

PSYCH *up2date*

6 · 2017

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen 7

Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen

Dagmar Pauli

VNR: 2760512017152372100
DOI: 10.1055/s-0043-115159
PSYCH up2date 2017; 11 (6): 529–543
ISSN 2194-8895
© 2017 Georg Thieme Verlag KG

Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs im Dunkelfeld – das Hamburger Modell P. Briken, W. Berner, A. Flöter, V. Jückstock, F. von Franqué Heft 3/2017

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung C. Stiglmayr Heft 2/2017

Diagnostik und Therapie der Internetabhängigkeit B. te Wildt Heft 1/2017

Schematherapie bei Cluster-B- und -C-Persönlichkeitsstörungen E. Fassbinder, N. Erkens, G. Jacob Heft 5/2016

Selbstunsichere und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen P. Fiedler, M. Marwitz Heft 3/2016

Skillstraining für Patienten mit Borderline-Störung M. Armbrust, C. Ehrig Heft 1/2016

Artifizielle Störungen und Münchhausen-Syndrome H. Freyberger Heft 5/2015

Störung des Sozialverhaltens mit fehlenden prosozialen Emotionen C. Stadler, L. Kersten, M. Prätzlich Heft 4/2015

Dialektisch-behaviorale Therapie der PTBS bei Patientinnen mit schwerer Störung der Emotionsregulation R. Steil, C. Dittmann, S. Matulis, M. Müller-Engelmann, K. Priebe Heft 1/2015

Theorie und Praxis der mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung S. Euler, U. Schultz-Venrath Heft 6/2014

Pathologischer PC- und Internetgebrauch bei Kindern und Jugendlichen O. Bilke-Hentsch, A. Aden, T. Lemenager Heft 5/2014

Therapie der Essstörung durch Emotionsregulation U. Schweiger, V. Sipos Heft 4/2014

Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie T. Nieder, P. Briken, H. Richter-Appelt Heft 6/2013

Nichtsuizidale Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen M. Kaess, R. Brunner, F. Resch Heft 2/2013

Aggressive Verhaltensstörungen C. Stadler, K. Schmeck Heft 1/2013

Achtsamkeitsbasierte Therapie J. Michalak, S. Blaeser, T. Heidenreich Heft 4/2012

Body Integrity Identity Disorder – Körperidentität durch erwünschte Behinderung E. Kasten Heft 3/2012

Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) der Borderline-Persönlichkeitsstörung S. Doering Heft 2/2012

Kaufsucht A. Müller Heft 6/2011

Pathologisches Spielen R. Poespodihardjo, B. Laskowska, G. Wiesbeck Heft 5/2011

Soziopathie und „Psychopathy“ J. Müller Heft 4/2011

Kleptomanie M.-A. Edel, A. Rudel, G. Juckel Heft 5/2010

Die schizotype Persönlichkeitsstörung C.-H. Lammers, T. Schömgig Heft 5/2010

„Süchtige“ Computer- und Internetnutzung K. Petersen, R. Thomasius Heft 2/2010

Schematherapie: Ein Ansatz zur Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen E. Dieckmann, W. Behary Heft 1/2010

Schematherapie mit dem Moduskonzept bei Persönlichkeitsstörungen G. Jacob, D. Bernstein, K. Lieb, A. Arntz Heft 2/2009

Sexuelle Deviationen A. Hill, P. Briken, W. Berner Heft 1/2009

Impulskontrollstörungen D. Ebert Heft 5/2008

Neurobiologie der Emotionsregulation B. Derntl, U. Habel Heft 4/2008

ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift: online wie offline, am PC und mobil, alle bereits erschienenen Artikel. Für Abonnenten kostenlos! <https://eref.thieme.de/psych-u2d>

JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet? Ein Klick genügt: www.thieme.de/eref-registrierung

Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen

Dagmar Pauli



Um psychische Schäden zu verhindern, ist es wichtig, genderdysphorische Kinder und Jugendliche ernst zu nehmen und das soziale Umfeld frühzeitig aufzuklären. Neben psychotherapeutischer Begleitung der Kinder und ihrer Eltern kann ggf. auch eine medizinische Behandlung indiziert sein, z. B. zur – notfalls reversiblen – Pubertätsblockade. So gewinnen die Jugendlichen zusätzliche Zeit für die Identitätsfindung und endgültige Entscheidung.

Einleitung

Ein Artikel zum Thema Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie im Kindes- und Jugendalter stellt zum heutigen Zeitpunkt eine besondere Herausforderung dar. Kaum eine psychiatrische Thematik wird derart kontrovers in Fachkreisen diskutiert und kaum eine Herangehensweise an eine psychiatrische Diagnose hat sich im letzten Jahrzehnt so verändert, wie Diagnostik und Behandlung der Diagnosen „Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter“ und „Transsexualität“ gemäß ICD-10. Das Feld ist in Bewegung, die Leitlinien in Vorbereitung für die nächste Revision, die Medienaufmerksamkeit groß. Dieser Artikel versucht, sowohl den aktuell wachsenden Forschungsstand als auch die immer noch großen Lücken evidenzbasierten Wissens darzustellen. Auf dem Hintergrund der uns vorliegenden Informationen sowie internationaler Best-Practice-Beispiele wird ein Vorschlag für das konkrete Vorgehen für die Praxis erstellt. Im Einzelfall werden Fachpersonen Entscheidungen nach sorgfältigem Abwägen aller Umstände gemeinsam mit den Betroffenen und deren Familien fällen müssen.

Merke

Spezialisierte Zentren im deutschsprachigen Raum befassen sich mit der Thematik von Geschlechtsinkongruenz, Genderdysphorie und deren Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, z. B. in Berlin, Frankfurt/Main, Hamburg, München, Münster und Zürich.

International berichten alle Zentren von einer rasanten Zunahme der Fallzahlen innerhalb der letzten Jahre, wobei ein Ende des Anstieges noch nicht abzusehen ist [1–3]. Immer mehr Eltern mit geschlechtsinkongruenten Kindern und zudem auch Jugendliche mit Genderdysphorie wenden sich an Fachpersonen, da sie durch extensive Medienberichterstattung über Fallbeispiele ermutigt werden. Psychiaterinnen und Psychiater sind daher auch

außerhalb der spezialisierten Zentren zunehmend mit Fällen konfrontiert. Sie müssen trotz nicht mehr dem aktuellen Wissensstand entsprechender diagnostischer Entitäten des ICD-10 fachkompetente Beratungen und Behandlungen anbieten können.

Diese Arbeit beschränkt sich auf die Empfehlungen zum Umgang mit genderdysphorischen Kindern und Trans*-Jugendlichen, bei denen die Geschlechtsidentität von dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht abweicht. Das Vorliegen einer Variante der körperlichen Geschlechtsentwicklung, auch als Inter* bezeichnet (Englisch: Disorders of Sex Development DSD, früher: Intersexualität) ist nicht Gegenstand dieses Artikels und schließt gemäß der formalen Definition im ICD-10 eine Trans*Identität aus. Kürzlich veröffentlichte erste Ergebnisse einer Langzeituntersuchung von Menschen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung zeigen jedoch, dass ca. 10% der betroffenen Erwachsenen auf einer Transgender-Skala erhöhte Werte aufwiesen [4]. Im DSM-5 wurde DSD ausdrücklich als Subtypus für die Kategorie Genderdysphorie mit aufgenommen. In der Praxis begegnen uns immer wieder Kinder und Jugendliche mit beiden Konstitutionen. Eine gute Übersicht des aktuellen Standes der Behandlungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche mit DSD liefern Kreukels et al. [5].

DEFINITION DER SCHREIBWEISE MIT *

Das * im Kontext dieses Beitrags bezeichnet als Ausdruck geschlechtlicher Vielfalt sämtliche Varianten von Geschlechtsidentität auch außerhalb des binären Mann-Frau-Schemas.

DEFINITIONEN**Transmann**

Trans*Person mit männlicher Geschlechtsidentität (meist mit zugewiesen weiblichem Geschlecht)

Transfrau

Trans*Person mit weiblicher Geschlechtsidentität (meist mit zugewiesen männlichem Geschlecht)

Transition

Übergang vom zugewiesenen Geschlecht in Richtung einer dem inneren Erleben entsprechenden Geschlechtsidentität

Begrifflichkeiten: respektvoller Umgang mit Trans*Identität

Die Wahl der Begrifflichkeit ist nicht trivial, da verständlicherweise ein hoher Anteil der Menschen mit einer Genderthematik auf eine wertfreie und ihrer Identität entsprechende Terminologie großen Wert legt.

Der Begriff Transsexualität wurde bereits im DSM-IV zugunsten von Geschlechtsidentitätsstörung verlassen, im DSM-5 als Genderdysphorie bezeichnet und wird auch im ICD-11 voraussichtlich durch Geschlechtsinkongruenz ersetzt werden [6]. Da die Geschlechtsidentität nicht im direkten Zusammenhang mit der sexuellen Orientierung steht (siehe auch Kapitel: Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung), wird der Begriff „Transsexualität“ von vielen Fachpersonen nicht mehr verwendet und auch von einer großen Zahl Betroffener abgelehnt. Trans*Personen werden nach ihrer Geschlechtsidentität benannt.

Merke

Trans*Identität und Trans*Gender (mit oder ohne *) beschreiben den Zustand der Inkongruenz zwischen der Geschlechtsidentität und dem zugewiesenen Geschlecht.

