

# Heterogenität von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Jugendlichen: Zur differenziellen Bedeutung der psychiatrischen Komorbidität und individuellen Psychodynamik

Alexander Korte, Klaus M. Beier, Julia Vukorepa, Maik Mersmann und Verena Albiez

## Summary

*About the Heterogeneity in Adolescents with Gender Identity Disorder: Differential Importance of Psychiatric Comorbidity and Considerations of Individual Psychodynamics*

Gender identity disorder (GID), gender dysphoria (GD) respectively, is considered a multifactorial disease whose etiology is subject to complex bio-psycho-social conditions, each with different weighting. As a result, therapists, who treat children and adolescents with GID/GD, have to deal with a very heterogeneous group with individually varying causes, differing psychopathology and varying disease progression. In addition to general psychiatric aspects of development, particularly psychiatric comorbidity, but also the different individual psychodynamics – i. e. the specific constellation of conflicts and possible ego deficits and structural deficits in the learning history of the person are of differential importance. In regard to the indication for gender reassignment measures this sometimes is relevant for the decision. The difficulties arising for decision making and the usefulness of a systematic evaluation of case reports as a basis for further optimization of the treatment recommendations are illustrated by two case reports. In the course of this, also the disadvantages and potential dangers of too early diagnostic definition and introduction of gender somato-medical and legal measures are shown exemplarily.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 63/2014, 541-559*

## Keywords

gender identity disorder – gender dysphoria – transsexuality – hormone treatment

## Zusammenfassung

Geschlechtsidentitätsstörungen (GIS) respektive Genderdysphorie (GD) gelten als multifaktorielle Erkrankung, deren Ätiologie komplexen biopsychosozialen Bedingungen unterworfen ist. Daraus ergibt sich, dass Therapeuten, die Kinder- und Jugendliche mit GIS/GD behandeln, es nicht mit einer einheitlichen, sondern einer in sich sehr heterogenen Gruppe mit individuell unterschiedlichem Ursachengefüge, differenter Psychopathologie und variablem Verlauf zu tun haben. Neben allgemeinen entwicklungspsychiatrischen Aspekten kommt insbesondere der psychiatrischen Komorbidität, aber auch der individuell unterschiedlichen Psychodynamik

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 63: 541 – 559 (2014), ISSN: 0032-7034 (print), 2196-8225 (online)  
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2014

– das heißt der spezifischen Konfliktkonstellation und möglichen Ich-strukturellen Entwicklungsdefiziten – ebenso wie der Lerngeschichte der Betroffenen eine differenzielle Bedeutung zu. In Hinblick auf die Indikation für geschlechtsangleichende Maßnahmen dürfen diese Aspekte nicht unberücksichtigt bleiben. Die sich daraus ableitenden Schwierigkeiten der Entscheidungsfindung sowie die Sinnhaftigkeit einer systematischen Auswertung von Kasuistiken als Grundlage für eine weitere Optimierung der Behandlungsempfehlungen werden anhand von zwei Fallberichten verdeutlicht. Dabei werden auch die Nachteile und möglichen Gefahren einer zu frühzeitigen diagnostischen Festlegung und Einleitung von geschlechtsangleichenden somato-medizinischen und juristischen Maßnahmen exemplarisch aufgezeigt.

## Schlagwörter

Geschlechtsidentitätsstörung – Geschlechtsdysphorie – Transsexualität – Hormonbehandlung

### 1 Hintergrund

Eine Geschlechtsdysphorie (GD) kann in unterschiedlicher Ausprägung in sämtlichen Lebensalterstufen manifest werden (Zucker u. Bradley, 1995). Diagnostisch wegweisend ist die Inkongruenz zwischen der erlebten und der zugewiesenen Geschlechtszugehörigkeit, die mindestens sechs Monate andauert und in klinisch bedeutsamem Ausmaß Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen verursacht. Im Alltag werden die in der ICD-10 und im DSM-V aufgelisteten charakteristischen Auffälligkeiten beobachtet bzw. entsprechende Überzeugungen von den Betroffenen zum Ausdruck gebracht. Die diagnostischen Kriterien der GD bei Jugendlichen (302.85) werden im DSM-V getrennt von denen der GD bei Kindern (302.6), jedoch gemeinsam mit denen der GD bei Erwachsenen aufgeführt. Jugendliche mit GD bzw. Geschlechtsidentitätsstörung (GIS) äußern die Überzeugung, im „falschen Körper“ geboren worden zu sein und die typischen Empfindungen und charakteristischen Erlebnisweisen des anderen Geschlechts zu haben. Sie sind in der Regel sehr damit beschäftigt, äußerlich wie eine Person des Gegengeschlechts zu wirken, entsprechend wahrgenommen und behandelt zu werden. Dies ist oftmals verbunden mit dem Insistieren darauf, dass medizinische Maßnahmen zur phänotypischen Angleichung an das Erscheinungsbild des Identitätsgeschlechts eingeleitet werden, was die Behandler von (früh-)adoleszenten Patienten mit GIS/GD vor große Herausforderungen stellt.

