

# Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie im Rahmen einer interdisziplinären Spezialsprechstunde

Birgit Möller\*, Timo Ole Nieder\*, Wilhelm F. Preuss, Inga Becker, Saskia Fahrenkrug, Achim Wüsthof, Peer Briken, Georg Romer und Hertha Richter-Appelt

## Summary

*Care of Children and Adolescents with Gender Dysphoria in the Context of an Interdisciplinary Special Consultation Service*

In Germany, the situation of health care services for children and adolescents with gender dysphoria is insufficient. In 2006 a specialized multiprofessional outpatient clinic was founded at the University Medical Center Hamburg-Eppendorf. Goals were improvement of health services for gender dysphoric children, development of treatment concepts, and gain of knowledge through research. After finishing a thorough interdisciplinary assessment an individualized, case-by-case treatment starts. Besides psychotherapy an interdisciplinary treatment (e. g. puberty suppression and cross-sex hormones) is provided if indicated. During childhood a watchful waiting and carefully observing attitude is necessary. If a marked increase of gender dysphoria occurs during the first phases of puberty development, puberty suppression and later cross sex-hormones might be indicated.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 63/2014, 465-485*

## Keywords

transsexualism – gender variance – puberty suppression – transgender – treatment

## Zusammenfassung

Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie sind in Deutschland bislang klinisch unterversorgt. 2006 wurde eine interdisziplinäre Sprechstunde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf gegründet mit dem Ziel, die Versorgungspraxis zu verbessern, Konzepte zur Behandlung zu entwickeln und durch begleitende Forschung neue Erkenntnisse zu gewinnen. Nach einer ausführlichen prozessbegleitenden Diagnostik wird eine am Einzelfall orientierte Behandlung begonnen. Neben Psychotherapie und interdisziplinärer Begleitung werden bei entsprechender Indikation zunächst die ursprüngliche Pubertät unterdrückende und später die gewünschte Pubertät induzierende Hormone gegeben. Im Kindesalter ist ein

---

\* geteilte Erstautorschaft

abwartendes, beobachtendes Vorgehen sinnvoll. Bei Einsetzen der Pubertät und Zuspitzung der Symptomatik kann eine Indikation für eine pubertätsunterdrückende sowie später für eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung gestellt werden.

## Schlagwörter

Transsexualität – Variationen der Geschlechtsidentität – Transgender – Pubertätsunterdrückung – Behandlung

## 1 Stand der Forschung

### 1.1 Hintergrund

Unmittelbar nach der Geburt eines Kindes findet in der Regel eine folgenreiche Zuweisung statt: Anhand der äußeren Erscheinung der Genitalien wird das Neugeborene als entweder männlich oder weiblich „bestimmt“.<sup>1</sup> Diese Einschätzung führt dazu, dass Eltern und andere Bezugspersonen Erwartungen im Hinblick auf das für das jeweilige Geschlecht typische Erleben und Verhalten des Kindes aufbauen: Das Kind soll sich seinem Geschlecht entsprechend erleben (Geschlechtsidentität, z. B. „Ich erlebe mich als Junge“) und verhalten (Geschlechtsrolle, z. B. „Ich spiele am liebsten mit Autos“). Für die Mehrheit der Kinder treffen diese Erwartungen auch zu: Die Art und Weise, wie sie sich fühlen und verhalten, scheint selbstverständlich im Einklang mit dem zugewiesenen Geschlecht zu stehen. Geschlechtsidentitätserleben und Geschlechtsrollenverhalten sind – statistisch betrachtet – somit verlässliche Parameter zur Differenzierung zwischen den Geschlechtern, insbesondere im Kindes- und Jugendalter. Allerdings entwickeln nicht alle Kinder und Jugendliche ein Geschlechtsidentitätserleben bzw. Geschlechtsrollenverhalten, das mit den körperlichen Merkmalen von Geschlecht übereinstimmt.

Kinder und Jugendliche, die mit Phänomenen rund um das fortgesetzte Erleben von Geschlechtsdysphorie<sup>2</sup> im Kindes- und Jugendalter Hilfe suchen, stellen sowohl

---

<sup>1</sup> Anders verhält es sich seit Frühjahr 2013 beim Vorliegen eines uneindeutigen Genitals bzw. bei einer möglichen Intersexualität. Im Gesetz zur Änderung personenstandsrechtlicher Vorschriften (PSTRÄndG; nachzulesen unter <http://npl.ly.gov.tw/pdf/8244.pdf>) vom 07. Mai 2013 heißt es im §22, Absatz 3: „Kann das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden, so ist der Personenstandsfall ohne eine solche Angabe in das Geburtenregister einzutragen.“

<sup>2</sup> Der Begriff der Geschlechtsdysphorie leitet sich aus dem englischen Begriff „gender dysphoria“ ab. Dabei kann problematisiert werden, dass sich in der deutschen Übersetzung aufgrund der Vereinheitlichung der Begriffe *Sex* und *Gender* im deutschen *Geschlecht* der Fokus auf das psychosoziale Geschlecht (*Gender*) verliert, den der englische Begriff vorsieht. Zudem hat der Begriff der Dysphorie in der deutschen Psychopathologie eine eigenständige Tradition und beschreibt u. a. missmutige Menschen, die sich stumpf-brütend zurückziehen und gereizte Impulsdurchbrüche zeigen. Zuletzt

aus klinischer als auch aus ethischer Sicht eine Herausforderung dar. Infolge von Berichterstattungen über zunächst pubertätsunterdrückende und später die gewünschte Pubertät induzierende Hormonbehandlungen wurde der Druck der Hilfesuchenden Kinder bzw. Jugendlichen und ihren Eltern spürbarer. Das Zentrum der kontroversen und zum Teil hitzig geführten Debatte besteht letztlich aus folgenden Kernfragen:

1. *Ethische Rechtfertigung*: Inwieweit ist es ethisch gerechtfertigt, mit irreversiblen Behandlungsmaßnahmen die körperliche Geschlechtsentwicklung zu beeinflussen?
2. *Klinische Differenzierung*: Für wen sind die entsprechenden Behandlungsmaßnahmen indiziert (z. B. die ursprüngliche körperliche Pubertätsentwicklung zu unterdrücken und die gewünschte Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale zu induzieren)?
3. *Voraussetzungen für geschlechtsangleichende Maßnahmen*: Welche Voraussetzungen sind notwendig, um das Geschlechtsidentitätserleben und/oder das Geschlechtszugehörigkeitsgefühl eines Kindes bzw. einer/s Jugendlichen prognostizieren zu können? Oder: Welche Voraussetzungen sind notwendig, um belastbar einschätzen zu können, dass sich das Erleben von Geschlechtsdysphorie mit psychotherapeutischen Mitteln allein nicht behandeln lässt?
4. *Zeitpunkt*: Ab wann können welche Behandlungsmaßnahmen indiziert sein?

Nach Steensma (2013) lässt sich das Erleben und Verhalten von Kindern in Bezug zum Geschlecht grob in drei Gruppen unterscheiden, die wie folgt charakterisiert werden können:

- *Geschlechtstypisch*: Kinder erleben und verhalten sich deckungsgleich zu den Erwartungen an das zugewiesene Geschlecht (*gender normative children*).
- *Geschlechtsvariant*: Kinder zeigen in der Regel ebenfalls geschlechtstypische Erlebens- und Verhaltensweisen, jedoch mit geringerer Ausprägung sowie mit Phasen des spielerischen Umgangs mit stereotypen Verhaltensweisen der jeweils „anderen“ Geschlechtsrolle. Konkret gegengeschlechtliches Erleben und Verhalten kann somit phasenweise und ohne, dass es mit Belastungserleben verknüpft ist, auftreten (*gender variant children*).
- *Geschlechtsdysphorisch*: Kinder fühlen sich aufgrund der Unstimmigkeit zwischen dem zugewiesenen Geschlecht mit ihrem Geschlechtsidentitätserleben und ihrem Geschlechtsrollenverhalten fortgesetzt stark belastet (*gender dysphoric children*).