Geschlechtsangleichung (Englisch: gender affirmation) als Bezeichnung von Schritten im Transitionsprozess sollte den noch häufig gebrauchten Begriff der „Geschlechtsumwandlung“ ersetzen. Hierdurch wird zum Ausdruck gebracht, dass es sich nicht um eine Art Verwandlung, sondern um eine Anpassung an das als genuin erlebte innere Geschlecht handelt. Als Fachperson spricht man daher auch von geschlechtsangleichenden Maßnahmen anstatt von gegengeschlechtlichen.

Zugewiesenes Geschlecht (Englisch: assigned gender) bezeichnet das Geschlecht, dem die betreffende Person aufgrund der Körperlichkeit bei Geburt zugeordnet wird. Der Begriff des „biologischen Geschlechtes“ als Bezeichnung für das Geburtsgeschlecht wird von Trans*Personen

größtenteils als unpassend empfunden, da hier implizit die Annahme zum Ausdruck kommt, dass das eigentliche und wahre Geschlecht das körperliche sei, wohingegen das psychische Geschlecht nicht biologisch verankert wäre.

Gendervarianz beschreibt bei Kindern ein geschlechtsatypisches Verhalten und geschlechtsatypische Vorlieben.

Cisgender beschreibt Individuen, deren zugewiesenes Geschlecht mit der Geschlechtsidentität übereinstimmt.

TIPP FÜR DIE PRAXIS

- Eine respektvolle Terminologie in der Kommunikation mit Betroffenen schafft Vertrauen.
- Hierbei wird großer Wert auf Bezeichnungen gelegt, die der Identität der Betroffenen möglichst gut entsprechen.

Gesellschaftlicher Hintergrund: das binäre Geschlechtersystem

Nicht alle Kulturen sehen das rein binäre Mann-Frau-Schema als für die Einordnung aller Individuen als passend an. Die Navajo-Indianer beispielsweise kannten eine Reihe von Geschlechtszuordnungen zwischen den Polen „männlich“ und „weiblich“. Kategorien wie „männlich in Erscheinungsbild und Verhalten mit weiblichem Körper“ oder „weiblich in Erscheinungsbild und Verhalten mit männlichem Körper“ sowie ein Zwischengeschlecht (androgyn) standen zur Auswahl. Menschen dieser besonderen Kategorien wurden hoch angesehen und als „Two Spirits“ bezeichnet [7].

Merke

Das binäre Mann-Frau-Schema ist in den meisten Kulturen fest verankert und führte über Jahrhunderte in vielen Gegenden der Welt dazu, jegliche Abweichung der Geschlechtsidentität und gendervarianten Verhaltens abzulehnen.

Transfeindlichkeit als Ausdruck gesellschaftlicher Ängste ist auch heute noch weltweit verbreitet und führt zu Ausgrenzung bis hin zu Gewalttätigkeit gegenüber Trans*Personen. Das Eurobarometer zeigte 2012, dass in allen europäischen Ländern die Vorbehalte gegenüber Trans*Personen höher waren als gegenüber LGB-Personen (lesbische, gay = schwule und bisexuelle Menschen) [8]. Auch Fachpersonen in Gesundheitsberufen zeigen gemäß internationaler Studien Vorurteile gegen Trans* Menschen [9], ein Sachverhalt der im deutschsprachigen Raum bisher nicht untersucht wurde. Das mit dem Trans*Sein verbundene gesellschaftliche Stigma wirkt sich negativ auf

die psychische Gesundheit der Betroffenen aus. Es gilt heute als gesichert, dass psychopathologische Auffälligkeiten und soziale Probleme nicht vor allem als Ausdruck der genuinen Genderdysphorie von Trans* Menschen interpretiert werden können, sondern zu einem großen Teil auch als eine Reaktion auf fehlende Unterstützung und Akzeptanz im Umfeld verstanden werden müssen [10].

Merke

Psychopathologische Auffälligkeiten und psychosoziale Probleme von Trans* Menschen treten deutlich häufiger auf bei geringer Akzeptanz im Umfeld und fehlender familiärer Unterstützung.

Diagnostik

Im DSM-IV wurde das Phänomen Trans* unter dem Begriff der Gender Identity Disorder (Geschlechtsidentitätsstörung) als psychiatrisches Störungsbild im Kapitel der Sexual and Gender Identity Disorders (Sexuelle Störungen und Geschlechtsidentitätsstörungen) gemeinsam mit den Paraphilien abgehandelt. Im ICD-10 befindet sich die Diagnose Transsexualismus im Kapitel der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Betroffene und die meisten Fachpersonen lehnen beide Optionen als unpassend ab. Man diskutiert deshalb für die Revisionen der diagnostischen Manuale, wo und ob überhaupt innerhalb der Manuale die Entität der Geschlechtsdysphorie bzw. Geschlechtsinkongruenz anzusiedeln ist. Einerseits wird argumentiert, die Klassifikation als psychische Störung stelle eine Stigmatisierung für Trans* Menschen dar und die aktuell hohe Rate an psychopathologischen Auffälligkeiten gemäß Studienlage sei vor allem eine Folge sozialer Ausgrenzung. Auf der anderen Seite wird der Verbleib in den Manualen als wichtig für den Zugang zu medizinischen Maßnahmen innerhalb der Gesundheitssysteme angesehen [11, 12].

Merke

Im DSM-5 gibt es eine eigene Kategorie der Genderdysphorien außerhalb der psychischen Störungen. Erst wenn ein Leidensdruck vorliegt, hat Genderdysphorie gemäß DSM-5 einen Störungswert [13].

ICD-10

Derzeitiger Stand

Die heute noch gültigen Kriterien des ICD-10 für die Diagnose F 64.0 Transsexualismus zementieren die Grundlagen des traditionellen rein binären Geschlechtersystems nach dem Motto: Wer keine Frau ist, muss körperlich ein ganzer Mann sein oder umgekehrt. Folgerichtig wird die Diagnose mit dem Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen verpflichtend verbunden. Aufgrund von Erhebungen über die geschlechtliche Vielfalt von Trans* Menschen zeigt sich, dass die Diagnose einem Drittel der Betroffenen nicht gerecht wird [14]. Zudem haben Trans* Personen ihre Erzählungen gegenüber den

FALLBEISPIEL

Lilli, 9 Jahre

Lilli wurde bei Geburt als Junge zugeordnet, begann aber bereits im Alter von 3 Jahren vehement zu vertreten, dass sie ein Mädchen sei. Die Eltern beschreiben, dass sie sich von Anfang an stark von ihrem älteren Bruder unterschied. Mit 4 Jahren erklärte sie plötzlich, dass sie Lilli heiße und bestand darauf, dass alle sie so nennen müssten. Sie liebte Puppen, Stofftiere, zeichnete gern und konnte sich stundenlang mit sich selbst beschäftigen. Ihre Lieblingsfarbe war Rosa-rot. Die Eltern waren der Meinung, dass auch Jungen mit Puppen spielen dürfen und kauften ihr die Dinge, die sie gerne hatte. Beim Kleiderkauf bestanden sie jedoch darauf, dass Lilli ihre Kleider in der Jungenabteilung aussuchte. Immer wieder versuchte sie dennoch, die Mutter in die Mädchenabteilung hinüber zu ziehen. Der Vater wollte Lilli zusammen mit dem älteren Sohn fürs gemeinsame Fußballspiel begeistern, musste aber bald erkennen, dass Lilli kein echtes Interesse dafür entwickelte. Lilli war im Kindergarten ein beliebtes Kind und spielte vor allem mit den Mädchen Rollenspiele oder in der Puppenecke. Sie wurde von allen so akzeptiert, wie sie war. Zu Hause gab es häufig Tränen und Kämpfe, da Lilli sich Mädchenkleider wünschte und „wie die anderen Mädchen“ einen Rock tragen wollte. Schließlich gaben die Eltern nach und kauften ihr einige Kleider in der Mädchenabteilung, die sie aber nur zu Hause anziehen durfte. Für kurze Zeit war sie glücklich damit, dann bestand sie vehement darauf, diese Kleider auch im Kindergarten anziehen zu dürfen. Sie wurde von einem fröhlichen zu einem wütenden und traurigen Kind und verlangte zunehmend, ein Mädchen sein zu dürfen. Die Eltern suchten Rat beim Hausarzt, der ihnen anriet, das gendervariante Verhalten zu tolerieren. Im 2. Kindergartenjahr beschlossen die Eltern dann, dass Lilli fortan auch im Kindergarten und in der Nachbarschaft als Mädchen herumlaufen dürfe. Sie bezeichneten sie fortan mit dem gewünschten Namen Lilli und dem Pronomen „sie“. Seither ist in der Familie Ruhe eingekehrt und Lilli entwickelt sich gut. Als sie zum ersten Male in unsere Sprechstunde kommt, lebt sie bereits seit 2 Jahren vollständig als Mädchen und präsentiert sich ansonsten völlig unauffällig.