Entstehung und Aufrechterhaltung von GIS/GD werden als ein multifaktorielles Krankheitsgeschehen gesehen, bei dem individuell-psychische mit (neuro-)biologischen, familiären und soziokulturellen Faktoren zusammenwirken (Zucker, 2008a, b). Auf unterschiedliche Erklärungsansätze und theoriegeleitete – das heißt psychodynamische, lerntheoretische, systemische oder primär neurobiologische – Ätiologie-Modelle sind wir an anderer Stelle ausführlicher eingegangen (Korte et al., 2008; s.

auch Möller, Schreier, Li, Romer, 2009). Es besteht weitgehend Konsens darüber, dass GIS/GD bei Kindern und Jugendlichen zum einen häufig mit erheblichen emotionalen Problemen und einer hohen psychiatrischen Komorbidität einhergehen (Zucker u. Bradley, 1995; Wallien, Swaab, Cohen-Kettenis, 2007), zum anderen eine große Variabilität bzgl. des Verlaufs aufweisen – wobei sich letzteres auch aus der Tatsache der altersbedingt noch nicht abgeschlossenen sozioemotionalen und psychosexuellen Entwicklung ergibt. Die Konsolidierung der Geschlechtsidentität respektive deren Störung erfolgt nicht separiert von anderen Reifungsvorgängen, sondern in enger Wechselwirkung mit diesen. Aus entwicklungspsychiatrischer Sicht ist es somit naheliegend, nicht von einem homogenen Patientenkollektiv mit einheitlicher Pathogenese und Psychopathologie auszugehen, sondern von einer heterogenen Gruppe mit einem individuell unterschiedlichen Ursachengefüge und differentem Verlauf (Meyenburg, Korte, Möller, Romer, 2013; Cohen-Kettenis u. Gooren, 1999).

Ziel des vorliegenden Beitrags ist, die pathogenetische, psychopathologische und prognostische Heterogenität anhand von zwei Fallberichten über Adoleszente mit GIS/GD zu verdeutlichen.<sup>1</sup> Dabei wird nicht der Anspruch erhoben, definierte Prototypen oder exemplarische klinische Verläufe zu skizzieren. Vielmehr geht es darum, den Leser für die Komplexität der Thematik, insbesondere die Verschiedenheit der zugrunde liegenden Psychodynamik und die Bedeutung komorbider Störungen zu sensibilisieren. Des Weiteren sollen die grundsätzlichen Schwierigkeiten der Entscheidungsfindung offengelegt und die Nachteile und Gefahren einer zu frühzeitigen Einleitung von geschlechtsangleichenden somato-medizinischen und juristischen Maßnahmen aufgezeigt werden.

## 2 Fallbeispiel A – Viktor: „Ohne Hormone bringe ich mich um!“

Der 15-jährige, biologisch männliche, in Deutschland geborene Patient mit Migrationshintergrund kommt auf Empfehlung seiner ambulanten Psychotherapeutin zur stationären Aufnahme. Anlass ist, neben dem Einholen einer Expertenmeinung wegen der bestehenden GIS/GD, eine mehrmonatige Schulabstinenz. Zuvor war eine fünfwöchige Behandlung in einer heimatnahen KJP-Tagesklinik erfolglos verlaufen. Der Patient, der in Begleitung seiner Mutter erscheint, äußert den Wunsch, mit Namen „Viktoria“ angesprochen zu werden. Sein einziges Ziel sei die schnellstmögliche Einleitung einer Hormontherapie. Er fühle sich weiblich, habe „immer schon mädchen-typisches Verhalten“ gezeigt und sein männliches Genital schon als Kind abgelehnt. Der Mutter gegenüber habe er sich im Alter von 12 Jahren, in der Schule mit knapp 14 Jahren „geoutet“. Dort habe er viele Mobbing-Erfahrungen gemacht.

---

<sup>1</sup> Die Patienten und der jeweils sorgeberechtigte Elternteil haben für die anonymisierte Veröffentlichung der Kasuistiken ihre informierte Zustimmung erteilt; zur Anonymisierung wurden die Namen und einige der anamnestischen Daten in irrelevanten Punkten verfremdet.

Vor einem Jahr habe er einen Suizidversuch unternommen. Er sei unglücklich mit seinem Körper und strebe eine „Geschlechtsumwandlung“ an. Eine Änderung des Vornamens und Personenstands sei beantragt, dazu seien bereits zwei Gutachten erstellt worden.