---

ist fraglich, inwiefern insbesondere bei Kindern der Leidensdruck, der dem Begriff Dysphorie inhärent ist, zwangsläufig vorzuliegen hat. So wird im Zusammenhang mit der 11. Revision der ICD der Begriff *Gender Incongruence* vorgeschlagen, um explizit die Unstimmigkeit zwischen Körper und Erleben in den Vordergrund zu stellen, ohne dass der Leidensdruck explizit Bestandteil der Diagnose ist. Im vorliegenden Artikel wird – in Kenntnis der genannten Einschränkungen – der Begriff der Geschlechtsdysphorie verwendet, um jenen Aspekt der Geschlechtsinkongruenz zu betonen, der für viele Betroffene im Vordergrund steht: der Leidensdruck.

Die Gruppe der geschlechtsdysphorischen Kinder und Jugendlichen zeigt ausgeprägt und andauernd Verhaltensweisen, die typischerweise den Erwartungen an die dem zugewiesenen Geschlecht konträre Geschlechtsrolle entsprechen. Zudem äußern manche von ihnen ein ausgeprägtes Unwohlsein mit dem eigenen Körper („Ich hasse meinen Körper!“), einhergehend mit dem Wunsch, dass dieser sich im Einklang mit dem Geschlechtsidentitätserleben und dem Geschlechtsrollenverhalten entwickeln wird („Ich will einen Penis!“) und auf diese Weise für die Betroffenen ein Leben im „richtigen Geschlecht“ möglich wird.

Um die Entwicklung von Kindern mit einer entsprechenden Problematik angemessen zu unterstützen und um im Bedarfsfall die geeigneten Maßnahmen (z. B. Psychotherapie, Hormonbehandlung) indizieren zu können, sind im Hinblick sowohl auf die Behandlungskompetenz der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (u. a. Wissen um die vielfältigen Hintergründe und verschiedenen Verlaufsformen) als auch die Versorgungsstrukturen (u. a. Notwendigkeit einer multiprofessionellen und interdisziplinären Kooperation) spezialisierte Einrichtungen notwendig. Infolge der Seltenheit entsprechender Kompetenzzentren handelt es sich bislang noch um einen deutlich unterversorgten Bereich. Betroffene Kinder sowie Jugendliche und ihre Eltern müssen zum Teil weite Wege zurücklegen, um eine professionelle und qualitativ hochwertige Versorgung in Anspruch nehmen zu können.

## 1.2 Epidemiologie

Aus Mangel an Untersuchungen zur Prävalenz geschlechtsvarianter und/oder geschlechtsdysphorischer Kinder und Jugendlicher lassen sich Angaben zur Häufigkeit nur annäherungsweise schätzen. So enthält bspw. die *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991) ein Item zu geschlechtsvarianten Verhaltensweisen (Item 5: „Ich verhalte mich wie jemand des anderen Geschlechts“) sowie ein Item zum Geschlechtszugehörigkeitserleben (Item 110: „Ich möchte gerne dem anderen Geschlecht angehören“). Studien aus den Niederlanden (u. a. van Beijsterveldt, Hudziak, Boomsma, 2006) und Kanada (u. a. Zucker, Bradley, Sanikhani, 1997) liefern Zahlen zu den Einschätzungen der Eltern. Als zutreffend wurden beide Items häufiger für die Mädchen als für die Jungen angegeben (z. B. bei Zucker et al., 1997: 4,8 % der Jungen zu 10,6 % der Mädchen im Alter zwischen 4 und 11 Jahren). Im Vergleich zu dem identitätsbezogenem Item (Nr. 110) wurde das verhaltensbezogene Item (Nr. 5) insgesamt häufiger als zutreffend eingeschätzt (bei beiden Geschlechtern  $\leq 1,7$  %; van Beijsterveldt et al., 2006).

Im Hinblick auf das Erleben von Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter haben Coolidge, Thede und Young (2002) bei einer Stichprobe mit ein- und zweieiigen Zwillingspaaren im Alter von 4-17 Jahren ( $n = 309$ ) aus den USA eine Prävalenz von 2,3 % gefunden. Als Basis der Angabe diente die Einschätzung des Verhaltens der Kinder durch ihre Eltern anhand von sechs Kriterien der DSM-IV-Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter (GIS-DSM-IV; 302.6). Wird berücksichtigt, dass die Stichprobe von Coolidge et al. (2002) Kinder und Jugendliche im Alter

zwischen 4 und 17 Jahren zusammenfasst sowie, dass sich bei etwa fünf von sechs nachuntersuchten ehemals geschlechtsdysphorischen Kindern eben jenes Erleben von Geschlechtsdysphorie im Zuge der Pubertät einstellt, wird deutlich, dass die Angaben zur Prävalenz der Geschlechtsdysphorie im Kindesalter von Cooldige et al. (2002) die realen Zahlen vermutlich unterschätzen (vgl. Steensma, 2013).

Insgesamt wurden bis dato elf Nachuntersuchungen mit  $N = 373$  Jugendlichen publiziert, die im Kindesalter mit Phänomenen im Kontext der Geschlechtsdysphorie klinisch vorstellig wurden. Die Daten der ersten zehn Nachuntersuchungen der klinischen Inanspruchnahmepopulationen ( $N = 246$ ; Bakwin, 1968; Davenport, 1986; Drummond, Bradley, Peterson-Badali, Zucker, 2008; Green, 1987; Kosky, 1987; Lebovitz, 1972; Money u. Russo, 1979; Wallien u. Cohen-Kettenis, 2008; Zucker u. Bradley, 1995; Zuger, 1984) zeigen, dass sich die klinische Relevanz der Geschlechtsdysphorie im Verlauf der Pubertät bei 84,2 % verliert und das weitere Leben im Rahmen der bei der Geburt zugewiesenen Geschlechtsrolle verläuft (wobei die Rate innerhalb der Studien zwischen 73 % und 98 % variiert; zur Übersicht der Studien siehe Steensma, Biemond, Boer, Cohen-Kettenis, 2011). Im Rahmen der aktuellsten, elften Nachuntersuchung mit  $N = 127$  Jugendlichen, wurden 63 % jener Gruppe zugeordnet, deren Geschlechtsdysphorieerleben in der Adoleszenz klinisch relevant zurückgegangen ist. Demgegenüber steht allerdings mit 37 % eine – im Vergleich zu den vorherigen Studien größere – Gruppe von Jugendlichen, die sich im Zuge der Entwicklung ihrer sekundären Geschlechtsmerkmale fortlaufend geschlechtsdysphorisch erleben, die Geschlechtsdysphorie somit persistiert.

Fasst man die Ergebnisse der verfügbaren Nachuntersuchungen zusammen, lassen sich im Anschluss an das ausgeprägte Erleben von Geschlechtsdysphorie im Kindesalter die verschiedenen Entwicklungsverläufe grob in drei Gruppen unterteilen:

- Geschlechtsdysphorie im Kindesalter führt am häufigsten zur Entwicklung einer gleichgeschlechtlichen sexuellen Orientierung bei gleichzeitigem Arrangement mit den eigenen, geschlechtsspezifischen Körpermerkmalen (desisting gender dysphoria → desisters).
- Geschlechtsdysphorie im Kindesalter führt am seltensten zur Entwicklung einer gegengeschlechtlichen sexuellen Orientierung bei gleichzeitigem Arrangement mit den eigenen, geschlechtsspezifischen Körpermerkmalen (desisting gender dysphoria → desisters).
- Geschlechtsdysphorie im Kindesalter persistiert bis in die beginnende Adoleszenz, exazerbiert im Zuge der Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale und gilt dann insofern als behandlungsbedürftig, als dass die Unterdrückung der weiteren Pubertätsentwicklung unter Abwägung weiterer relevanter Aspekte (s. u.) indiziert sein kann. Die Frage nach der sexuellen Orientierung steht bei dieser Gruppe nicht im Vordergrund (persisting gender dysphoria → persisters).