Erläuterung

Bei diesem Kind handelt sich um einen sogenannten „early onset“ Trans* Gender-Fall mit einem toleranten Umfeld. Die Eltern konnten sich frühzeitig an den Gedanken gewöhnen und die Tatsache akzeptieren, dass Lillis Identität weiblich ist, sodass die Integration gelang. Fallbeispiele wie dieses werden zunehmend häufig in den Medien dargestellt. In der aktuellen klinischen Inanspruchnahme der Praxen und spezialisierten Zentren überwiegen jedoch die Fälle, bei denen sich eine Trans* Identität erst in der Pubertät oder später zeigt. Meist gestaltet sich die Auseinandersetzung mit dem Thema Trans* hier deutlich schwieriger (mehr dazu im Kapitel „Einbezug der Familie“).

DEFINITION**ICD-10 F 64.0: Transsexualismus (modifiziert nach [15])**

- Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden
- Unbehagen oder Gefühl der Nichtzugehörigkeit gegenüber dem eigenen anatomischen Geschlecht
- Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den Körper so weit wie möglich an das bevorzugte Geschlecht anzugleichen
- mindestens 2 Jahre Dauer
- Ausschluss von Intersexualität und nicht als Teil einer anderen psychischen Störung

Fachpersonen jahrelang den Formulierungen des Manuals angepasst, wodurch der beratende und therapeutische Zugang entscheidend beeinträchtigt war [6].

Die Diagnose im Kindesalter vor der Pubertät beinhaltet nach ICD-10 einerseits die Gefühlsdimension des Unbehagens mit dem eigenen Geschlecht, andererseits eine Verhaltensdimension. Kinder, denen vom Umfeld her ein gendervariantes Verhalten nicht gestattet wird, werden somit von der Diagnose ausgeschlossen. Ab der Pubertät wird die Diagnostik unter F 66 (sexuelle Reifungskrisen) vorgeschrieben, obwohl unter dieser Kategorie ausdrücklich nur Störungen in Verbindung mit der sexuellen Orientierung (wie z. B. eine ich-dystone Homosexualität) und nicht mit der Geschlechtsidentität beschrieben sind.

Als Ausweg aus dem Dilemma der nicht mehr aktuellen Formulierungen des ICD-10 empfehlen wir, die neueren Begriffe wie Trans*Identität und Genderinkongruenz in der Kommunikation mit Betroffenen zu verwenden, wobei in der schriftlichen Dokumentation und Berichterstattung jeweils die entsprechenden ICD-10-Diagnosen zusätzlich zu bezeichnen sind. Für die Diagnose von Trans*Identität nach der Pubertät kann auch im Jugendalter bereits die Diagnose F 64.0 anstatt der nicht passenden vorgeschlagenen F 66 Diagnosen (sexuelle Reifungskrise) verwendet werden. Letztere sollten nur verwendet werden, wenn es sich nach eingehender Untersuchung um eine Störung hinsichtlich der eigenen Zuordnung in der sexuellen Orientierung handelt, wie z. B. die Ablehnung der eigenen Homosexualität.

Geplante Neuerungen im ICD-11

Im ICD-11 wird die neue Kategorie Geschlechtsinkongruenz, die wahrscheinlich außerhalb des Kapitels der psychischen Störungen angesiedelt sein wird, die Diagnose Transsexualität ersetzen. Ein Leidensdruck wird nicht mehr zwingend erforderlich sein, sodass Behandlungen auch präventiv zur Vermeidung eines bei Nichtbehand-

DEFINITION**ICD-10 F 64.2: Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters (modifiziert nach [15])**

- anhaltendes und andauerndes Unbehagen über das zugefallene Geschlecht
- Wunsch oder ständige Beteuerung, zum anderen Geschlecht zu gehören
- andauernde Beschäftigung mit Kleidung/Aktivitäten des anderen Geschlechtes sowie Ablehnung der Kleidung/Aktivitäten des eigenen Geschlechtes oder
- anhaltende Ablehnung der geschlechtsbezogenen anatomischen Gegebenheiten
- tiefgreifende Störung der Geschlechtsidentität (bloße Knabenhaftigkeit bei Mädchen oder Mädchenhaftigkeit bei Knaben reicht nicht aus)
- besteht mindestens 6 Monate
- Pubertät ist noch nicht erreicht

lung zukünftig antizipierten Leidens möglich sein werden. Wie auch im DSM-5 werden nichtbinäre Identitäten ausdrücklich eingeschlossen sein und DSD kein Ausschlusskriterium mehr darstellen [6]

Diagnostisches Vorgehen

Gemäß Definition im DSM-5 und geplanter Revision der ICD-11 gilt, dass die Diagnose einer dauerhaften Genderdysphorie bzw. Geschlechtsinkongruenz auf rein subjektivem Erleben basiert und nicht vor allem am Verhalten abgelesen werden kann. Im Umgang mit Menschen mit Geschlechtsinkongruenz ist es daher empfehlenswert, wenn die Untersuchenden sich vor allem auf die genaue Exploration des inneren Erlebens der Betroffenen abstützen. Auch bei Kindern und Jugendlichen ist dem Bericht über das innere Erleben und dessen zeitlichem Verlauf ein hoher Wert beizumessen. Ebenso wichtig ist die Exploration der Eltern, wobei zu beachten ist, dass diese sich häufig auf das beobachtete Verhalten sowie die expliziten Äußerungen der Kinder und Jugendlichen beziehen. Verhalten und Aussagen junger Betroffener gegenüber Bezugspersonen können unter Umständen vom inneren Erleben der Identität stark abweichen. Dies wird besonders stark beobachtet in Fällen, in denen die Akzeptanz geschlechtsvarianter Verhaltensweisen und Äußerungen durch das Umfeld gering sind.

Merke

Bei Kindern und Jugendlichen empfiehlt sich ein prozessualer diagnostischer Prozess im Sinne einer Verlaufsbeobachtung.

Es gibt keine zuverlässigen Testverfahren, die eine sichere Zuordnung zur Diagnose einer dauerhaften Trans*Identität zu einem bestimmten Zeitpunkt erlauben. Hierbei ist

dringend zu beachten, dass ein längerer Verlauf auch bereits vor dem Hinzuziehen von Fachpersonen bestehen kann und die Beurteilung den anamnestisch erhobenen, bereits vor Erstkonsultation abgelaufenen Prozess mit einbeziehen sollte.

Fragebogen: Utrecht Gender Dysphoria Scale UGDS

Als niederschwellig durchführbares und in der Forschung bereits vielfach verwendetes diagnostisches Verfahren für das Kindes- und Jugendalter steht die Utrecht Gender Dysphoria Scale (UGDS) zur Verfügung. Sie liegt in zwei Versionen vor:

- Version für zugewiesene Mädchen (UGDS-F)
- Version für zugewiesene Knaben (UGDS-M) [16]

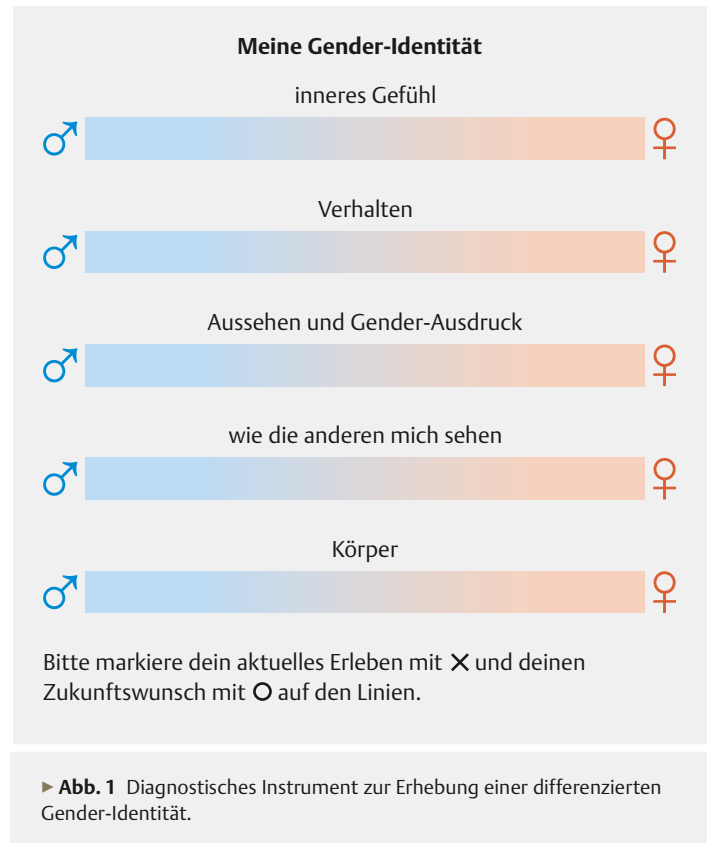
Gemäß der erst provisorisch veröffentlichten Daten einer Validierungsstudie unterscheidet sich die Gruppe der Trans*Jugendlichen deutlich von verschiedenen Kontrollgruppen (Durchschnittsbevölkerung, homosexuelle Jugendliche, Jugendliche mit Disorders of Sex Development, DSD) [17]].

TIPP FÜR DIE PRAXIS

Bei der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz steht das innere Erleben der Geschlechtszugehörigkeit im Vordergrund. Es empfiehlt sich eine prozessuale Diagnostik im Sinne einer Beurteilung des Verlaufs.

Im Gespräch mit Kindern und Jugendlichen mit Varianten der Geschlechtsidentität ist ein dimensionales Geschlechterkonstrukt zu bevorzugen. Hierdurch wird die Offenheit sowohl für klare Geschlechterzuordnungen als auch für nichtbinäre Identitäten signalisiert. Wir verwenden ein einfaches selbst entwickeltes Instrument (► **Abb. 1**), um das aktuelle Erleben verschiedener Aspekte der Geschlechtsidentität dimensional darzustellen. So werden aktuelle Inkongruenzen der jungen Betroffenen deutlich.