*Psychopathologisch* imponieren bei Aufnahme eine ausgeprägte Geschlechtsdysphorie und ein hoher diesbezüglicher Leidensdruck. Viktor präsentiert sich weiblich, geschminkt, trägt körperbetonte Frauenkleidung, hohe Schuhe, ist um eine weibliche Sprachführung und Gestik bemüht, zeigt starke Stimmungsschwankungen und gibt an, ohne Geschlechtsangleichung nicht mehr leben zu wollen. *Testpsychologische Befunde*: Durchschnittlicher Gesamt-IQ (HAWIK). *SKID-II-Interview* unauffällig, jedoch deutliche Tendenz zu Antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (*K-DIPS*): Auffälligkeiten im Bereich Posttraumatische Belastungsstörung. Utrechter Fragebogen zur Geschlechtsidentifikation (*UGDS*): alle Fragen in Richtung weibliche Geschlechtsrolle mit „trifft völlig zu“ beantwortet; Fragebogen zur Geschlechtsrolle von Ijnterna und Cohen-Kettenis: sehr häufig mädchenstypische Antworten; Geschlechtsidentitäts-Interview (*GIIC*): noch „nie“ zufrieden damit, ein Junge zu sein; „immer“ gewünscht, Mädchen zu sein.

*Somatischer Befund*: Leicht adipös, sonst unauffällig; männliches Genitale voll entwickelt, Tanner-Stadium PH4; maskuline Körperbehaarung rasiert. Normaler XY-Chromosomensatz.

*Familiärer Hintergrund*: Viktor sei das einzige gemeinsame Kind der Kindsmutter (+21, geboren und aufgewachsen in der ehemaligen Sowjetunion; die Mutter wurde adoptiert, ist sehr einfach strukturiert, Hartz-IV-Empfängerin) und des Kindsvaters (+26, südosteuropäischer Abstammung, islamische Religionszugehörigkeit; keine Berufsausbildung; mehrjährige Inhaftierung wegen Körperverletzung). Scheidung der Kindseltern vor zehn Jahren, nach Angabe der Mutter aufgrund außerehelicher Beziehungen des Kindsvaters. Viktor lebe mit der allein sorgeberechtigten Mutter und einem Halbbruder mütterlicherseits (-8). Sowohl zum Vater als auch zu zwei Halbschwistern väterlicherseits bestehe nur wenig Kontakt.

*Entwicklungs- und Sexualanamnese*: Geburt und frühkindliche Entwicklung seien „unauffällig“ verlaufen; Viktor sei aber „immer schon eher wie ein Mädchen gewesen“. Die sonstige sozioemotionale, kognitive und körperliche Entwicklung wird als „normal“ beschrieben. Keine Hobbies, Online-Computerspiele (ca. 7-8 Stunden/Tag). Er habe eine „beste Freundin“, die bereits volljährig und „ebenfalls transsexuell“ sei. Sein sexuelles Interesse gelte ausschließlich Jungen/Männern, er sei aber „auf keinen Fall homosexuell“; bereits mehrere Beziehungen mit Männern, die deutlich älter gewesen seien (bis +20); Petting- und Masturbationserfahrungen, kein penetrativer Sexualverkehr.

*Therapieverlauf*: Von den Mitarbeitern wie auch von den Mitpatienten wurde Viktor/ia seinem Wunsch entsprechend in der weiblichen Form des Vornamens angesprochen. Wiederholt wollte er sich für andere weibliche Vornamen umentscheiden, die er aus seinen Lieblings-TV-Sendungen kannte, was therapeutisch nicht sinnvoll erschien, mit ihm problematisiert wurde. Im Stationsalltag zeigte Viktor zunächst auffallend sexuali-

sierte Kommunikations- und Verhaltensweisen. Zudem trug er sehr körperbetonte, teils transparente Kleidung. Dies führte zu Unverständnis bei den Mitpatienten, bei denen der Eindruck entstand, Viktor „übertreibe“ und „spiele nur eine Rolle als Mädchen“. Es wurde deutlich, dass Viktor sich durch sein Verhalten potenziell gefährdete, indem er im Ausgang sehr vertrauensselig den Kontakt zu älteren Männern suchte. Darüber hinaus zeigten sich trotz normaler Intelligenz massive Defizite in vielen lebenspraktischen Bereichen. In der Einzeltherapie ging er zur weiblichen Psychotherapeutin in einen vertrauensvollen, offenen Kontakt, hinterließ aber einen nicht authentischen Eindruck. Im Gespräch überwogen „pauschale“ Aussagen, ein geringes Differenzierungsvermögen und wenig Bezugnahme auf eigene Gefühle. Sprache und Körperausdruck waren durch affektierte, aufgesetzte Muster, die er mit „Frau-sein“ verband, gekennzeichnet. Im Fokus der Therapie standen die Themen Identitätssuche und Selbstakzeptanz. Viktor erkannte, dass er mit seiner darstellerischen, nach außen gerichteten Art von sich selbst und eigenen Problemen abzulenken versuchte. Auch seine permanente Suche nach einem geeigneten Partner konnte Viktor dahingehend einordnen.