Die zuverlässige Identifikation der Persisters stellt die notwendige Grundlage einer etablierungswürdigen Versorgungspraxis für die Behandlung von Kindern bzw. Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie dar. Zwei Ziele stehen dabei im Vordergrund:

1. Das Risiko einer falsch-positiven Zuordnung zur Gruppe der Persisters gilt es ebenso gut wie möglich auszuschließen wie
2. das Risiko eines falsch-negativen Ausschlusses betreffender Jugendlicher von einer Hormonbehandlung, mit der die ursprüngliche Pubertät unterdrückt und die Entwicklung der gewünschten sekundären Geschlechtsmerkmale induziert wird.

### 1.3 Faktoren zur Unterscheidung zwischen Persisters und Desisters

Die empirische Basis zur Unterscheidung zwischen den Persisters und den Desisters ist begrenzt. Allerdings liefern die wenigen Nachuntersuchungen Hinweise darauf, welche Variablen zur diagnostischen und klinischen Differenzierung beitragen können. Als ein relevanter Faktor wird die Ausprägung der Geschlechtsdysphorie in der Kindheit erachtet. Wallien und Cohen-Kettenis (N = 77; 21 persisters vs. 56 desisters; 2008) sowie Drummond et al. (N = 25 Mädchen; 2008) fanden, dass in der Gruppe der Persisters der Prozentsatz jener, die die diagnostischen Kriterien der GIS-DSM-IV vollständig erfüllten, signifikant höher ist als bei den Desisters. Die Persisters erlebten sich intensiver geschlechtsdysphorisch und zeigten offener geschlechtsrollenkonforme Verhaltensweisen als die Desisters. Im Hinblick auf die Unterscheidung zwischen einer Early-onset- und einer Late-onset-Entwicklung<sup>3</sup> (Nieder et al., 2011) sind sowohl die Intensität der Geschlechtsdysphorie als auch die Sichtbarkeit geschlechtsrollenkonformer Verhaltensweisen Schlüsselvariablen bei der Zuordnung zu der Gruppe der Early-onset.<sup>4</sup> In einer qualitativen Nachuntersuchung identifizierten Steensma et al. (2011) motivationale Unterschiede. Während die Persisters davon sprachen, das andere Geschlecht zu sein („Ich bin ein Mädchen!“), stand für die Gruppen der Desisters vielmehr der Wunsch im Raum, wie das andere Geschlecht sein zu wollen („Ich wäre gerne ein Mädchen!“). Der Leidensdruck bei den Persisters resultierte hauptsächlich direkt aus der Diskrepanz zwischen Körper und Erleben, während die Desisters vorwiegend darunter litten, aufgrund ihres Körpers nicht dem Erleben entsprechend wahrgenommen zu werden. In der jüngsten Nachuntersuchung wurden das Ausgangsgeschlecht und das Alter als demografische Prädiktoren für persistierende Geschlechtsdysphorie erfasst (Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman, Cohen-Kettenis, 2013). Mädchen waren häufiger persistierend als Jungen, und das insbesondere, wenn sie sich zu einem höheren Alter innerhalb der ersten Lebensdekade erstmals als geschlechtsdysphorisch in der Klinik vorstellten. Zudem

<sup>3</sup> Early-Onset = Personen, die vor der Pubertät (in der ersten Lebensdekade) ein starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht sowie ein anhaltendes Unbehagen im Geburts-geschlecht zeigen (Kriterien A und B der Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter nach DSM-IV-TR). Late-Onset = Personen, bei denen sich die genannten Kriterien A und B erst ab bzw. im Verlauf der Pubertät zeigen.

<sup>4</sup> Der Frage nach der Übertragbarkeit der Age-of-Onset-Typologisierung vom Erwachsenenalter auf das Kindes- und Jugendalter (early-onset vs. late-onset vs. residual; vgl. Nieder et al., 2011) wird in einem weiteren Beitrag in diesem Heft nachgegangen (s. Becker et al., 2014).

erlebten die Persisters ihre sexuelle Orientierung eher im Hinblick auf ihr eigenes Körpergeschlecht, sowohl auf der Ebene der Anziehung und der Phantasien als auch auf der Ebene der Identität.

Am Beispiel einer interdisziplinären Sprechstunde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) stellt der vorliegende Beitrag ein sich durch Multiprofessionalität und Einzelfallorientierung auszeichnendes, qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot dar, welches sowohl Diagnostik und Behandlung als auch Begutachtung beinhaltet. Unter individueller Annäherung an eine hohe prognostische Sicherheit sollen den betreffenden Jugendlichen angemessene Rahmenbedingungen für ihre gesunde und nachhaltige Entwicklung ermöglicht werden.

## 2 Behandlung

Die erste universitäre interdisziplinäre Sprechstunde für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsidentitätsstörung wurde 1987 von Dr. Bernd Meyenburg an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Frankfurt gegründet. Später folgten weitere interdisziplinäre Sprechstunden am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, der Charité Universitätsmedizin Berlin und dem Klinikum der Ludwigs-Maximilians-Universität München.

An der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am UKE werden seit 1998 Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie behandelt. Zu Beginn erfolgte die Behandlung im Rahmen der regulären ambulanten Sprechstunde in enger Kooperation mit dem Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie des UKE und beinhaltete zunächst ausschließlich psychotherapeutische Entwicklungsbegleitung. Erstmals im Jahr 2002 wurde nach eingehender interdisziplinärer Prüfung bei einer 13-jährigen Jugendlichen (Junge zu Mädchen) die erste pubertätsunterdrückende Behandlung und ab dem Jahr 2003 die gegengeschlechtliche Behandlung mit weiblichen Sexualhormonen durchgeführt (Preuss, 2005). Aufgrund der bis dato noch unzureichenden Erfahrungen mit einer gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung im Verlauf der Adoleszenz wurde der Entscheidungsprozess rund um die Indikationsstellung von einer multiprofessionellen Ethikkommission des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf begleitet und von dieser, genau wie vom damaligen Gender-Team zuvor, befürwortet.

Während in den Anfangsjahren des Versorgungsangebots die Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die mit Fragen und Problemen rund um das Thema Geschlechtsidentität an uns überwiesen wurden, verhältnismäßig gering war, stieg die Zahl seit 2005 stetig an. In Reaktion auf die Zunahme wurde 2006 am UKE eine „Interdisziplinäre Sprechstunde für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Problemen der geschlechtlichen Entwicklung“ (seit 2012: „Interdisziplinäre Spezialsprechstunde für Kinder und Jugendliche mit Variationen der Geschlechtsidentität“) gegründet. Sie besteht aus Mitarbeiterinnen

und Mitarbeitern der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (UKE), des Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie (UKE) sowie einem Mitarbeiter des Endokrinologikums in Hamburg-Altona (Dr. Achim Wüsthof). Das interdisziplinäre und institutionsübergreifende Herangehen ermöglicht uns, eine schnittstellenübergreifende Versorgung sicherzustellen und den komplexen Behandlungsanforderungen durch Nutzung der umfangreichen Erfahrungen von Kinder- und Jugendpsychiater/innen und -psychotherapeut/innen, Kinderendokrinologen sowie Genderspezialist/innen (Psychotherapie, Psychiatrie, Sexualmedizin) gerecht zu werden. Die Kooperation sichert eine reibungslose Überleitung der über 18-jährigen Personen in die Erwachsenenversorgung.

Ein Konzept und Protokoll zur interdisziplinären Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie wurde entwickelt und in den darauf folgenden Jahren vor dem Hintergrund neuer Forschungsergebnisse und Erfahrungen fortlaufend überarbeitet. Der Ansatz wird nachfolgend näher beschrieben.

### 3 Diagnostik

Die Diagnostik beginnt mit einer Anamneseerhebung zum familiären Hintergrund sowie zur bisherigen Entwicklung in der Kindheit. Im Anschluss werden sowohl spezifische als auch allgemein entwicklungspsychologische und kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchungen durchgeführt. Diese umfassen ausführliche Gespräche mit den Eltern und dem Kind bzw. dem oder der Jugendlichen. Die Diagnostik kann zu verschiedenen Terminen oder – bei Familien, die von außerhalb kommen – an einem Tag in mehreren aufeinanderfolgenden Sitzungen erfolgen. In der Regel erfolgt sie prozessbegleitend und erstreckt sich über einen längeren Zeitraum von mehreren Sitzungen bzw. Monaten. Ein Ziel der Evaluation ist die *Untersuchung der Geschlechtsdysphorie* in Hinblick auf das Bestehen einer Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters (s. Tab. 1, folgende Seite).