Die Diskrepanz zwischen innerem Gefühl und der Wahrnehmung durch andere bzw. den Körper wird sehr häufig als ursächlich für einen hohen Leidensdruck beschrieben, ebenso wie große Abstände zwischen der aktuellen Situation und dem Zukunftswunsch. Die gemeinsame Reflexion der verschiedenen Ebenen der Geschlechtsidentität anhand des diagnostischen Instrumentes kann helfen, im Gespräch einen therapeutischen Zugang zu den Kindern und Jugendlichen zu finden.



FALLBEISPIEL

Chris, 17 Jahre

Chris beschreibt, dass er sich schon seit frühester Kindheit als Junge fühlt. Er sei aber nicht ein „typischer Junge“, sondern sensibel, im Allgemeinen eher vorsichtig und nicht sehr wild. Chris wurde bei Geburt dem weiblichen Geschlecht zugewiesen und seine Eltern beschreiben, dass er schon immer ein burschikoses Auftreten hatte, aber auch viele in ihren Augen „weibliche Züge“. Seine weiblichen körperlichen Geschlechtsmerkmale lehnt Chris sehr stark ab. Er markiert in der Untersuchung mit dem Bogen „Mein Gender-Erleben“ sein inneres Erleben ganz nah am männlichen Pol, sieht sich aber von Aussehen, Gender-Ausdruck und Verhalten her eher in der Mitte. Er leidet sehr darunter, dass ihn die anderen als Frau wahrnehmen und wünscht geschlechtsangleichende Behandlungen, damit er von den anderen als Mann erkannt wird und er sich in seinem Körper wohler fühlen kann. Den Eltern fällt die Akzeptanz der männlichen Trans*Identität von Chris lange schwer, da sie in ihm keinen typischen Mann erkennen. Im Elterngespräch erweist sich die mit Chris vorbesprochene gemeinsame Reflexion anhand des Instruments zum Gender-Erleben hilfreich, um das Verständnis der Eltern zu fördern.

Inhalte der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen mit Genderdysphorie inklusive Anamnese der Bezugspersonen

- allgemeine Entwicklungsanamnese/Sozialanamnese
- allgemeine Familienanamnese
- Familienanamnese auch hinsichtlich LGBT bei Familienmitgliedern und Einstellungen in diesem Bereich
- Verhaltensanamnese, auch hinsichtlich geschlechtstypischer und -atypischer Aktivitäten und Vorlieben
- Entwicklung des Geschlechtsidentitätsempfindens ab frühester Kindheit (dimensional)
- Entwicklung des Körpererlebens vor, während und nach der Pubertät
- soziale Erfahrungen hinsichtlich Genderrolle, Outing, allfälliger Transition
- allfällige begleitende psychiatrische Symptomatik, insbesondere explizit depressive Verstimmungen, Suizidalität, Selbstverletzungen
- Sexualität (vorsichtige Exploration, für die Diagnose nicht obligatorisch): Gibt es Erfahrungen? Welche Vorstellungen haben die Jugendlichen zu diesem Thema? Haben sie eine sexuelle Orientierung, die sie benennen möchten?
- Träume: Träumen sich die Betroffenen im anderen Geschlecht?
- Erwartungen an Untersucher, Zukunftsvorstellungen

Cave

Vielen Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz fällt es schwer, über ihren Körper und ihre Sexualität zu sprechen. Dies betrifft u. U. bereits die Aussprache der Wörter für die abgelehnten Körpermerkmale. Hier ist ein respektvoller Umgang mit den Schamgefühlen der jungen Menschen unumgänglich. Eine Erklärung, warum Fragen zur Privatsphäre gestellt werden und das Erbitten der Erlaubnis dafür sind unbedingt notwendig.

Nichtbinäre Identitäten

Online-Umfragen unter Trans* Menschen zeigen, dass sich eine nicht unerhebliche Zahl von bis zu 36% non-binären Identitäten zwischen den Polen männlich und weiblich zuordnet [18].

Kinder ordnen sich nach klinischer Erfahrung praktisch immer klaren Geschlechterkategorien zu, da andere Konzepte in ihrer Erfahrungswelt nicht existieren und in aller Regel ihre Vorstellungskraft übersteigen. Jugendliche zeigen in einzelnen Fällen eine klar reflektierte kontinuierliche nichtbinäre Identität, welche nicht als „Übergangsstadium“ fehlinterpretiert werden sollte. Zu beachten ist, dass Jugendliche mit nichtbinären Identitäten die höchsten Raten an Suizidalität und Selbstverletzungen aufweisen, was möglicherweise mit der bisher sehr geringen gesellschaftlichen Akzeptanz dieser Formen des Trans*Seins zusammenhängen könnte [19].

DEFINITIONEN

Nichtbinäre Identität (Englisch: non-binary) = Überbegriff

Die Identität wird nicht als klar männlich oder weiblich, sondern zwischen diesen Polen erlebt.

Gender fluid

Die Identität wechselt immer wieder zwischen männlichem und weiblichem Identitätsempfinden.

Agender

Die Identität wird als weder weiblich noch männlich, sondern ohne geschlechtsbezogene Kategorie erlebt.

FALLBEISPIEL

Sheen, 15 Jahre

Sheen wird von einer jugendpsychiatrischen Klinik zum Konsilium bei uns angemeldet. Sheen erlebt sich weder als Mann noch als Frau und hat sich als „Agender“ in seiner Peergruppe geoutet. Als Pronomen möchte Sheen mit „sier“ angesprochen werden. Sheen, bei Geburt dem weiblichen Geschlecht zugewiesen und bisher unter dem Namen Lisa aufgewachsen, wirkt androgyn in Auftreten und Kleidung. Die stationäre Aufnahme war erfolgt aufgrund einer Selbstwertkrise, die in eine depressive Entwicklung mit Selbstverletzungen und Suizidalität mündete. Sier wünscht sich sehr, mit der besonderen Geschlechtsidentität anerkannt zu werden. Medizinische geschlechtsangleichende Maßnahmen möchte sier nicht durchführen. Bisher fällt es dem Umfeld schwer, Sheen in der aktuellen Identität wahrzunehmen. Eltern und Schule reagierten bisher mit hilflosem Unverständnis und versuchten, Sheens Identität im Rahmen einer allgemeinen Adoleszentenkrise als vorübergehend einzuordnen, wodurch sier sich nicht ernst genommen fühlte.

Epidemiologie und Verlauf

Die Häufigkeit von Trans* Identität in der Allgemeinbevölkerung ist noch nicht hinreichend geklärt. Unterschiedliche Konzeptualisierungen des Phänomens tragen zu divergierenden Prävalenzdaten bei. Ein Review unter Einbezug von 21 Prävalenzstudien zu Transsexualität nach ICD-10, von denen nur 12 für eine Metaanalyse ausreichendes Datenmaterial enthielten, ermittelte eine Gesamtprävalenz von 4,6 pro 100 000 (6,8 für Trans* Frauen und 2,6 für Trans* Männer). Die Prävalenz der Studien war jedoch über die letzten 50 Jahre deutlich gestiegen und basierte auf Schätzungen aufgrund von klinischer Inanspruchnahme, sodass die Autoren die tatsächliche Präva-

lenzrate höher einschätzen als in der Metaanalyse ermittelt [1]. Dies deutet darauf hin, dass durch die zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz immer mehr Trans*-Menschen sich outen und Hilfe suchen, wodurch ein scheinbarer Anstieg der Prävalenz entsteht, dessen Ende noch nicht absehbar ist. Eine neuere Umfrage in Neuseeland unter Studenten ergab, dass 1,2% sich als transgender definierten und 2,5% berichteten, sich darüber nicht sicher zu sein [20].

Merke

Die Häufigkeit von Gendervarianz (nicht geschlechtstypisches Verhalten) und Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter ist nicht sicher bekannt.

Eine große niederländische Studie zeigte eine Prävalenz von Geschlechtsinkongruenz bei Zwillingskindern von 2,3–5,3% je nach Alter und Geschlecht [21]. Obwohl in Elternbefragungen mit der Child-Behavior-Checklist (CBCL) bei Mädchen deutlich häufiger geschlechtsvariantes Verhalten angegeben wird (Items „Verhält sich wie ein Mädchen/Junge“ und „Wäre lieber ein Mädchen/Junge“), sind ca. 80% der im Kindesalter in den Genderzentren vorgestellten gendervarianten Kinder zugewiesene Knaben. Dies dürfte mit der höheren Akzeptanz von geschlechtsatypischem Verhalten bei Mädchen zusammenhängen. Im Jugendalter wird hingegen während der letzten Jahre zunehmend eine Verschiebung zu einer größeren Zahl vorgestellter Trans*Jungen beobachtet [22].

Untersuchungen zeigen, dass nur eine Minderheit der in Sprechstunden vorgestellten Kinder mit Geschlechtsinkongruenz später eine dauerhafte Trans*Identität entwickelt. In einer niederländischen Nachuntersuchung von jungen Erwachsenen, die als Kinder mit gendervariantem Verhalten vorgestellt worden waren, hatten 50% der gendervarianten zugewiesenen Mädchen, aber nur 20% der zugewiesenen Jungen später eine dauerhafte Trans*identität entwickelt. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Homosexualität ohne Trans*Identität entwickelt, lag für die Jungen bei 50% und die Mädchen bei ca.