Bei der Bearbeitung seiner Vorstellungen von Weiblichkeit bzw. Männlichkeit fiel es Viktor zunächst sehr schwer, über sein Männerbild zu sprechen, was insbesondere durch die negativen Erfahrungen mit dem Vater sowie dem sehr schlechten Männerbild der Mutter bedingt zu sein schien („Männer vergewaltigen, schlagen, betrügen, viele sind pädophil“). Sein Frauenbild war vorrangig geprägt von Äußerlichkeiten („lange Haare, schöne Klamotten“), aber auch davon, Opfer männlicher Übergriffe zu sein. In diesem Zusammenhang berichtete er erstmalig von einem sexuellen Missbrauch im Alter von sechs Jahren durch einen Freund der Familie. Er habe sich damals der Mutter nicht anvertrauen können, da er befürchtet habe, von ihr verstoßen zu werden. Diese habe ihm bereits im Kindesalter angedroht, ihn aus dem Haus zu werfen, sollte er jemals „was mit einem Mann haben“. In der Entspannungstherapie seien zuvor verdrängte Bilder des sexuellen Übergriffs „wie ein Videofilm“ immer wieder vor seinem inneren Auge aufgetaucht. Beim therapeutisch unterstützten Trauma-Narrativ beschrieb und malte Viktor die Missbrauchserfahrung auf der einen Seite sehr glaubhaft und für ihn belastend, auf der anderen Seite aber auch sehr plastisch-detailreich und pornografisch anmutend.

Der Kindsvater lehnte die Elterngespräche und den Kontakt zu Viktor trotz mehrfacher Anfrage ab. Es konnte ein telefonisches Gespräch geführt werden. In diesem berichtete der Vater, Trans- oder Homosexualität rigoros abzulehnen. Für ihn als gläubigen Moslem dürfe das nicht sein, in seinem Heimatland gäbe es keine Transsexuellen, Homosexuelle würden „aufgehängt“. Er wiederholte mehrfach, dass er Viktor töten werde, sollte er ihn (als „Schwulen“) mit einem Mann auf der Straße erwischen. Er könne Transsexualität noch eher akzeptieren als Homosexualität, möchte aber erst wieder zu Viktor Kontakt haben, wenn dieser eine „umoperierte Frau“ sei. Dies habe er seinem Sohn auch so gesagt. Darüber hinaus wurde deutlich, dass auch die Mutter sowohl Transsexualität, aber insbesondere auch Homosexualität massiv ablehnt. Sie wünsche sich „ein normales Mädchen“, dem man sein biologisches männliches Geschlecht nicht mehr ansähe.

Durch Viktors sexuelle Entwicklung hätten sich viele Familienmitglieder von ihr abgewandt, was sie Viktor vorwarf. Mit der Mutter und mit Viktor wurde die Möglichkeit einer frühen homosexuellen Entwicklung besprochen, die aufgrund der Widerstände der Mutter nicht gelebt werden durfte. Beide wehrten diese These massiv ab. Darüber hinaus vermittelte die Mutter Viktor, dass Männer „schlecht“ seien. Dieses Männerbild schien bereits bei der Großmutter mütterlicherseits zu bestehen.

Im Verlauf des mehrmonatigen stationären Aufenthaltes gelang es Viktor zunehmend, sowohl eigene „weibliche“ als auch „männliche“ Anteile zuzulassen. Es schien ihm sehr wichtig, wie seine Mutter zu sein, die er idealisierte. Alle Einflüsse vom Kindsvater wurden von Viktor verleugnet. Das Selbstbild bezüglich seines Äußeren war sehr schwankend; teils sah er sich selbst als Frau („sexy“), teils aber auch eher männlich. Er hegte die Hoffnung, dass sich mit einer „Geschlechtsumwandlung“ sein Leben in allen Bereichen ändere, was den Eindruck einer Flucht vor Problemen hinterließ. In Gesprächen mit dem Fokus auf Fragen zur sexuellen Identität bzw. Orientierung berichtete Viktor von Kontakten mit älteren Männern, die er teils auf einer „Sex-Seite“ im Internet kennengelernt habe. Diese seien heterosexuell, „auf Mädchen ausgerichtet“ gewesen. Es sei ihm wichtig gewesen, von ihnen Geschenke zu bekommen. Vor der „Geschlechtsumwandlung“ wolle er keinen (penetrativen) Geschlechtsverkehr, da er sich dann „schwul“ fühlen würde. In sexueller Hinsicht habe er einen Vorteil gegenüber biologischen Frauen, da er besser wisse, „was Männern gefällt“. Im Gespräch mit dem männlichen Sozialpädagogen zeigte sich Viktor sehr interessiert daran, mit diesem „männliche“ Themen zu erkunden (z. B. Männerkosmetik und -klamotten), und suchte verstärkt den Kontakt. Er gab an, in dem Sozialpädagogen erstmalig eine positive Erfahrung mit einem Mann zu machen, da dieser sich für ihn „als Mensch“ interessiere. Es wurde deutlich, dass Viktor sich nach einer verlässlichen Vaterfigur sehnt, diesen Wunsch selbst aber massiv verleugnet („Mit meinem Vater habe ich abgeschlossen“).