Zahlreiche Kinder und Jugendliche kommen mit seit früher Kindheit ausgeprägter Geschlechtsdysphorie in unsere Sprechstunde, andere präsentieren schwächere Symptome oder erfüllen nicht die Kriterien einer GIS-ICD (eine Übersicht über die Inanspruchnahmepopulation bei Becker et al., 2014). Einige Kinder und Jugendliche leben bereits seit vielen Jahren in der gewünschten Rolle und zeigen einen geringen Leidensdruck, während andere sich als Folge negativer Erfahrungen sozial stark zurückgezogen und sich erst spät den Eltern oder anderen Menschen anvertraut haben. Die Vorstellungsgründe sind – ähnlich dem klinischen Bild – mannigfaltig. Einige Eltern von z. B. Kindern im Kindergarten- oder Grundschulalter kommen, um im Umgang mit der Geschlechtsdysphorie beraten zu werden. Häufig kommen Jugendliche mit einem durch die pubertären körperlichen Veränderungen verursachten hohen Leidensdruck bis hin zu akuter Suizidalität und drängendem Wunsch nach baldiger Behandlung mit Sexualhormonen.

Tabelle 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, zum Beispiel männlicher Unterwäsche und anderer Accessoires;
  2. anhaltende Ablehnung weiblicher anatomischer Gegebenheiten, die sich in mindestens einem der folgenden Merkmale äußert:
    - Behauptung, einen Penis zu besitzen oder dass ein Penis wachsen wird;
    - Ablehnung, im Sitzen zu urinieren;
    - 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, zum Beispiel 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:
    - dass er zu einer Frau heranwachsen wird (nicht nur in eine weibliche Rolle);
    - dass sein Penis und seine Hoden ekelhaft sind oder verschwinden werden;
    - 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.

Im Rahmen ausführlicher diagnostischer Gespräche mit den Eltern und dem Kind bzw. der oder dem Jugendlichen geht es darum, die *Geschlechtsdysphorie* im *gesamten Entwicklungsverlauf* zu explorieren. Hierzu gehören:

- die Geschlechtsidentitätsentwicklung im Verlauf; der Ausdruck *geschlechtsdysphorischen* Verhaltens bzw. des Wunsches, dem anderen Geschlecht anzugehören (seit wann; wie: u. a. Spielverhalten, Äußerungen, Rollenverhalten; in welchem Kontext etc.),
- die Reaktionen der Eltern auf das Auftreten von *geschlechtsdysphorischen* Verhaltensweisen und Interessen; Förderung bzw. Einschränkung dieser Verhaltensweisen und Interessen durch die Eltern,
- das Führen eines Vornamens des anderen Geschlechts,
- der Geschlechtsrollenwechsel (wann, Kontext, in welcher Form),
- die Reaktionen des erweiterten familiären und sozialen Umfeldes.

In den Gesprächen mit dem Kind bzw. Jugendlichen stehen darüber hinaus folgende Aspekte im Mittelpunkt:

- das individuelle Körpererleben,
- die Sexualanamnese, das heißt u. a. die Exploration von Körper- und (möglichen) sexuellen Erfahrungen, der sexuellen Präferenz in Phantasie (z. B. über Schwärmerien) und Verhalten, Masturbationsphantasien,
- die Beziehungsgestaltung zu der Gruppe der Gleichaltrigen,
- der Wunsch nach körpermedizinischer Veränderung der geschlechtsspezifischen Erscheinung (endokrinologische und/oder chirurgische Maßnahmen),
- die Beziehung zu Eltern, Familie, Gleichaltrigen etc. und das Erleben ihrer Reaktionen auf die Geschlechtsdysphorie,
- der Leidensdruck, die Suizidalität und der Veränderungswunsch.

Die spezifische Diagnostik wird ergänzt durch eine allgemeine Entwicklungs- und Familienanamnese inklusive der Erfassung möglicher belastender und/oder traumatisierender Erfahrungen, dem familiären Funktionsniveau und der Beziehungsgestaltung bzw. Bindung zur Familie, Peers etc.

Fremdanamnestische Informationen durch Lehrer, Freunde etc. können zur Abrundung des klinischen Bildes eine sinnvolle Ergänzung darstellen und in Absprache mit der bzw. nach Zustimmung durch die Familie zusätzlich eingeholt werden.

In manchen Fällen, z. B. bei Unsicherheiten des Jugendlichen im Hinblick auf die Behandlungswünsche oder bei bestehender Komorbidität und damit einhergehenden offenen Fragen (z. B. ist die Geschlechtsdysphorie Folge einer sexuellen Traumatisierung), ist eine längere diagnostische Phase sinnvoll. Ergänzend können spezifische Fragebögen und Tests (Gender Dysphorie Scale, XX, CBCL/YSR/TRF etc.) eingesetzt werden.

Sind die Kriterien für eine GIS ebenso erfüllt wie weitere Voraussetzungen im Zusammenhang mit der körperlichen Pubertätsentwicklung (z. B. Exazerbation der Geschlechtsdysphorie im Zuge der beginnenden Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale, in der Regel bei Tannerstadium II) und besteht der Wunsch nach hormoneller Behandlung, erfolgt eine Zweitsicht durch einen erfahrenen Mitarbeiter des Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie am UKE sowie eine Konsultation beim Kinderendokrinologen. Dieser führt nach ausführlicher endokrinologischer Anamneseerhebung eine körperliche Untersuchung mit Fokus auf die Pubertätsentwicklung durch. Eine umfangreiche Labordiagnostik einschließlich Untersuchung des Hormonstatus (u. a. zum Ausschluss hereditärer Dysbalancen im Hormonprofil) sowie zyto genetische Basisanalysen (u. a. zur Erfassung chromosomaler Veränderungen) wird ebenso durchgeführt wie eine ausführliche Aufklärung über die endokrinologischen Behandlungsmöglichkeiten (Risiken/Nutzen) und die Auswirkungen auf die Fertilität bzw. die Möglichkeiten der Kinderwunschbehandlung (z. B. Kryokonservierung von Spermien).

Bei einem vorgebrachten Wunsch nach pubertätsunterdrückender Behandlung erfolgte eine kinderpsychiatrische oder kinderpsychotherapeutische Zweitsicht in der

Vergangenheit nicht im UKE, sondern durch unsere universitären Kooperationspartner in Frankfurt, München, Zürich oder Berlin. Dieses Vorgehen wurde seinerzeit im Rahmen der Arbeit des bundesweiten Arbeitskreises vor dem Hintergrund der Tragweite der Entscheidung bei jungen Patienten abgestimmt. Aufgrund der steigenden Fallzahlen wurden 2013 entschieden, nur noch Hilfesuchende mit speziellen Fragestellungen oder Unsicherheiten (z. B. wenn eine gravierende psychische Störung vorliegt, die eine Behandlung zum aktuellen Zeitpunkt unmöglich macht) in den anderen Zentren vorzustellen. Die interne Zweitsicht erfolgt seitdem durch die Gender-Spezialisten des Teams, die zur Absicherung die Indikationsstellung des Kinder- und Jugendpsychiaters bzw. -psychotherapeuten prüfen.

Nach der interdisziplinären Diagnostik und Indikationsstellung wird im Rahmen einer bzw. wenn nötig mehrerer Fallbesprechungen über die klinische Einschätzung und weitere Behandlung gesprochen. Besteht Dissens, wird der Fall in der Arbeitsgruppe diskutiert bis ein Konsens im Hinblick auf eine Entscheidung getroffen werden kann. Die Behandlungsempfehlung wird im Anschluss mit den Eltern und der oder dem Jugendlichen eingehend besprochen und die jeweiligen Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten geklärt.