HINTERGRUND

Persistenz einer Genderdysphorie vom Kindes- ins Erwachsenenalter

Hohe Intensität und früher Beginn sind Prädiktoren für die Persistenz einer Genderdysphorie. Bei zugewiesenen Mädchen liegt die Rate der Persistenz höher. Im Einzelfall lässt sich eine Persistenz nicht sicher vorhersagen. Bei Persistenz exacerbiert die Genderdysphorie in aller Regel sehr stark in den ersten Jahren der Pubertät. Eine Veränderung der Geschlechtsidentität ab dem Alter der Adoleszenz wird selten beobachtet.

25% [23]. In einer genaueren Analyse zeigte sich, dass ein früher Beginn und die Intensität der Genderdysphorie prädiktiv für die Persistenz ins Erwachsenenalter waren [24].

Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung

Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität bestehen unabhängig voneinander und stehen nicht in einem direkten kausalen Zusammenhang. Trans*idente Menschen können wie Cis*-Menschen sowohl hetero- als auch anderssexuell sein. Die sexuelle Orientierung hat auf die Behandlung einer Trans*Person keinen nachweisbaren Effekt [25]. Die Bezeichnungen hetero- bzw. homosexuell richten sich nach der Geschlechtsidentität. So wird sich ein trans*männlicher Jugendlicher als heterosexuell definieren, wenn sein sexuelles Interesse Frauen gilt und als homosexuell, wenn er sich zu Männern hingezogen fühlt. Eine nicht geringe Anzahl von Jugendlichen

FALLBEISPIEL

Tim, 15 Jahre

Tim erscheint 14-jährig mit seiner Mutter in der Sprechstunde für Geschlechtsidentität. Er beschreibt, dass er sich „im falschen Körper“ fühle und sich weibliche Formen wünsche. Der Stimmbruch ist bereits erfolgt und Tim leidet sehr stark unter seinem männlichen Erscheinungsbild. Er wirkt von Attitude und Bewegungen her eher feminin und ist ein sensibler und sozial v. a. bei Mädchen gut integrierter Jugendlicher. Er sei noch nie ein typischer Junge gewesen, bestätigt die Mutter. Tim erklärt mir in der Sprechstunde ausführlich den Unterschied zwischen seiner Trans*Identität und einer Homosexualität, mit der er sich nicht identifizieren kann. Er wisse schon seit der Kindheit, dass er „auf Jungen stehe“. Er könne sich aber später Sexualität mit einem Mann nur vorstellen, wenn er eine Frau sei. Nach einer ausführlichen Abklärung wird eine reversible Pubertätsblockade verordnet, um Tims weitere Vermännlichung vorerst zu verhindern und ihm Zeit für die weitere Ausreifung seiner Geschlechtsidentität zu geben.

Im folgenden Jahr finden begleitende Gespräche statt, in denen Tim v. a. sein Coming-out in der sozialen Umgebung bespricht und sich für eine Transition vorbereiten will. Wir empfehlen Tim die Teilnahme an einer LGBT-Jugendgruppe. Dort lernt er einen homosexuellen Jugendlichen kennen und verliebt sich in ihn. Er entdeckt seine Homosexualität und erklärt mir in der Sprechstunde, dass er sich in seiner Rolle als femininer schwuler Mann gefunden hat und keine Transition mehr wünscht. Er beschreibt im Nachhinein explizit, dass er zuvor seine Homosexualität „grusig“ empfunden und daher nicht habe als solche wahrnehmen können. Die hormonelle Pubertätsblockade wird abgesetzt. Tim ist sehr dankbar für die Zeit, die er durch diese Behandlung gewonnen hat und kann gereift in die späte männliche Adoleszenz eintreten.

unserer Sprechstunde bezeichnet sich als bisexuell oder auch als pansexuell. Letzteres wird dadurch definiert, dass die Betroffenen für Menschen verschiedener Geschlechter sexuelle und romantische Gefühle entwickeln können, also nicht nur für Männer und Frauen, sondern auch für nichtbinäre Menschen oder Trans*Personen.

Merke

Im Jugendalter kann eine ich-dystone sexuelle Orientierung in einzelnen Fällen eine vorübergehende Unsicherheit in der Geschlechtsidentität auslösen und unter Umständen als Trans*Identität fehldiagnostiziert werden.

Begleitende psychische Störungen

Kinder und Jugendliche mit Genderdysphorie weisen generell eine stark erhöhte Rate an Depressionen mit Suizidalität und Selbstverletzungen auf. In einer großen Studie mit gesamthaft 923 Trans*Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren aus Kanada zeigten 65% ernsthafte Suizidalität und 75% selbstverletzendes Verhalten [19].

Depression

Allerdings zeigen neuere Studien, dass stark genderinkongruente Kinder und Jugendliche, die eine soziale Transition entsprechend ihrer Geschlechtsidentität durchführten, keine erhöhten Raten von Depressionen und nur marginal erhöhte Angstwerte gegenüber Kindern und Jugendlichen einer Kontrollgruppe aufwiesen – dies sowohl im Elternurteil als auch im Selbsturteil [26].

Protektive Faktoren

Es gibt demnach eine zunehmende Evidenz, dass eine soziale Transition stark genderdysphorischer Kinder und Jugendlicher diese vor psychischen Fehlentwicklungen schützen kann. Im Erwachsenenbereich wurden soziale Unterstützung, Schutz vor Diskriminierung und geschlechtsangleichende medizinische Behandlungen als Schutzfaktoren vor Suizidalität und Suizidversuchen identifiziert [27].

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Kinder und Jugendliche mit starker Genderdysphorie haben häufig depressive Verstimmungen, soziale Ängste und ein deutlich erhöhtes Risiko für Suizidalität und Selbstverletzungen. Es gibt aber auch Trans*-Kinder und Trans*Jugendliche, insbesondere bei guter sozialer Akzeptanz und Transition ins Wunschgeschlecht, die psychisch gesund und sozial gut integriert sind.

Autismus-Spektrum-Störung

Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung weisen überzufällig häufig eine Genderdysphorie auf und zwar sowohl bei Mädchen als auch bei Knaben [28]. Ein Asperger-Syndrom gilt nicht als Ausschlusskriterium für eine Behandlung der Trans*Identität, häufig benötigen die Jugendlichen für die Entscheidung und Transition jedoch mehr Zeit als gleichaltrige Trans*Jugendliche ohne Autismus-Spektrum-Störung [29]. In der klinischen Untersuchung sowie in der Beratung von Jugendlichen mit Autismus und Trans*Identität ist eine Gesprächsführung angebracht, die deren Besonderheiten berücksichtigt. Eine geringere Introspektionsfähigkeit und Schwierigkeiten in der Beschreibung innerer Vorgänge müssen nicht auf eine unklare Geschlechtsidentität hindeuten.

Esstörung

In einigen Fällen kann bei einer Esstörung eine Genderdysphorie im Hintergrund vorhanden sein. Die hohe Unzufriedenheit mit der pubertären körperlichen Entwicklung kann dazu führen, dass eine Anorexie entsteht.

FALLBEISPIEL

David, 18 Jahre

David wurde bei Geburt als Mädchen zugewiesen und erkrankte mit 13 Jahren an einer schweren Anorexia nervosa. Er verbrachte insgesamt 4 Jahre in verschiedenen Kliniken – ohne nachhaltigen Erfolg der Behandlungen. Im Alter von 16 Jahren outete er sich, damals in stationärer Behandlung und mit einem Body-Mass-Index von 14,8, dass er lieber ein Junge sein wollte. Die Eltern konnten retrospektiv einiges aus Davids Geschichte besser verstehen und unterstützten ihn sehr in der sozialen Transition. David wünschte nun dringend geschlechtsangleichende Behandlungen, was aber bei seinem Untergewicht nicht möglich war. Er erklärte, dass er auf keinen Fall zunehmen könne, da sonst weibliche Formen entstehen würden, die er sich absolut nicht an seinem Körper vorstellen könne. David konnte in der Exploration in der Sprechstunde gut erklären, dass sich seine Anorexie inzwischen verselbstständigt hatte und er beide Diagnosen habe. Er beschrieb, dass er seinen „dicken Bauch“ nicht schön fände, dass dieser jedoch nicht fremd für ihn sei. Er könnte sich vorstellen, dies therapeutisch anzugehen. Brüste dagegen seien für ihn fremd und würden nicht zu ihm als Mann gehören. In der Therapie konnte ein Weg gefunden werden, dass David langsam an Gewicht zunahm und gleichzeitig eine Pubertätsblockade und nach einigen Monaten geschlechtsangleichende Hormone erhielt. Auf seinem Weg zum Mann genas er vollständig von der Anorexie und ist heute mit 18 Jahren ein normalgewichtiger und psychisch gesunder junger Mann.

Behandlung

Psychotherapie und Beratung

Die psychotherapeutische Behandlung dient v. a. der ausgangsoffenen Unterstützung der Kinder und Jugendlichen in der Identitätsentwicklung.

Merke

Eine sogenannte „reparative“ Behandlung, die eine „Aussöhnung mit dem Geburtsgeschlecht“ zum Ziel hat, ist obsolet.