*Zusammenfassende Beurteilung:* Wir gehen davon aus, dass Viktor in seiner psychosexuellen Entwicklung durch die einer homosexuellen Orientierung gegenüber massiv ablehnende Haltung beider Elternteile stark und nachhaltig beeinträchtigt wurde. Die Eltern sehen in der „Geschlechtsumwandlung“ die Möglichkeit, ein „normales Mädchen“ zu bekommen. Entwicklungshemmend dürften sich zudem das negative Männerbild der Mutter sowie der abgewehrte Wunsch nach einem zuverlässigen Vater ausgewirkt haben. Psychodynamisch betrachtet kann bei Viktor von einem negativen Ödipuskomplex ausgegangen werden; als Mädchen hätte er die Möglichkeit, für seinen Vater begehrenswert zu sein. Angesichts der realen Traumatisierung durch sexuellen Missbrauch kann die GIS andererseits auch als Traumafolgestörung bzw. als ein traumakompensatorisches Reaktionsmuster verstanden werden, wobei letzteres mit der Entwicklung eines „falschen Selbst“ einherging. In jedem Fall dürfte das Erleben sexueller Übergriffe im Alter von sechs Jahren Viktors Ablehnung alles Männlichen an sich selbst sowie seinen Wunsch, als Frau zu leben, zumindest verstärkt haben.

Viktor konnte sich bisher nie frei mit allen Facetten der sexuellen Identität und Orientierung auseinandersetzen und wurde zudem einseitig in Richtung einer transsexuel-

len Entwicklung unterstützt, ohne dass bislang eine leitliniengerechte Alltagserprobung durchgeführt wurde. Dass im Vorfeld bereits positive Gutachten zur Frage der Vornamens- und Personenstandsänderung erstellt wurden, erscheint bedenklich. Eine transsexuelle Entwicklung ist zwar nicht vollkommen ausgeschlossen, mindestens ebenso wahrscheinlich ist aber das Vorliegen einer abgewehrten (Ich-dystonen) Homosexualität. Daher wurde *keine* Hormontherapie eingeleitet. Vielmehr wurde Viktor ermutigt, sich zunächst tiefergehend und von den Eltern unbeeinflusst mit seiner sexuellen (und geschlechtlichen) Identität auseinandersetzen. Dabei kommt der mindestens einjährigen, psychotherapeutisch begleiteten Alltagserprobung, während derer der Patient vollumfänglich in der gewünschten Geschlechtsrolle leben soll, eine entscheidende Bedeutung zu. Dieser Alltagstest soll den Betroffenen Aufschluss geben über die innere Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts, die Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle sowie Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlungen.

Angesichts der als massiv einzuschätzenden Selbstgefährdung (Suizidalität, fehlende Abgrenzung gegenüber älteren Männern, Prostitution) wie auch der bestehenden Fremdgefährdung durch den Vater wurde neben einer langfristig angelegten psychotherapeutischen Behandlung zusätzlich die Unterbringung in einer intensivtherapeutischen Wohngruppe dringend empfohlen. Die Einleitung der Jugendhilfemaßnahme scheiterte jedoch an der fehlenden Bereitschaft der Mutter, die angab, als Hartz-IV-Empfängerin nicht willens zu sein, auf das (ihr ausschließlich im Falle eines Verbleibs des Sohnes in ihrer Wohnung zustehende) Kindergeld zu verzichten und die im Rahmen einer Helferkonferenz darlegte, Viktor auch ansonsten zuhause „zu brauchen“ – was uns angesichts der Gesamtsituation zu einer Gefährdungsmeldung an das zuständige Jugendamt veranlasste.

### 3 Fallbeispiel B – Jackie: „Sex ist ekelig und ranzig!“

Nach Vorstellung in der Ersten Hilfe wegen akuter Suizidalität wurde der 16-jährige, biologisch männliche, aber als Frau auftretende Jugendliche mit Vornamen Jackie auf die jugendpsychiatrische Station aufgenommen. Er beschrieb eine massive Antriebslosigkeit, traurige Grundstimmung mit häufigem Weinen, Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, Freudlosigkeit und Suizidgedanken. Als Gründe für seine depressive Verfassung nannte Jackie seine negativen Gefühle sich selbst gegenüber („hässlich“, „dreckig“) sowie Auseinandersetzungen mit dem Kindsvater; dieser habe keinerlei Verständnis für seinen Wunsch, als Frau leben zu wollen. Jackie teilte mit, „transsexuell“ und „mit dem falschen Geschlecht auf die Welt gekommen“ zu sein. Nach Kontakt zu einer Transsexuellen-Selbsthilfegruppe sei er zu einem Endokrinologen gegangen, der ihm – erstmalig vor sieben Monaten und ohne Einverständnis des Vaters – konträrgeschlechtliche Hormone (Estradiol, 1 mg/d) sowie Antiandrogene (Cyproteronacetat, 2x50 mg/d) verordnet habe. Nach anfänglicher Zufriedenheit hätten sich, entgegen der ursprünglichen Hoffnung, nachfolgend „nicht alle Pro-

bleme gelöst“, sondern die Stimmung habe sich zunehmend verschlechtert. Ferner berichtete Jackie von einer nicht zu unterdrückenden „Gedankenspirale“, zu deren Inhalt er sich zunächst nicht äußern wolle.