## 4 Behandlung

### 4.1 Therapeutische Rahmenbedingungen

Empfohlen wird, die Behandlung in einem interdisziplinären Setting unter multiprofessioneller Beteiligung von Kinder- und Jugendpsychiater/innen bzw. Psychotherapeut/innen, Genderspezialist/innen und Kinderendokrinolog/innen durchzuführen. Als übergeordnete Ziele der Behandlung kommen in Betracht (vgl. Hembree et al., 2009; Möller, Schreier, Li, Romer, 2009; Möller, Schreier, Romer, 2009; WPATH, 2011):

1. die nicht wertende Akzeptanz und Anerkennung des Geschlechtsidentitätserlebens sowie der Ablehnung des Körpers bzw. dessen geschlechtsspezifischer Erscheinung,
2. Berücksichtigung und Unterstützung aller altersabhängigen Entwicklungsbereiche bzw. Entwicklungsaufgaben (Schule, Beziehung zu Gleichaltrigen, Ablösung etc.),
3. Versuch, die verschiedenen Probleme rund um das Geschlechtsidentitätserleben in ihrer Komplexität zu erfassen,
4. Unterstützung des Kindes, sich seinem/ihrem Geschlechtsidentitätserleben entsprechend wohl zu fühlen und individuelle Lösungen zu finden,
5. Reduzierung kindlicher Belastung in Bezug auf die Geschlechtsdysphorie, Erhöhung des allgemeinen Wohlbefindens und der Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung,
6. Stärkung der Eltern bzw. der Familien, eine akzeptierende und unterstützende Umgebung zu schaffen, die es dem Kind ermöglicht, sich zu entwickeln, sowie Bearbeitung der mit der Geschlechtsdysphorie einhergehenden familiären Schwierigkeiten,

7. Aufklärung der Familien über den aktuellen Stand der Forschung und die daraus ableitbaren Behandlungsmöglichkeiten,
8. Unterstützung des Kindes bzw. der/des Jugendlichen und ihrer/seiner Familie im Hinblick auf die Entwicklung des Geschlechtsidentitätserlebens Unsicherheiten und Ängste auszuhalten,
9. eingehende Beratung und Begleitung der Kinder bzw. der Jugendlichen und ihrer Familien in dem Prozess der Entscheidungsfindung,
10. wenn gewünscht, Unterstützung bei der Öffentlichmachung (*coming-out* und *going-public*) im familiären oder sozialen Umfeld sowie beim Wechsel der Geschlechtsrolle,
11. Arbeit an der Fähigkeit zur Symbolisierung und Konfliktbearbeitung (z. B. Ablösungsschwierigkeiten oder diesbezügliche Ambivalenzen, Konflikte mit Gleichaltrigen),
12. Ermutigung, sich mit dem eigenen Körper im therapeutischen Rahmen auseinanderzusetzen (Gespräche mit dem Therapeuten über sexuelle Gefühle und Phantasien, ggf. sexuelle Präferenzen, körperliche Veränderungen, das eigene Körperbild etc.).

## 4.2 Beratung der Eltern

Bei Kindern mit Themen rund um ihr Geschlechtsidentitätserleben bzw. ihre Geschlechtsdysphorie geht es häufig zunächst um eine Beratung der Eltern. Da nur bei einem geringen Prozentsatz die Geschlechtsdysphorie bis ins Jugendalter anhält, werden die Eltern zunächst über den gegenwärtigen Wissenstand hinsichtlich der Entwicklungsverläufe bei (persistierender oder desistierender) Geschlechtsdysphorie aufgeklärt (siehe oben). Dies ist vor allem im Hinblick auf die Frage eines Rollenwechsels und möglicher Schwierigkeiten, in die ursprüngliche Rolle zurückzukehren, von Bedeutung. Viele Eltern kommen in die Hamburger Sprechstunde mit Fragen, Ängsten und Unsicherheiten bezüglich der Entwicklung des individuellen Geschlechtsidentitätserlebens. Sie wollen wissen, ob ihr Kind noch „normal“ sei oder ihr Vorgehen, das geschlechtsvariante Verhalten zu akzeptieren bzw. unterstützen „richtig“ sei. Viele fühlen sich verunsichert, wollen Bestätigung, dass sie nichts „falsch“ machen oder die Geschlechtsdysphorie durch ihr Verhalten womöglich induziert haben. Manche sorgen sich um die Zukunft ihres Kindes und befürchten, dass es niemals glücklich werden könne.

Die Aufklärung bzw. das Nachdenken über die vielfältigen Möglichkeiten der Entwicklung bzw. Lebensgestaltung jenseits binärer Vorstellungen von Geschlecht und Identität, Rollenverhalten etc. als lebenslangen Prozess erleben viele Eltern als hilfreich und entlastend. Im Beratungsverlauf geht es darum, die Eltern zu unterstützen, Ängste und Unsicherheiten in Bezug auf das Nichtwissen bzw. die Unvorhersehbarkeit des weiteren Entwicklungsverlaufs aushalten zu lernen und Wege zu finden, wie die Eltern ihr Kind bestmöglich auf dem individuellen Weg unterstützen können. Neben einer akzeptierenden und fürsorglichen Haltung im Umgang mit der Geschlechtsdysphorie geht es auch darum, das Kind vor negativen sozialen Reaktionen zu schützen. So ist

es z. B. für viele Kinder wichtig, dass das soziale Umfeld über die besondere Situation informiert ist oder ein möglicher Rollenwechsel mit den Erziehenden, Lehrenden etc. gut vorbereitet wird. Sind negative soziale Reaktionen unvermeidlich, sollte darüber nachgedacht werden, wie das Kind bzw. der oder die Jugendliche geschützt werden kann (z. B. Rollenwechsel ausschließlich im familiären Rahmen).

Für manche Eltern ist die Anerkennung der Geschlechtsdysphorie ihres Kindes mit einem schmerzlichen Prozess des Abschiednehmens oder Schuldgefühlen verbunden. Manchmal werden eigene schmerzliche Erfahrungen oder Themen berührt. Eine Begleitung der Eltern oder gegebenenfalls Überweisung an Psychotherapeut/innen ist in diesem Fall hilfreich und ermöglicht den Eltern, in ihrer Elternfunktion ihrem Kind weiterhin unterstützend zur Verfügung zu stehen. Neben einer individuellen Behandlung haben sich auch Gruppensitzungen mit Eltern, wie sie u. a. in London angeboten werden (Di Ceglie u. Thümmel, 2006), als sinnvoll erwiesen.

Viele Eltern wünschen sich Kontakt und Austausch mit anderen Eltern in ähnlicher Situation. Es gibt zahlreiche Einrichtungen und Betroffenenverbände, die in den letzten Jahren gegründet wurden und den Eltern zur Kontaktaufnahme empfohlen werden. Die eigenen Erfahrungen mit anderen zu teilen, die in einer ähnlichen Situation sind, und sich gegenseitig zu unterstützen, kann eine spürbare Entlastung und Ressource sein.

### 4.3 Sozialer Rollenwechsel

Einige Kinder und Jugendliche, die Hilfe am UKE suchen, leben bereits überwiegend zufriedenstellend in der Geschlechtsrolle, die (eher) mit dem Identitätserleben übereinstimmt, und machen in und mit ihrem sozialen Umfeld gute Erfahrungen. Einige Kinder wollen vor Erreichen der Pubertät, manchmal bereits in früher Kindheit, die Geschlechtsrolle wechseln. In diesem Fall stehen wir den Eltern bzw. Familien in ihrer Entscheidungsfindung beratend zur Seite, klären über die geringe Persistenzrate und mögliche Belastungen im Falle einer Rückkehr in die ursprüngliche Geschlechtsrolle auf und sprechen mit ihnen eingehend über die potenziellen Vor- und Nachteile. Alternative Lösungen (z. B. Wechsel nur zu Hause oder in bestimmten Situationen) werden ausgelotet und mit der Familie besprochen.