Viele Kinder und Jugendliche benötigen psychotherapeutische Unterstützung zur Entwicklung von Selbstbewusstsein und Überwindung von Ängsten, um das von ihnen gewünschte Outing und die Transition durchzuführen. In einigen Fällen kann erst mit psychotherapeutischer Unterstützung eine nichtbinäre Identität oder eine zuvor ich-dystone Homosexualität entdeckt werden. Zukunftsperspektiven im Hinblick auf soziale Beziehungen, Partnerschaft und Sexualität sowie Berufsfindung können Themen in der psychotherapeutischen Begleitung darstellen, da diese Entwicklungsaufgaben bei trans*identen Jugendlichen besondere Herausforderungen mit sich bringen. Längst nicht alle Trans* Menschen benötigen eine psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne. Bei guter Akzeptanz im Umfeld und Integration genügt bei psychisch gesunden Trans*Kindern und -Jugendlichen eine Begleitung mit Gesprächen in größeren Abständen [29].

Unbedingt sollte intensiv auf die Vor- und Nachteile von medizinischen Behandlungen eingegangen werden, damit die diesbezügliche Urteilsfähigkeit abgeschätzt werden kann und evtl. unrealistische Erwartungen hinsichtlich einer vollkommenen Angleichung korrigiert werden können.

In einem 2017 im Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry veröffentlichten Artikel beschreiben die Autoren 10 Regeln für ärztliche Behandler, die sie gemeinsam mit Trans*Jugendlichen erarbeitet haben, um die Gesundheitsversorgung dieser vulnerablen Population zu verbessern.

Einbezug der Familie

Eltern sind nicht selten mit einem Trans*Kind oder Trans*Jugendlichen überfordert, insbesondere, wenn das Coming-out der Jugendlichen für die Eltern unvermittelt erfolgt, ohne dass sie zuvor in die inneren Kämpfe ihres Kindes Einblick hatten. In diesen Fällen benötigen Eltern in der Regel Zeit für einen Trauerprozess, da sie sich von dem Bild verabschieden müssen, das sie sich von ihrem Kind gemacht haben. Intensive Familien- und Elterngespräche stellen daher einen unverzichtbaren Bestandteil der Behandlung von genderdysphorischen Kindern

PRAXIS

10 Regeln für ärztliche Behandler

Regeln, die Trans*Jugendliche ihren Ärztinnen und Ärzten mitteilen möchten (übersetzt aus dem Englischen nach [30]):

1. Sexualität und „Gender“ sind 2 verschiedene Dinge – TOTAL getrennt voneinander.
2. Mit Fremden über diese Dinge zu sprechen, ist unangenehm.
3. Nichtbinäre Menschen existieren.
4. Namen, Pronomen und „Gender“ sind wichtig.
5. Sprich nicht über Genitalien, außer wenn es medizinisch notwendig ist.
6. Genitale und Brustuntersuchungen sind unangenehm und sie können besonders unangenehm für mich sein.
7. Pubertätsblocker und geschlechtsangleichende Hormone können mein Leben retten.
8. Bitte schule deine Mitarbeitenden. Viele ärztliche Besuche beginnen mit dem falschen Ton, eine Art Angriff. Dadurch verschließe ich mich.
9. Wenn ich depressiv oder ängstlich bin, ist es wahrscheinlich nicht deshalb, weil ich ein Problem mit meiner Geschlechtsidentität habe, sondern weil alle anderen damit ein Problem haben.
10. Lass mich wissen, dass du auf meiner Seite bist.

FALLBEISPIEL

Linus, 17 Jahre

Linus outet sich mit 15 Jahren gegenüber seinen Eltern als Transgender. Als Mädchen aufgewachsen, hat er seinen Eltern bisher nichts von seiner männlichen Identität mitgeteilt. Die Eltern sind schockiert und der Vater wehrt sich vehement gegen eine Transition. Im Gespräch verwendet er den Ausdruck „nur über meine Leiche“, um Linus von seinem Vorhaben abzubringen. Nach 2-jähriger Begleitung mit Familien- und Elterngesprächen hat der Vater Linus als jungen Mann akzeptiert und betont im letzten Gespräch bei uns: „Ich bin stolz auf meinen Sohn“.

und Trans*Jugendlichen dar. Die Teilnahme an Selbsthilfe-Elterngruppen kann sehr hilfreich sein und sollte von den Behandlern aktiv empfohlen werden.

Zeitpunkt der sozialen Transition

Häufig stellt sich die Frage, wann der richtige Zeitpunkt für ein soziales Coming-out, eine Transition sowie medizinische Maßnahmen erreicht ist. Eine sorgfältige Beratung stützt sich einerseits auf die erhobenen Befunde und den Leidensdruck der Betroffenen ab, bezieht aber auch den Standpunkt der Eltern mit ein.

Aufgrund der niedrigen Persistenz der Genderdysphorie von Kindern bis ins Erwachsenenalter wird von einigen Experten argumentiert, dass eine frühzeitige Transition vor der Pubertät später Probleme mit dem Rollenwechsel zurück ins Geburtsgeschlecht mit sich bringen könnte [31]. Wir sehen jedoch immer wieder Familien mit stark genderdysphorischen Kindern, bei denen eine Unterdrückung des Wunsches nach einem sozialen Rollenwechsel eine unzumutbare Belastung für das betroffene Kind darstellt und endlose Kämpfe in der Familie nach sich zieht.

Angesichts der neuen Befunde zu der Diskrepanz zwischen Kindern und Jugendlichen mit oder ohne soziale Transition hinsichtlich Psychopathologie und Suizidalität sollten Eltern vor allem dahingehend beraten werden, dass sie das Kind mit seinen Wünschen ernst nehmen und akzeptieren. Sie sind darüber aufzuklären, dass ein großer Teil der genderdysphorischen Kinder später nicht trans*ident wird und daher keine voreiligen Zuschreibungen und Entscheidungen am Platz sind. Es ist aber auch nicht richtig, Familien mit Kindern vor der Pubertät grundsätzlich von einer Transition abzuraten. Die Entscheidung, ob ein Kind oder Jugendlicher mit Genderdysphorie die soziale Rolle wechselt, muss im Einzelfall unter Abwägung aller Vor- und Nachteile von den Familien selbst getroffen werden, wobei den Experten eine beratende Rolle zukommt. In Fällen, bei denen ein Rollenwechsel ins andere Geschlecht vor der Pubertät stattfindet, sollte mit dem Kind und den Eltern ausführlich besprochen werden, dass dies keine abschließende Entscheidung darstellen muss und der Weg zurück offen bleiben sollte.

Medizinische Maßnahmen

Hormonelle Pubertätsblockade

Die Gabe von GnRH-Analoga bewirkt bei Trans*Jugendlichen eine reversible Unterdrückung der pubertären Testosteron- bzw. Östrogen-Ausschüttung. So lassen sich die irreversiblen körperlichen Veränderungen der Pubertät (bei zugewiesenen Jungen: Stimmbruch, Bartwuchs, männlicher Körperbau; bei zugewiesenen Mädchen: Brustentwicklung, weiblicher Körperbau, Menstruation) vorerst verhindern und somit Zeit für die Identitätsfindung bis zur definitiven Entscheidung hinsichtlich geschlechtsangleichender medizinischer Maßnahmen gewinnen. Wenn sich die/der betroffene Jugendliche später für ihr/sein zugewiesenes Geschlecht entscheidet, kann die Hormonblockade abgesetzt und die ursprüngliche pubertäre Entwicklung wieder aufgenommen werden.

Merke

Im Falle einer späteren Trans*Identität wird durch die Pubertätsblockade ein kosmetisch besseres Ergebnis hinsichtlich Anpassung an das Wunschgeschlecht erzielt. Im anderen Fall ist die Blockade reversibel.

In den Niederlanden wurde diese Behandlung bereits seit Jahrzehnten durchgeführt und umfassend evaluiert. Es zeigte sich, dass die mit Pubertätsblockade behandelten Trans*Jugendlichen ein deutlich besseres Ergebnis hinsichtlich Psychopathologie und sozialer Integration aufwiesen als später behandelte erwachsene Trans*Personen [32].

Gemäß den S1-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen der Geschlechtsidentität sollte die Hormonblockade nicht vor Tanner-Stadium 2 begonnen werden [33]. Dies ist wichtig, um den ersten Schub des pubertären Hormoneinschusses abzuwarten, der Änderungen in der Orientierung der Geschlechtsidentität mit sich bringen kann.

Einige Autoren argumentieren, dass eine Pubertätsblockade in frühem Alter möglicherweise Tatsachen schaffen, eine Trans*Identität begünstigen und eine homosexuelle Entwicklung im Geburtsgeschlecht verhindern könnte. Sie führen an, dass gemäß den holländischen Studien praktisch alle Jugendlichen mit Pubertätsblockade später geschlechtsangleichende Maßnahmen vornehmen ließen [31]. Andererseits ergab eine umfassende ethisch-empirische Befragung verschiedener europäischer und nordamerikanischer Zentren, dass stark genderdysphorische Kinder häufig ab Pubertätsstadium nach Tanner 2 mit Pubertätsblockade behandelt werden und auch die bisherige Altersbegrenzung für die geschlechtsangleichenden Hormone für Adoleszente an einigen Zentren gesenkt wird, um psychische Fehlentwicklungen zu verhindern und den Leidensdruck der Betroffenen zu mindern [34].

