dem/der Jugendlichen mit GIS/GD Aufschluss geben über

- die innere Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts,
- die Lebbarkeit der gewünschten sozialen Geschlechtsrolle sowie
- die Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlungen (Hormone, Operationen).

Zehntens, dieselben Anforderungen sind zu stellen, wenn es um die Frage der Einleitung juristischer Schritte zur Vornamens-/Personenstandsänderung geht. Dies ist – losgelöst von medizinischen Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung – bereits vor Erreichen der Volljährigkeit möglich; erforderlich ist jedoch, dass die Sorgeberechtigten den Antrag des/der Jugendlichen beim zuständigen Amtsgericht unterstützen und das Anliegen von zwei Gutachtern medizinisch begründet wird. In der kürzlich angestoßenen Debatte (Meyenburg et al., 2015) über eine Abschaffung der Begutachtung zur Vornamensänderung auch bei Minderjährigen mit GD/GIS haben wir unsere Skepsis an anderer Stelle dargelegt und ausführlich begründet (Korte et al., 2016).

Schlussbetrachtung

Abschließend ist noch auf einen letzten, nach Auffassung der Autoren überaus kritischen Aspekt hinzuweisen: 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 in der Lage sind, enge Einschlusskriterien für eine Zulassung zur GnRH-Analoga-Behandlung zu definieren (was sich folglich in einer geringen Anzahl „falsch positiver“ niederschlagen dürfte). Aber die Absolutheit, mit welcher Kinder mit GIS/GD, bei denen die Pubertät unterdrückt wurde, sich dann auch für die Einnahme gegengeschlechtlicher Hormone entscheiden, weist unseres Erachtens eindeutig darauf hin, dass eine derartige Behandlung die Entwicklung der Geschlechtsidentität nachhaltig beeinflussen und zu einer Persistenz der GIS/GD 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 ausgangsoffenen psychotherapeutischen Begleitung von GIS/GD-Patien-

ten verstoßen. Ein solches Vorgehen ginge in puncto exogener Einflussnahme über die konsentierte Verfahrensweise bei erwachsenen GIS/GD-Patienten weit hinaus. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer, entwicklungspsychologischer und medizinethischer Sicht erscheint diese Entwicklung bedenklich.

Literatur

Aitken, M., Steensma, T.D., Blanchard, R., 2015. Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria. J Sex Med 12, 756–763.

Aitken, M., VanderLaan, D.P., Wassermann, L., Stojanovski, S., Zucker, K.J., 2016. Self-Harm and Suicidality in Children Referred for Gender Dysphoria. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 55(6), 513–520.

American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., DSM-5. American Psychiatric Press, Washington, DC.

Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G.L., Marshall, E., Bouman, W.P., 2016. Risk Factors for Non-Suicidal Self-Injury Among Trans Youth. J Sex Med 13, 402–412

Bailey, J.M., Zucker, K.J., 1995. Childhood Sex-Typed Behavior and Sexual Orientation: A Conceptual Analysis and Quantitative Review. Developmental Psychology 31(1), 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. Urban & Fischer, München/Jena, 409–412.

Bosinski, H.A.G., 2008. Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter. In: Lauth, G.W., Linderkamp, F., Schneider, S., Brack, U. (Hrsg.). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, 2. Aufl. Beltz-PVU, Weinheim, 432–443.

Bosinski, H.A.G., 2013. Geschlechtsidentitätsstörung/Geschlechtsdysphorie im Kindesalter. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 23 (2), 3–25.

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 Psychiatric Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. Arch Sex Behav 41(4), 759–796.

Clark, T.C., Lucassen, M.F., Bullen, P. et al., 2014. The Health and Well-Being of Transgender High School Students: Results from the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth´12). J Adolesc Health 55 (1), 93–99.

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 (8), 1892–1897.

Cohen-Kettenis, P.T., Pfäfflin, F., 2003. Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry. Sage, London.

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.

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.

Davenport, C.W., 1986. A follow-up study of 10 feminine boys. Ach Sex Behav 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 (4), 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. Dev Psychol 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.

Holt, V., Skagerberg, E., Dunsford, M., 2016. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. Clin Child Psychol Psychiatry 21 (1), 108–18. Ahead of print 2014.

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.

Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjärvi, M., Lindberg, N., 2015. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. Child Adolsc Psychiatry Ment Health, 9-9.

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. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 63, 523–41.

Korte, A., Schmidt, H., Bosinski, H.A.G., Mersmann, M., Beier, K.M., 2016. Zur Debatte über das TSG: Abschaffung der Begutachtung zur Vornamensänderung auch bei Minderjährigen mit der Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung? Z Sexualforsch 29, 48–56.

Korte A., Wüsthof A., 2015. Geschlechtsdysphorie (GD) und Störungen der Geschlechtsidentität (GIS) bei Kindern und Jugendlichen. In: Oppelt, Dörr (Hrsg.), Kinder- und Jugendgynäkologie. Thieme, Stuttgart, 452–469.

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 Arztebl 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., Berner, W. (Hg.). Praxisbuch sexuelle Störungen. Thieme, Stuttgart.

Meyenburg, B., Renter-Schmidt, K., Schmidt, G., 2015. Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz. Auswertung von Gutachten dreier Sachverständiger 2005-2014. Z Sexualforsch 28, 107–120.

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.

Reisner, S.L., Vetters, R., Leclers, M. et al., 2014. Mental Health of Transgender Youth in Care at an Adolescent Urban Community Health Center: A Matched Retrospective Cohort Study. J Adolesc Health 56 (3), 274–279.

Ristori, J., Steensma, T.D., 2016. Gender Dysphoria in Childhood. Int Rev Psychiatry 28, 13–20.

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., Biemond, R., de Boer, F., Cohen-Kettenis, P.T., 2011. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitive follow-up study. Clin Child Psychol Psychiatry 16 (4), 499–516.

Steensma, T.D., Cohen-Kettenis, P.T., 2011. Gender Transitioning before Puberty? Arch Sex Behav 40, 649–650.

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., 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., 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 10 (11), 2723–2733.

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.

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., 2005. Gender Identity Disorders in Children and Adolescents. Annu Rev Clin Psychol 1, 467–92.

Zucker, K.J., 2008a. Children with gender identity disorder: Is there a best practice? Neuropsychiatrie de l´enfance et de l´adolescence 56 (6), 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., Bradley, S.J., 1995. Gender Identity Disorders and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. Guilford Press, New York/London.

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.

Autoren

Dr. med. Alexander Korte, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Klinikum der Universität München (LMU), Nußbaumstr. 5a, D-80336 München,
e-mail: alexander.korte@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. Dr. phil Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: klaus.beier@charite.de

Prof. Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski, Praxis für Sexualmedizin, Dreiecksplatz 5, D-24105 Kiel,
bosinski@sexualmedizin-kiel.de