Viele Jugendliche möchten mit Beginn der Pubertät oder der Hormontherapie einen Rollenwechsel vornehmen. In diesem Fall geht es darum, die Jugendlichen und ihre Eltern zu unterstützen, die für sie besten Lösungen und Wege zu finden und sie auf ihrem Weg zu begleiten. Für viele Jugendliche ist ein mit dem Schulwechsel verbundener Rollenwechsel der geeignete Rahmen.

Stimmen die Eltern einem Rollenwechsel grundsätzlich nicht zu, ist es wichtig, sie in ihren Möglichkeiten zu fördern, ihr Kind zu unterstützen und einen akzeptierenden, fürsorglichen und Halt gebenden Rahmen zur Verfügung zu stellen. Dieser sollte dem Kind ermöglichen, Erfahrungen in der gewünschten Geschlechtsrolle unter geschützten Bedingungen zu machen (z. B. Ansprache mit dem gewünschten Namen und Pronomen, Rollenwechsel zu Hause).

#### 4.4 Hormonbehandlung

Nach einstimmiger Indikationsstellung erfolgt die Hormonbehandlung durch den Kinderendokrinologen. Als leitende Orientierungshilfe dient das Ziel, einen zu erwartenden psychischen und körperlichen Schaden abzuwenden. In Anlehnung an die *Clinical Guidelines der Endocrine Society* (2009) sowie den *Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health* (WPATH, 2011) liegen dem Hamburger Protokoll zur Hormonbehandlung folgende Kriterien zugrunde:

- Erfüllung der Kriterien einer Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters bzw. Transsexualismus nach ICD-10,
- langanhaltende und ausgeprägte Geschlechtsdysphorie,
- Zunahme der Geschlechtsdysphorie im Zuge der einsetzenden Pubertät,
- *bei Pubertätssuppression*: Erreichen von mindestens Tanner-Stadium II (Im Zusammenhang mit der Indikation zur Pubertätssuppression sind neben der Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale insbesondere endokrinologische Parameter von Bedeutung, bspw. zur Vermeidung des Stimmbruchs. Das chronologische Alter spielt eine untergeordnete Rolle.),
- Einschätzung der Ausprägungen der Geschlechtsdysphorie im Hinblick auf das Erleben und Verhalten des oder der Jugendlichen,
- Abwesenheit von psychiatrischer Komorbidität, die mit Diagnostik und/oder Behandlung interferiert,
- dem Entwicklungsstand angemessene Vorstellungen über die Folgen einer Hormonbehandlung (regelmäßige Einnahme/Applikation der Medikamente und Laborkontrollen, irreversible körperliche Veränderungen, Unfruchtbarkeit, Risiken etc.),
- Unterstützung durch die Eltern bzw. durch das soziale Umfeld,
- ausreichend stabile psychosoziale Situation des Jugendlichen,
- beide Eltern können eine Güterabwägung hinsichtlich einer geschlechtsangleichenden Behandlung vornehmen, haben realistische Vorstellungen der Konsequenzen und sind sich der Risiken und Grenzen bewusst,
- zur Indikation der *gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung* ist es neben der anhaltenden Äußerung des Wunsches nach entsprechender Hormonsubstitution notwendig, dass der Wechsel der Geschlechtsrolle bereits stattgefunden hat, zumindest in relevanten Teilbereichen des Lebens.<sup>5</sup> Zudem bedeutsam ist die Stabilität, mit der die oder der Jugendliche in der neuen Geschlechtsrolle lebt,
- begleitende psychotherapeutische Behandlung,

<sup>5</sup> In der Regel gehen wir in der Arbeit mit Jugendlichen davon aus, dass bei anhaltender Geschlechtsdysphorie ein Geschlechtsrollenwechsel intrinsisch gewünscht und eigenmotiviert durchgeführt wird. In Einzelfällen, z. B. bei bereits stark äußerlich vermännlichten transsexuellen Frauen oder zu befürchtenden negativen sozialen Reaktionen und fehlender Sicherheit (z. B. Diskriminierung, Mobbing) kann der Rollenwechsel erst mit beginnender gegengeschlechtlicher Hormonbehandlung und sozialen Veränderungen (Wechsel der Schule oder bei Ausbildungsbeginn) erfolgen.

- Fähigkeit, die Hormone entsprechend der Maßgabe regelmäßig einzunehmen bzw. zu applizieren.

Die *Pubertätssuppression* erfolgt bei beiden Geschlechtern mit GnRH-Analoga (u. a. Leuprorelin z. B. Trenantone®, alle drei Monate subkutan) oder alternativ bei transsexuellen Mädchen, deren männliche Pubertät schon weiter fortgeschritten ist, auch mit Cyproteronacetat (Androcur®, 10-15 mg oral/Tag). Sie gibt den Jugendlichen die Möglichkeit, die Geschlechtsidentitätsproblematik im Rahmen einer begleitenden psychotherapeutischen Behandlung bzw. von regelmäßigen Gesprächen in unserer Sprechstunde weiter zu explorieren und sich mit dem Wunsch nach Hormontherapie und geschlechtsangleichenden Maßnahmen und ihren Konsequenzen kritisch auseinanderzusetzen. Darüber hinaus lindert die Hormonbehandlung den in vielen Fällen erheblichen Leidensdruck und verhindert sekundäre Störungen, die durch das Fortschreiten der irreversiblen körperlichen Entwicklung (wie z. B. Stimmbruch) entstanden wären.

Bestehen die GIS sowie der Wunsch nach gegengeschlechtlicher hormoneller Behandlung weiter und wird letztere von den Eltern und dem interdisziplinären Gender-Team befürwortet, kann eine gegengeschlechtliche Behandlung begonnen werden. Kriterien hierfür sind ein erhöhter Leidensdruck und negative Auswirkungen auf die psychosexuelle Entwicklung. Die Diskrepanz zwischen der körperlichen Entwicklung der Betroffenen und ihrer Altersgenossen wird als sehr belastend empfunden. Werden außerdem die weiblichen Hormone bei transsexuellen Mädchen (biologischen Jungen) erst spät gegeben, verzögert sich der Verschluss der Epiphysenfugen, was zu einer höheren Endgröße führt. Dies wiederum kann mit gravierenden psychosozialen Schwierigkeiten in Bezug auf die spätere Partnerwahl einhergehen.

Die *gegengeschlechtliche Hormonbehandlung* erfolgt bei transsexuellen Jungen mit Testosteron (Depot-Injektion mit Nebido® alle drei Monate intramuskulär oder alternativ ein Testosterongel oder -pflaster) sowie bei transsexuellen Mädchen mit Estradiol (Estradiovalderat). Bei transsexuellen Jungen kann meist die Suppressionsbehandlung (Trenantone®) sechs Monate nach Beginn der Testosteron-Gaben beendet werden, während die GnRH-Analoga bei transsexuellen Mädchen kontinuierlich weitergegeben werden. Die Konsultationen beim Kinderendokrinologen erfolgen bis zum achtzehnten Lebensjahr in der Regel sechsmonatlich. Die Verabreichung der dreimonatlichen Spritzen kann bei auswärtigen Patienten in Kooperation mit dem wohnortnahen Hausarzt erfolgen.

Nachdem die Betroffenen sich durch eine gegengeschlechtliche Hormontherapie stimmiger in ihrem Körper fühlen, wünschen sich einige auch geschlechtsangleichende operative Maßnahmen. In vereinzelten Fällen wurden Mastektomien oder verweiblichende Operationen bereits ab dem Alter von 16 Jahren indiziert.