Merke

Weder die Pubertät zu unterdrücken noch die Pubertät stattfinden zu lassen, ist ein neutrales Geschehen.

Durch die Entstehung von nicht rückgängig zu machen den Geschlechtsmerkmalen kann das Lebensgefühl von Trans*Menschen lebenslang beeinträchtigt werden. Andererseits ist eine Hormonblockade ein medizinischer Eingriff in die pubertäre Entwicklung, der sorgfältig abgewogen werden muss. Als Nebenwirkungen einer mehrjährigen Therapie sind v. a. eine mögliche Verminderung der Knochendichte sowie nicht abschließend geklärte Auswirkungen auf die körperliche Endgröße angegeben [33].

Geschlechtsangleichende Hormonbehandlung

Die geschlechtsangleichende partiell-reversible Behandlung mit Testosteron bzw. Östrogen kann gemäß den aktuell gültigen Standards of Care (SOC) der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) bereits bei Jugendlichen mit persistierender Genderdyspho-

rie angewendet werden. Eine Altersgrenze wird nicht angegeben. Empfohlen wird, dies im Einverständnis mit den Eltern durchzuführen, auch wenn in einigen Ländern die Geschäftsfähigkeit mit 16 Jahren erreicht ist, sodass Behandlungen auch ohne Einwilligung der Eltern durchgeführt werden könnten. Auf die Risiken des Vorenthaltes medizinischer Behandlungen wird ausdrücklich hingewiesen [35].

Viele Autoren geben 16 Jahre aus entwicklungspsychologischen Überlegungen und im Einklang mit dem holländischen Behandlungsprotokoll [36] als untere Altersgrenze für die Behandlung mit geschlechtsangleichenden Hormonen an. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Entscheidung im Einzelfall basierend auf dem Entwicklungsstand und dem Ausmaß des Leidensdruckes gemeinsam mit den Betroffenen und der Familie gefällt werden muss.

Merke

Die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung im Jugendalter erfolgt in einschleichender Dosierung und unterscheidet sich erheblich von dem Vorgehen bei Erwachsenen [37].

TIPP FÜR DIE PRAXIS

Vor dem Einleiten medizinischer geschlechtsangleichender Maßnahmen muss eine eingehende Diskussion von Reproduktionsfragen erfolgen und auf die Möglichkeit einer Spermienasservation bzw. Kryokonservierung hingewiesen werden, falls eine solche erhältlich ist.

Geschlechtsangleichende Operationen

Geschlechtsangleichende Operationen sollten nach den SOC der WPATH nach dem 18. Geburtstag durchgeführt werden mit Ausnahme der Mastektomie bei Trans* Männern, bei denen ein Eingriff auch früher durchgeführt werden kann, nachdem mit der Testosteronbehandlung begonnen wurde und die Jugendlichen bereits mindestens ein Jahr in der männlichen Rolle leben [35].

Weitere Problemstellungen und rechtliche Fragen

Trans*Jugendliche, die bereits ausgeprägte pubertäre Geschlechtsmerkmale haben, bevor sie mit Genderspezialisten in Berührung kommen, leiden häufig ausgeprägt darunter. Eine Beratung und konkrete Hilfestellung hinsichtlich praktischer Fragen wie Bestellung eines Binders für die Brüste oder geeigneter Badekleidung (elastische Lycra-Tops) können hier bereits segensreich sein.

Merke

Die Toilettenbenutzung stellt für viele genderdysphorische Kinder und Jugendliche ein tägliches Martyrium dar, ebenso die Teilnahme am Turn- und Schwimmunterricht.

Fachpersonen sollten in Absprache mit Eltern und Schule individuelle Lösungen unterstützen, die der Geschlechtsidentität der Betroffenen Rechnung tragen. Viele Schulen gestatten bereits die Benutzung der gewünschten Toilette oder des Umkleieraumes, mit anderen wird eine separate Möglichkeit mit eigenem WC und Umkleidemöglichkeit gesucht.

Ein offizieller Wechsel des Vornamens und Geschlechtes ist nach deutschem Transsexuellen-Gesetz mittels psychiatrischem Gutachten möglich. Auch bei Minderjährigen ist eine gutachterliche Bestätigung einer sogenannten „transsexuellen Prägung“ möglich und kann zu einer Bewilligung des Antrages führen. Die Durchführung eines solchen Gutachtens sollte unbedingt mit einem Gender spezialisten abgesprochen werden [29]. In der Schweiz können Namensänderungen bei der Gemeinde und Personenstandsänderungen gerichtlich unter Beilage eines einfachen ärztlichen Zeugnisses beantragt werden, wobei die Bewilligungspraxis je nach Gericht stark variiert.

Fazit

Die zunehmende Häufigkeit von Kindern und Jugendlichen, die aufgrund von Genderdysphorie in der ärztlichen Praxis und den Genderzentren vorgestellt werden zwingt uns dazu, trotz aktuell ungenügendem wissenschaftlichen Forschungsstand einen pragmatischen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten zu finden. Genderdysphorische Kinder und Jugendliche müssen ernst genommen und psychische Fehlentwicklungen verhindert werden. Dies geschieht durch eine frühzeitige Aufklärung des Umfeldes und Förderung der familiären und sozialen Akzeptanz. Die Entscheidung über soziale Transition und medizinische Behandlungen erfolgt nicht nach fixen Altersgrenzen und allein durch die Behandler, sondern individuell in Einschätzung des Gesamtbefundes in Absprache mit den Betroffenen und deren Familien.

KERNAUSSAGEN

- Geschlechtsidentität ist ein subjektives Erleben und lässt sich nicht am Verhalten ablesen.
- Geschlechtsidentität ist unabhängig von der sexuellen Orientierung.
- Geschlechtsidentität ist eine dimensionale Größe. Es existieren verschiedene Geschlechter zwischen den Polen männlich und weiblich.
- Diagnostik bei Trans*Kindern und Trans*Jugendlichen verläuft prozessorientiert.
- Gendervarianz im Kindesalter führt nur zu einem kleineren Teil in eine dauerhafte Trans*Identität in Adoleszenz und Erwachsenenalter.
- Je stärker die Genderdysphorie im Kindesalter und je früher sie beginnt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer späteren Trans*Identität.
- Eine kontinuierliche Trans*Identität in der Adoleszenz entwickelt sich meist dauerhaft ins Erwachsenenalter.
- Trans*Jugendliche haben eine erhöhte Rate an Suizidalität und Selbstverletzungen! Diese wird reduziert durch die Möglichkeit einer Transition und Akzeptanz in der Familie.
- Der richtige Zeitpunkt für medizinische Interventionen wird prozesshaft gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Sorgeberechtigten definiert.
- Die psychotherapeutische Begleitung stellt keine Behandlung im Sinne einer „Versöhnung mit dem Geburtsgeschlecht“ dar. Sie sollte ergebnisoffen und unterstützend die Entwicklung der Geschlechtsidentität begleiten. Die Haltung des Psychotherapeuten ist wertfrei und fragend.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen / Autoren



Dagmar Pauli

Dr. med. Jahrgang 1963. Studium der Humanmedizin an der Universität Zürich. Promotion 1992. Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Klinische Dozentin der Universität Zürich seit 2007. Chefarztin und stellvertretende Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Forschungsschwerpunkte sind Essstörungen und Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dagmar Pauli

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Neumünsterallee 3
CH-8032 Zürich
Schweiz
dagmar.pauli@puk.zh.ch

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Frau Dr. med. Dagmar Pauli, Zürich.

Literatur

- [1] Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W et al. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry* 2015; 30: 807–815
- [2] Aitken M, Steensma TD, Blanchard R et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med* 2015; 12: 756–763
- [3] Chen M, Fuqua J, Eugster EA. Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *J Adolesc Health* 2016; 58: 369–371
- [4] Kleinemeier E, Jürgensen M. Erste Ergebnisse der Klinischen Evaluationsstudie im Netzwerk Störungen der Geschlechtsentwicklung/Intersexualität in Deutschland, Österreich und Schweiz, Januar 2005 bis Dezember 2007. Für Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer und für Eltern. Im Internet: http://kastrationsspital.ch/public/Bericht_Klinische_Evaluationsstudie.pdf; Stand: 05.10.2017
- [5] Kreukels BPC, Steensma TD, de Vries ALC. *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development. Part II: Disorders of Sex Development*. New York: Springer Science + Business Media, 2014
- [6] Niederer TO, Briken P, GÜldenring AK. Geschlechtsinkongruenz, -dysphorie und Trans*-Gesundheit. In: *Fo/Neurologie & Psychiatrie* 2016; 18: 37–44
- [7] Wesley T. Navajo cultural Constructions of Gender and Sexuality. In: Jacobs SE, Wesley T, Lang S, eds. *Two-spirit People: Native American Gender Identity, Sexuality, and Spirituality*. Urbana, Chicago: University of Illinois Press; 1997
- [8] Keuzenkamp S, Kuyper L. *Acceptance of LGBT Individuals in the Netherlands 2013*. The Hague: The Netherlands Institute of Social Research; 2013
- [9] Fisher AD, Castellini G, Ristori J et al. Who has the worst attitudes toward sexual minorities? Comparison of transphobia and homophobia levels in gender dysphoric individuals, the general population and health care providers. *J Endocrinol Investigation* 2017; 40: 263–273
- [10] Bockting W. The Impact of Stigma on Transgender Identity Development and mental Health. In: Kreukels BPC, Steensma TD, de Vries ALC, eds. *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development*. New York: Springer Science + Business Media; 2014: 319–330
- [11] Drescher J, Cohen-Kettenis P, Reed GM. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 297–304