*Psychopathologischer Befund:* Altersgerecht entwickelt, äußere Erscheinung weiblich, effeminiert-affektiertes Auftreten, andererseits unsicher-gehemmt. Massive Geschlechtsdysphorie. Deutlich gedrückte Stimmung, wenig schwingungsfähig, Antriebsmangel. Lebensüberdruß- und Suizidgedanken. Kein Anhalt für wahnhaftes Erleben. Zwangssymptome wurden zunächst explizit verneint. *Testpsychologische Befunde:* Gesamt-IQ im unterdurchschnittlichen Bereich (*IST-2000-R*). In den Selbstauskunftsverfahren *BDI*, *ADS*, *SCL-90-R* klare Hinweise auf Depression. *SKID-II-Interview:* Kriterien für emotional-instabile, histrionische und selbstunsichere Persönlichkeitsstörung erfüllt. Utrechter Fragebogen zur Geschlechtsidentifikation (*UGDS*): sämtliche Fragen in Richtung weibliche Geschlechtsrolle beantwortet. *Somatische Befunde:* Mäßig Übergewichtig; keine männliche Bauchbehaarung, kein Bartwuchs. Striae distensae im Bereich des Rumpfes; männliches Genital, Tanner-Stadium V, Pubes V, Testes bds. 10 ml, Brustentwicklung IV (deutlicher Östrogeneffekt!). Übriger körperlicher Befund sowie Laborwerte unauffällig. Normaler männlicher Chromosomensatz.

*Familiärer Hintergrund:* Die Kindsmutter (+25 Jahre) verstarb mit Anfang 30 an einem Unterleibstumor, als Jackie neun Jahre alt war. Sie habe sich durch einen strengen Erziehungsstil ausgezeichnet, sei „unberechenbar“ gewesen, habe sich gegenüber den Kindern „in beide Richtungen sehr extrem verhalten“ (sowohl überschwängliche Liebesbekundungen als auch harte Bestrafungen einschließlich körperlicher Züchtigung). Der Kindsvater (+40 Jahre) sei gelernter Maurer, arbeite als Gebäudereiniger. Er wurde von Jackie als wenig präsent wahrgenommen, auch nach dem Tod der Mutter. Jackies ältere Schwester habe nach dem Tod der Mutter eine Anorexia nervosa und eine ausgeprägte Zwangsstörung entwickelt, weshalb sie wiederholt in stationärer Behandlung gewesen sei.

*Entwicklungsanamnese:* Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig verlaufen. Im Kleinkindalter Operation eines Hodenhochstands. Jackie habe früh die Kinderkrippe, danach mit großen Trennungängsten den Kindergarten besucht, jedoch häufig krankheitsbedingt gefehlt. Der Vater berichtete, er könne sich nicht erinnern, wann Jackie das erste Mal geäußert habe, als Mädchen leben zu wollen. Jackie gab an, sich „immer schon“ als Mädchen gefühlt zu haben; er habe stets lange Haare haben wollen, im Kindergarten und Schulalter habe er nur mit den Mädchen gespielt. In der Schule (Besuch der Hauptschule, 7. Klasse wiederholt) sei er wegen seines mädchenhaften Auftretens gehänselt, oft mit abwertenden Begriffen („Schwuchtel“) beleidigt worden. Bei Pubertätsbeginn habe er große Angst bekommen, dass sein Körper sich männlicher entwickle. In jüngerer Zeit aber habe er sich zunehmend getraut, sein „Outfit“ in Richtung weiblich zu verändern. Eine tiefer gehende Sexualanamnese war zunächst nur begrenzt möglich, da er auf explizite Fragen zur Sexualität abwehrend reagierte, Sexualität als „ekelig“ und „dreckig“ empfand. Bei Fragen zu eigenen sexuellen Wünschen brach er in Tränen aus. Die wenigen Angaben



ließen auf eine androphile Orientierung schließen: So berichtete er, früher in einen Mitschüler verliebt gewesen zu sein. Durch die konträrgeschlechtlichen Hormone und die Androgen-Suppression sei seine Libido stark zurückgegangen. Dies habe er als Erleichterung erlebt. Bislang keine soziosexuellen Erfahrungen.

*Therapieverlauf:* Jackie nahm an einem multimodalen Behandlungsprogramm mit Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Kunsttherapie sowie intensiver Körpertherapie teil. Unterstützend wurde eine Behandlung mit Escitalopram 10 mg/d eingeleitet. Hinsichtlich der Hormontherapie wurden nach Aufnahme folgende Änderungen vorgenommen: Das nebenwirkungsreiche Estradiol-Präparat (Estrifam<sup>®</sup>) wurde gegen Progynova<sup>®</sup> ausgetauscht, das Antiandrogen Cyproteronacetat (Androcur<sup>®</sup>) vorübergehend durch GnRH-Analoga (Enanthone<sup>®</sup>, 3.75 mg) ersetzt. Nachdem mit Jackie wiederholt das Problem der Unmöglichkeit einer Diagnosestellung unter den gegebenen Voraussetzungen thematisiert wurde (ausstehende Klärung der Sexualstruktur), konnte er sich dazu entschließen, sowohl die Estradiol-Substitution als auch die Suppressionsbehandlung (GnRH-Analoga) auszusetzen.