Die durch das fehlende Wissen (fehlende Evidenzbasierung durch Langzeitstudien an größeren Fallzahlen, begrenztes Wissen über Geschlechtsidentitätsentwicklungen sowie den Grundlagen persistierender Geschlechtsdysphorie) begründeten Dilemmata und

komplexen ethischen Fragen stellen eine Herausforderung für die klinische Versorgung dar. Als angemessen und zielführend im Umgang mit dieser Herausforderung wird daher eine interdisziplinäre, einzelfallorientierte Vorgehensweise erachtet, die der jeweiligen Problematik und Situation des Kindes bzw. der oder des Jugendlichen und seiner Familie gerecht wird. Hierzu gehört auch, individuelle Lösungen zu finden in Bezug auf das Coming-Out, den öffentlichen Geschlechtsrollenwechsel (das going-public) oder körpermedizinische Behandlungsmaßnahmen zur Veränderung der geschlechtsspezifischen Erscheinung (s. auch Nieder u. Richter-Appelt, in Druck). Damit verbunden ist die Frage, welchen Stellenwert die äußere Erscheinung bzw. die körperlichen Merkmale haben. Während es für Manche von essentieller Bedeutung ist, dass ihr Körper – soweit es die medizinischen Möglichkeiten erlauben – dem Geschlechtszugehörigkeitserleben angeglichen werden (mittels Behandlung mit Sexualhormonen und/oder deren Suppression sowie chirurgischen Eingriffen), lehnen andere eine Hormonbehandlung z. B. aufgrund der Nebenwirkungen ab oder wünschen nur bestimmte körpermedizinischen Maßnahmen (z. B. Mastektomie). Dies gilt es im Rahmen psychodiagnostischer Gespräche sowie in Vorbereitung auf die Indikation verschiedener möglicher körpermedizinischer Behandlungsmaßnahmen herauszufinden.

#### 4.5 Psychotherapeutische Behandlung

Liegt bei den Kindern oder Jugendlichen eine schwere, behandlungsbedürftige psychische Störung (z. B. Suchterkrankung, Psychose, schwere Dissoziationsneigung, Borderline-Problematik) vor, die mit der Behandlung interferiert, sollte diese zuerst im Rahmen der Psychotherapie adäquat und suffizient berücksichtigt werden. Erst nach erfolgreicher Stabilisierung sollte mit einer spezifischen Behandlung der Geschlechtsdysphorie begonnen werden. Allerdings scheint wichtig zu betonen, dass es manchmal erst die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung ist, die notwendige Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen schafft, auf deren Basis die oder der Jugendliche die anstehenden Entwicklungsaufgaben adäquat bewältigen kann bzw. sich mit den gegebenenfalls assoziierten psychischen Störungen auseinandersetzen kann. Häufig wird das persistierende Erleben der Geschlechtsdysphorie von reaktiven Symptomen (z. B. depressive oder Angstsymptome, Suizidalität) begleitet, die nach Beginn der spezifischen Behandlung und der damit einhergehenden Perspektive relativ zeitnah verschwinden.

Lässt sich die Geschlechtsdysphorie nicht eindeutig diagnostizieren oder infolge der Komorbidität nicht einschätzen, ob beispielsweise eine Hormonbehandlung indiziert ist, sind zunächst abwartendes Vorgehen und psychotherapeutische Klärungsarbeit nötig.

Die begleitende psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie hat einen wichtigen Stellenwert. Sie ermöglicht dem Kind bzw. der oder dem Jugendlichen, die mit den geschlechtsbezogenen Problemen im Zusammenhang stehenden Erfahrungen, Gefühle, Wünsche etc. tiefergehend zu explorieren und zu bearbeiten. Ein Ziel der Behandlung ist das Verstehen der Geschlechtsidentitätsproblematik in seiner Komplexität sowie der Unterstützung darin, Wege zu

finden, sich mit dem individuellen Geschlechtsidentitätserleben wohlfühlen und mit möglichen Belastungen besser umzugehen. Erfahrungsgemäß ist es hilfreich, den gesamten psychosozialen Ich- und Identitätsentwicklungsprozess gleichermaßen zu beachten und altersspezifische Aspekte wie die Ablösung von den Eltern oder den Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen zu berücksichtigen. Die Fokussierung auf den gesamten Entwicklungsprozess ermöglicht zudem die Aufdeckung möglicher auf die Geschlechtsidentitätsproblematik einwirkender individueller und familiärer Konflikte. Der geschützte therapeutische Rahmen kann zudem eine Auseinandersetzung mit den eigenen Körpererfahrungen (u. a. im Rahmen intimer bzw. sexueller Kontakte) und – im Falle einer körpermedizinischen Behandlung – eine Aufklärung über die möglichen somatomedizinischen Behandlungsmaßnahmen sowie eine Vorbereitung auf die damit einhergehenden körperlichen Veränderungen ermöglichen.

Die psychotherapeutische Behandlung kann in unterschiedlichen Settings erfolgen: durch den Kinder- und Jugendpsychologen/-psychotherapeuten der interdisziplinären Sprechstunde oder wohnortnah durch eine/n niedergelassene/n Kollegen/Kollegin (z. B. wenn die Patienten von außerhalb kommen). In jedem Fall erfolgt eine weitere Begleitung durch das Team unserer Sprechstunden im 6-12 wöchigen Abstand zur weiteren Verlaufsbeobachtung.

#### 4.6 Interventionen im sozialen Umfeld

Wenngleich es scheint, dass geschlechtsvariante Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter im Vergleich zum Beginn des 21. Jahrhunderts gesellschaftlich eher akzeptiert werden und Themen rund um Transsexualität (auch im Jugendalter) in den letzten Jahren zunehmende öffentliche Aufmerksamkeit erlangt haben, leiden die Betroffenen häufig unter Intoleranz, Diskriminierung, sozialer Ausgrenzung, körperlicher Gewalt und Mobbing. Viele Eltern bitten uns daher, z. B. zur Vorbereitung des Geschlechtsrollenwechsels Gespräche mit den Fachkräften aus Schule und Kindergarten zu führen. In Situationen, in denen geschlechtsrollennonkonforme Verhaltensweisen unterbunden werden sollen, gilt es über jene Verhaltensweisen und dem Erleben von Geschlechtsdysphorie aufzuklären und gemeinsam nach individuellen Lösungen zu suchen. Vor dem Hintergrund der schwierigen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Bedingungen der Betroffenen ist das Engagement von mit geschlechtsvarianten Kindern und ihren Familien Arbeitenden im öffentlichen Bereich von großer Bedeutung.

## 5 Fazit und Ausblick

Es ist davon auszugehen, dass die Versorgungs- und Behandlungspraxis von Kindern und Jugendlichen mit ausgeprägter, persistierender Geschlechtsdysphorie weiterhin Thema kontroverser Debatten sein wird. Ein Teil der Annahmen, die der hier

skizzierten Vorgehensweise zugrunde liegen, sind weniger evidenzbasiert, sondern vielmehr erfahrungs- und meinungsbasiert. Methodisch hochwertige, im Hinblick auf die möglichen Ergebnisse wünschenswerte Untersuchungen, wie randomisierte kontrollierte Studien, sind aus klinisch-ethischen Gründen nicht durchführbar (z. B. die zufallsgenerierte Zuteilung der Inanspruchnahmepopulation zu einer Gruppe A, die den somato-medizinisch und psychotherapeutisch begleiteten Geschlechtsrollenwechsel durchführt und einer Gruppe B, die sich im Rahmen einer Psychotherapie mit der post-natal zugewiesenen Geschlechtsrolle und den geschlechtsspezifischen Körpermerkmalen arrangieren soll). Vor diesem Hintergrund ist zunächst festzuhalten, dass eine Behandlungsstrategie, die darauf abzielt, das Geschlechtsrollenverhalten und das Geschlechtsidentitätserleben dem zugewiesenen Geschlecht entsprechend konform zu „gestalten“, weder empirisch abgesichert noch evidenzbasiert ist (vgl. Drescher, 2013). Da es aus klinischer Sicht unmöglich ist, aus der Kindheit heraus eine sichere Prognose des zukünftigen Geschlechtsidentitätserleben zu stellen, sollte das Geschlechtsrollenverhalten des Kindes weder mehr als notwendig unterstützt noch mit dem Ziel der Konformität zum Zuweisungsgeschlecht unterbunden werden. Zum einen liegt keine Evidenz dafür vor, dass ein einmal prä-pubertär vollzogener sozialer Geschlechtsrollenwechsel bei peri-pubertär zurückgehender Geschlechtsdysphorie wieder unbeschadet rückgängig gemacht werden kann (bei Hinweisen auf nachteilige Effekte für die betroffenen Jugendlichen; vgl. Steensma u. Cohen-Kettenis, 2011). Zum anderen gilt es zu berücksichtigen, dass die interventionelle Beschränkung eines Kindes auf ausgewählte geschlechtstypische Verhaltensweisen einen potenziell schädigenden Einfluss haben kann und als Verhinderung einer möglichen homosexuellen Entwicklung ethisch nicht vertretbar ist (vgl. Dannecker, 2010). Den positiven klinischen Erfahrungen im Zusammenhang mit der oben skizzierten Behandlungspraxis aus unserer und anderen Arbeitsgruppen (vgl. Hewitt et al., 2012; Kreukels u. Cohen-Kettenis, 2011) steht eine nicht zu vernachlässigende Kritik gegenüber. Auch wenn bislang unseres Wissens international kein Fall bekannt wurde, bei dem die Verhinderung der ursprünglichen Pubertät einhergehend mit der späteren Induktion der gegengeschlechtlichen Pubertät im Nachhinein als Fehlindikation eingeschätzt wurde, liegen keine Befunde vor, wie sich die Hormonbehandlung auf die Entwicklung der individuellen Geschlechtsidentität auswirkt. Der Vorwurf der iatrogenen Induktion der Persistenz des konträr zum Körper empfundenen Geschlechtsidentitätserlebens bleibt somit unwiderlegbar im Raum stehen (vgl. Korte et al., 2008).