- [12] Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 850–859
- [13] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders* (5th ed.). Washington DC: APA; 2013
- [14] Kuper LE, Nussbaum R, Mustanski B. Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *J Sex Res* 2012; 49: 244–255
- [15] Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F)*. Weltgesundheitsorganisation, Hrsg. Bd. 5. Bern: Hans Huber; 2005
- [16] Cohen-Kettenis PT, van Goozen SH. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 263–271
- [17] Steensma TD, Kreukels BPC, Jürgensen M et al. The Utrecht Gender Dysphoria Scale: A validation study. *Arch Sexl Behav* [provisionally accepted]
- [18] Eyssel J, Koehler A, Dekker A et al. Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLoS One* 2017; 12: e0183014
- [19] Veale JF, Watson RJ, Peter T et al. Mental health disparities among Canadian transgender youth. *J Adolesc Health* 2016; 60: 44–49
- [20] Clarc TC, Lucassen MF, Bullen P et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *J Adolesc Health* 2014; 55: 93–99
- [21] van Beijsterveldt CE, Hudziak JJ, Boomsma DI. Genetic and environmental influences on cross-gender behavior and relation to behavior problems: a study of Dutch twins at ages 7 and 10 years. *Arch Sex Behav* 2006; 35: 647–658
- [22] Aitken M, VanderLaan DP, Wasserman L et al. Self-harm and suicidality in children referred for gender dysphoria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016; 55: 513–520
- [23] Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 42: 1413–1423
- [24] Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP et al. Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52: 582–590
- [25] Niederer TO, Elaut E, Richards C et al. Sexual orientation of trans adults is not linked to outcome of transition-related health care, but worth asking. *Int Rev Psychiatry* 2016; 28: 103–111
- [26] Durwood L, McLaughlin KA, Olson KR. Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56: 116–123
- [27] Bauer GR, Scheim AI, Travers R et al. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health* 2015; 15: 525
- [28] de Vries AI, Noens IL, Cohen-Kettenis PT et al. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Development Disorders* 2010; 40: 930–936
- [29] Preuss WF. *Geschlechtsdysphorie, Transidentität und Transsexualität im Kindes- und Jugendalter*. München: Reinhardt; 2016
- [30] Turban J, Ferraiolo T, Martin A et al. Ten things transgender and gender nonconforming youth want their doctors to know. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56: 275–277
- [31] Korte A, Beier KM, Bosinski HAG. Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter – Ausgangs offene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie? *Sexuologie* 2016; 23: 117–132
- [32] de Vries AL, McGuire JK, Steensma TD et al. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics* 2014; 134: 696–704
- [33] AWMF-Leitlinien Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter (F64) – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 2013. Im Internet: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-014L_S1_Störungen_Geschlechtsidentität_2013-08_01.pdf; Stand: 05.10.2017
- [34] Vrouenraets LJJ, Fredriks AM, Hannema SE et al. Early medical treatment of children and adolescents with gender dysphoria: An empirical ethical study. *J Adolesc Health* 2015; 57: 367–373
- [35] World Professional Association of Transgender Health (WPATH). *Standards of Care. Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen*, 2012. Im Internet: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4381; Stand 05.10.2017
- [36] Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Dutch approach to gender dysphoria in children and adolescents. *J Homosexuality* 2012; 59: 301–320
- [37] Hembree WC. Guidelines for pubertal suspension and gender reassignment for transgender adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011; 20: 725–732

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-115159>
 PSYCH up2date 2017; 11: 529–543
 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
 ISSN 2194-8895

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter cme.thieme.de/hilfe eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter eref.thieme.de/ZZX8XTW oder über den QR-Code kommen Sie direkt zum Artikel zur Eingabe der Antworten.

VNR 2760512017152372100



Frage 1

Welche der folgenden Definitionen ist *falsch*?

- A Geschlechtsangleichung bezeichnet Schritte im Transitionsprozess in Richtung des gewünschten Geschlechts.
- B Transmann bezeichnet eine Person, die als Mann geboren ist und sich als Frau fühlt.
- C Zugewiesenes Geschlecht bezeichnet das Geschlecht, dem ein Kind bei Geburt zugeordnet wird.
- D Cisgender bezeichnet Menschen, bei denen das erlebte Geschlecht mit dem zugewiesenen übereinstimmt.
- E Genderdysphorie bezeichnet die Unzufriedenheit mit dem zugewiesenen Geschlecht.

Frage 2

Welches Kriterium beinhaltet die aktuelle ICD-10-Diagnose Transsexualismus *nicht*?

- A Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden
- B Unbehagen oder Gefühl der Nichtzugehörigkeit gegenüber dem eigenen anatomischen Geschlecht
- C Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung
- D Sexuelle Erregung beim Tragen von Kleidern des anderen Geschlechts
- E Dauer von mindestens 2 Jahren

Frage 3

Was beinhalten die vorgesehenen Neuerungen im ICD-11 für die Diagnose Transsexualismus *nicht*?

- A Ersetzen der Diagnose Transsexualität durch die Diagnose Geschlechtsinkongruenz.
- B Leidensdruck ist nicht mehr zwingend für die Diagnose erforderlich.
- C Nichtbinäre Identitäten werden eingeschlossen.
- D Die Diagnose wird außerhalb des Kapitels der psychischen Störungen angesiedelt.
- E Es muss ein Wunsch nach medizinischer Geschlechtsangleichung bestehen.

Frage 4

Welche Aussage zur Diagnostik von Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen trifft *nicht* zu?

- A Dem inneren Geschlechtererleben des Kindes kommt unter 10 Jahren eine geringe Bedeutung zu.
- B Die Elternbefragung stellt einen wesentlichen Teil der Diagnostik dar.
- C Die Diagnostik der Geschlechtsidentität berücksichtigt nichtbinäre Kategorien.
- D Eine sorgfältige Sexualanamnese gehört zur Abklärung bei Jugendlichen.
- E Die Diagnostik erfolgt verlaufsorientiert.

Frage 5

Welche Aussage zu nichtbinärer Identität bei Jugendlichen ist *nicht* richtig?

- A Agender bezeichnet Jugendliche, die keine sexuellen Gefühle empfinden.
- B Kinder ordnen sich selten nichtbinären Identitäten zu.
- C Genderfluid bezeichnet Jugendliche, die zwischen männlicher und weiblicher Geschlechtsempfindung wechseln.
- D Die Suizidalität von Jugendlichen mit nichtbinärer Identität liegt höher als bei Trans*Jugendlichen mit männlicher oder weiblicher Geschlechtsidentität.
- E Nichtbinäre Jugendliche ordnen sich weder der männlichen noch der weiblichen Geschlechterkategorie zu.

Frage 6

Welche Aussage zur Persistenz von Genderdysphorie bei Kindern trifft *nicht* zu?

- A Früher Beginn erhöht die Wahrscheinlichkeit der Persistenz.
- B Hohe Intensität erhöht die Wahrscheinlichkeit der Persistenz.
- C Exazerbation in der Pubertät erhöht die Wahrscheinlichkeit der Persistenz.
- D Bei zugewiesenen Jungen ist die Persistenzrate höher als bei Mädchen.
- E Bei Adoleszenten mit Genderdysphorie ist die Wahrscheinlichkeit der Persistenz ins Erwachsenenalter hoch.

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite...

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung...

Frage 7

Welche Aussage zu Sexualität und Geschlechtsidentität trifft *nicht* zu?

- A Sexuelle Orientierung besteht unabhängig von Geschlechtsidentität.
- B Ein homosexueller Transmann fühlt sich sexuell zu Männern hingezogen.
- C Pansexuelle Menschen fühlen sich sexuell speziell zu Transmenschen hingezogen.
- D Eine Ich-dystone Homosexualität kann in einzelnen Fällen als Transidentität fehlinterpretiert werden.
- E Nonbinarität bedeutet eine Identität, die nicht klar männlich oder weiblich ist.

Frage 8

Welche Komorbidität bestehen *nicht* gehäuft bei Jugendlichen mit Genderdysphorie?

- A Psychose
- B Suizidalität
- C Selbstverletzungen
- D Essstörungen
- E Autismus

Frage 9

Was ist *nicht* Teil der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Genderdysphorie?

- A Unterstützung in der Identitätsfindung
- B Aussöhnung mit dem Geburtsgeschlecht
- C Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen geschlechtsangleichender Maßnahmen
- D Einbezug der Eltern
- E Unterstützung bei der Planung gewünschter Schritte zur Transition

Frage 10

Was ist *kein* Vorteil der hormonellen Pubertätsblockade bei Jugendlichen mit Genderdysphorie?

- A Stimmbruch und Bartwuchs können rückgängig gemacht werden.
- B Das spätere kosmetische Ergebnis bei weiter bestehender Transidentität wird verbessert.
- C Es wird Zeit für die Identitätsfindung gewonnen.
- D Die Wirkung ist reversibel.
- E Die sekundären Geschlechtsmerkmale des zugewiesenen Geschlechts werden verzögert.