In den Einzelgesprächen fiel es Jackie schwer, Inhalte, die ihn beschäftigten, verständlich wiederzugeben; oftmals vertat er viel Zeit mit weit ausholenden und dabei wenig inhaltvollen Schilderungen seiner Stimmungslage und assoziativ gelockerten Gedankengänge. Er erkannte, dass dieser Gesprächsstil primär der Abwehr unangenehmer Themen diene und sein Vermeidungsverhalten in einem engen Zusammenhang mit massiven Schuld- und Schamgefühlen stand: So gelang es ihm erst nach mehreren Wochen mitzuteilen, dass er seit längerem unter massiven Zwangsgedanken („Gedankenspirale“) litt, deren Inhalt in nicht unterdrückbaren Vorstellungen von eigenen (lediglich in der Phantasie von ihm ausgeführten) sexuellen Handlungen mit Jungen, die ein vorpubertäres Körperschema aufwiesen. Diese drängten sich ihm gegen seinen Willen auf und wurden von ihm als abstoßend empfunden. Ob der Hintergrund hierfür eine sich manifestierende pädophile Neigung ist, war nicht mit ausreichender Sicherheit zu eruieren und wird im weiteren Verlauf weiter aufzuklären sein. Als dies in der Therapie besprochen werden konnte, trat die Beschäftigung mit der Geschlechtsidentität allerdings zeitweise in den Hintergrund, was Raum dafür schuf, andere Probleme mit Jackie zu bearbeiten.

Jackies Wunsch nach „Geschlechtsumwandlung“ erschien insgesamt nicht als isoliertes Problem einer ansonsten stabilen Persönlichkeit. Vielmehr waren Anzeichen einer ausgeprägten Schwäche der Ich-Funktionen mit emotionaler Instabilität, Tendenzen einer (nicht-psychotischen) gedanklichen Inkohärenz sowie massives Vermeidungsverhalten erkennbar. Das Streben nach einer „Geschlechtsumwandlung“ und die überwertige Idee, dem anderen Geschlecht anzugehören, schienen zum Einen eine *allgemeine Abwehrfunktion* zu haben und dazu zu dienen, verschiedensten Anforderungen im Alltag auszuweichen. Es kann spekuliert werden, ob Jackies Wunsch, Frau zu werden, darüber hinaus auch eine *spezifische Abwehrfunktion* besaß. Denkbar wäre ein Abwehrmechanismus, bei dem die Verwandlung in eine Frau ihn davor schützen soll, den auf Kinder gerichteten sexuellen Phantasien nachzugehen, indem den eigenen aggressiven und sexu-

ellen Impulsen, die sich in den Zwangsbefürchtungen offenbarten, betont weibliche bzw. mütterliche Eigenschaften entgegengesetzt werden. Diese wären in Jackies Verständnis mit der Rolle eines „Kinderschänders“ nicht vereinbar. Wiederholt phantasierte er sich in der Rolle als Frau ganz in der Ausübung „mütterlicher Pflichten“, stellte dabei seine Pflegequalitäten und seine „Kinder liebende Fürsorglichkeit“ in den Vordergrund. Die vollzogene (Ab-)Spaltung ermöglichte eine Projektion der Ich-dystonen, auf Kinder gerichteten sexuellen Phantasien auf die männliche Geschlechtsrolle bzw. den männlichen Körper, der radikal abgelehnt und als dem eigenen Ich nicht zugehörig empfunden wurde. Es ist hier also auch daran zu denken, dass die Ablehnung der eigenen Geschlechtlichkeit Ausdruck einer zutiefst abgelehnten pädophilen Neigung sein könnte, was sich erst im weiteren Verlauf weiter aufklären lassen wird.

Die Deprivations- und Verlusterfahrungen mit der früh verstorbenen, zuvor als inkonstant und unberechenbar erlebten Mutter waren mutmaßlich ebenfalls pathogenetisch bedeutsam. Dem Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, und der Übernahme femininer Verhaltensweisen könnte auch ein unbewusstes Streben nach Wiederherstellung der (zunächst durch emotionale, dann durch reale Abwesenheit) tiefgreifend gestörten Beziehung zur Mutter zugrunde liegen, im Sinne einer Verwechslung von „Mutter haben“ mit „Frau/Mutter-Sein“. Intrapsychisch vollzog sich parallel zur Idealisierung mütterlicher Weiblichkeit zudem die Abwertung von allem Männlichen. Neben dem Mutterverlust mag auch die fehlende Möglichkeit Jackies, sich positiv mit seinem Vater zu identifizieren, eine wichtige Rolle bei der Ausbildung der Geschlechtsidentitätsstörung gespielt haben. Nach eigener Darstellung konnte Jackie auf wenig positive Erfahrungen mit männlichen Personen überhaupt zurückgreifen.