Für die Weiterentwicklung und Optimierung der Versorgungspraxis wird daher als notwendig erachtet, die skizzierte Vorgehensweise fortlaufend zu evaluieren und die Ergebnisse sowie die Erfahrungen mit anderen Zentren zu vergleichen. In Analogie zu den Entwicklungen im Bereich der Transgender-Versorgung im Erwachsenenalter stehen die enge Orientierung am Leidensdruck bzw. an der individuellen Geschlechtssinkongruenz der Betroffenen sowie das Ziel des nachhaltigen Wohlbefindens im Kontext individueller (Trans-)Identität im Vordergrund der (psycho-)therapeutischen Arbeit. Die Frage nach dem „eigentlichen“ oder „wirklichen“ bzw. „wahren“ Geschlecht

ist dabei zu vernachlässigen (vgl. Nieder, Briken, Richter-Appelt, in Druck). Um sich mit den Phänomenen im Kontext von Geschlechtsdysphorie und Geschlechtsinkongruenz zum Wohl der hilfesuchenden Kinder, Jugendlichen und Eltern adäquat und professionell auseinandersetzen zu können, scheinen folgende Haltungen und Vorgehensweisen empfehlenswert:

- Strukturelle Neutralität der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gegenüber der Entwicklungsrichtung der betroffenen Kinder und Jugendlichen,
- Offenheit für dynamische (genderqueere, non-binäre) Entwicklungen in Bezug auf Geschlecht und Identität (sowie ihrer Verschränkungen),
- transparentes und partizipatives Vorgehen mit den Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern,
- detailliertes Hintergrundwissen,
- fortlaufender Bezug zur wissenschaftlichen Literatur.

### Fazit für die Praxis

Bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie ist ein interdisziplinäres und entwicklungsbegleitendes Vorgehen notwendig, das der jeweiligen Situation und Geschichte des Kindes und seiner Familie Rechnung trägt. Nach eingehender Diagnostik und Verlaufsbeobachtung sollte mit den Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern ein individuell abgestimmter Behandlungsplan erstellt werden. Eine der individuellen Entwicklung und geschlechtlichen Vielfalt offen gegenüberstehende, abwartende Haltung ist seitens des Behandlungsteams wichtig, um das Kind/den Jugendlichen auf seinem Weg bestmöglich unterstützend zu begleiten.

### Literatur

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT.
- Bakwin, H. (1968). Deviant Gender-Role Behavior in Children: Relation to Homosexuality. *Pediatrics*, 41, 620-629.
- Becker, I., Gjergji-Lama, V., Romer, G., Möller, B. (2014). Merkmale von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie in der Hamburger Spezialsprechstunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63, 486-509.
- Coolidge, F. L., Thede, L. L., Young, S. E. (2002). The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics*, 32, 251-257.
- Dannecker, M. (2010). Geschlechtsidentität und Geschlechtsidentitätsstörungen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 23, 53-62.
- Davenport, C. (1986). A follow-up study of 10 feminine boys. *Arch Sex Behav*, 15, 511-517.
- Di Ceglie, D., Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 11, 387-396.

- Drescher, J. (2013). Controversies in Gender Diagnoses. *LGBT Health*, 1. DOI: 10.1089/lgbt.2013.1500(1).
- 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, 34-45.
- Endocrine Society (2009). Endocrine treatment of transsexual persons. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 94, 3132-3154.
- Green, R. (1987). The „Sissy Boy Syndrome“ and the Development of Homosexuality. New Haven: Yale University Press.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V., Montori, V. M. (2009). Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94, 3132-3154.
- Hewitt, J. K., Paul, C., Kasiannan, P., Grover, S. R., Newman, L. K., Warne, G. L. (2012). Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. *Med J Aust*, 196, 578-581.
- 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, 834-841.
- Kosky, R. J. (1987). Gender-disordered children: Does inpatient treatment help? *The Medical journal of Australia*, 146, 565-569.
- Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: The Amsterdam experience. [10.1038/nrendo.2011.78]. *Nat Rev Endocrinol*, 7, 466-472.
- Lebovitz, P. S. (1972). Feminine Behavior in Boys: Aspects of Its Outcome. *Am J Psychiatry*, 128, 1283-1289.
- 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.
- Möller, B., Schreier, H., Romer, G. (2009). Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Z Sex-Forsch*, 22, 227-254.
- Money, J., Russo, A. J. (1979). Homosexual Outcome of Discordant Gender Identity/Role in Childhood: Longitudinal Follow-Up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4, 29-41.
- Nieder, T. O., Briken, P., Richter-Appelt, H. (in Druck). Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *Psych Up2date*.
- Nieder, T. O., Herff, M., Cerwenka, S., Preuss, W. F., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R. H., Richter-Appelt, H. (2011). Age of Onset and Sexual Orientation in Transsexual Males and Females. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 783-791.
- Nieder, T. O., Richter-Appelt, H. (in Druck). Von der Transsexualität zur Geschlechtsdysphorie. In P. Briken, M. Berner (Hrsg.), *Praxisbuch Sexuelle Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Preuss, W. F. (2005). Kasuistik I: Transsexualität. In F. Resch, M. Schulte-Markwort (Hrsg.), *Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Sexualität* (S. 109-117). Weinheim: Beltz PVU.
- Steensma, T. D. (2013). From Gender Variance to Gender Dysphoria: Psychosexual Development of Gender Atypical Children and Adolescents. Doctorate PhD Thesis, VU University Medical Center, Amsterdam.
- Steensma, T. D., Biemond, R., Boer, F. d., Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16, 499-516.

- Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender Transitioning before Puberty? *Arch Sex Behav*, 40, 649-650.
- 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, 582-590.
- van Beijsterveldt, C. E., Hudziak, J. J., Boomsma, D. I. (2006). Genetic and environmental influences on cross-gender behavior and relation to behavior problems: A study of Dutch twins at ages 7 and 10 years. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 647-658.
- Wallien, M. S., Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1413-1423.
- WPATH (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7<sup>th</sup> Version. Minneapolis: WPATH.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J. (1995). Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. New York: Guilford Press.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Sanikhani, M. (1997). Sex Differences in Referral Rates of Children with Gender Identity Disorder: Some Hypotheses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 217-227.
- Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys. Outcome and significance for homosexuality. *J Nerv Ment Dis*, 172, 90-97.

**Korrespondenzanschrift:** Dr. Birgit Möller, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Schmeddingstraße 50, 48149 Münster; E-Mail: moellerb@ukmuenster.de

*Inga Becker und Saskia Fahrenkrug*, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; *Timo Ole Nieder, Wilhelm F. Preuss, Peer Briken und Hertha Richter-Appelt*, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie; *Achim Wüsthof*, Endokrinologikum Hamburg; *Birgit Möller und Georg Romer*, Universitätsklinikum Münster