*Zusammenfassende Beurteilung:* Neben der ausgeprägten Geschlechtsdysphorie litt Jackie an einer depressiven Episode und komorbiden Zwangsgedanken. Zudem waren klinisch wie testpsychologisch die Kriterien für eine Persönlichkeitsfehlentwicklung (mit emotional-instabilen, histrionischen und selbstunsicheren Störungsanteilen) erfüllt. Der schnelle, im Verlauf mehrfach vollzogene Wechsel zwischen (primitiver) Idealisierung und (radikaler) Abwertung des Therapeuten ließ das unreife Objektbeziehungs- und Ich-strukturelle Entwicklungsniveau Jackies erkennen. Unter der 3½-monatigen stationären Behandlung kam es zu einer Vollremission der Depression. In Hinblick auf die Zwangsstörung ließ sich zumindest eine Teilremission erreichen. Eine eindeutige Prognose bezüglich der weiteren Entwicklung und des wahrscheinlichen Verlaufs der Geschlechtsdysphorie war zum Entlassungszeitpunkt nicht möglich. Relativ sicher schien lediglich eine auf das männliche Geschlecht gerichtete sexuelle Orientierung, wobei offen bleiben musste ob zudem eine Ansprechbarkeit für das kindliche Körperschema in die sexuelle Präferenzstruktur eingelagert ist, die – wenn sie bestehen sollte – von Jackie zutiefst abgelehnt wäre; demgegenüber bestanden Zweifel, ob bei Jackie tatsächlich eine transsexuelle Entwicklung vorliegt.

Differenzialdiagnostisch war auch hier eine Ich-dystone androphile Orientierung in Betracht zu ziehen. Denkbar ist ferner, dass dem Wunsch nach Geschlechtswechsel – wie dargelegt – eine spezifische Abwehrfunktion gegenüber auf Kinder gerichte-

ten sexuellen Phantasien zukam. In beiden Konstellationen musste dies jedoch nicht zwangsläufig mit einer überdauernden Störung der geschlechtlichen Identität im Sinne einer Transsexualität verbunden sein, sodass *keine* Indikation für geschlechtsangleichende Maßnahmen bestand. Unseres Erachtens stellte die im Vorfeld eingeleitete konträrgeschlechtliche Hormontherapie und Androgen-Suppression keine geeignete Maßnahme dar, um die psychosexuelle Entwicklung des Patienten in ihrem Verlauf zu begünstigen, sondern verhinderte vielmehr das Sammeln altersgerechter (sozio-) sexueller Erfahrungen und die Identitätsfindung. Zudem war die Behandlung mit Cyproteronacetat, noch dazu in einer viel zu hohen Dosierung, höchst wahrscheinlich kausal mitverantwortlich für die Depression und Suizidalität.

Der Umstand, dass der Libido-Rückgang respektive der vollständige Verlust sexuellen Interesses unter Cyproteronacetat von Jackie als Erleichterung wahrgenommen worden war, wäre – dies ist einzuräumen – durchaus nicht untypisch für eine transsexuelle Disposition; jedoch gibt es, wie dargestellt, im zur Rede stehenden Fall alternative Erklärungen, die dies schlüssig begründen könnten. Nach Mitteilung des Entlassungstermins waren eine erneute Zunahme der Geschlechtsdysphorie und phasenweise auch ein Wiedererstarren des „Umwandlungsbegehrens“ zu verzeichnen. Wir waren jedoch nicht der Auffassung, dass dies zwingend ein Beweis für das Vorliegen einer überdauernden GD im Sinne einer tiefen Transsexualität ist, sondern betrachteten dies als Ausdruck der Schwierigkeit des Patienten, seine gewählte „Überlebensstrategie“ bei der Rückkehr in den Alltag, unter den Bedingungen zunehmender sozialer Anforderungen, sogleich aufzugeben.

Jackie hatte für sich während des Klinikaufenthaltes in der Therapie eine Möglichkeit gefunden, seine Entscheidung erneut zu überdenken. Zum Entlassungszeitpunkt drängte er selbst *nicht* auf ein sofortiges Wiedereinsetzen der hormonellen Behandlung, zeigte sich diesbezüglich jedoch unsicher. Er benötigte auch nach der Klinikentlassung eine intensive Unterstützung, um mit seinen Zwangsvorstellungen wie auch seinen Identitätsproblemen umgehen und seinen Alltag bewerkstelligen zu können. Es wurde deshalb eine langfristig angelegte, ambulante Behandlung eingeleitet und Jackie wurde darin bestärkt, die Alltagserprobung – leitliniengerecht – *ohne* die gleichzeitige Einnahme von Hormonen durchzuführen. Eine Rückkehr in den Haushalt des Vaters war nicht zumutbar. Auf Jackies Wunsch wurde deshalb die Aufnahme in eine therapeutische Jugendwohngemeinschaft beschlossen.

#### 4 Diskussion

Die beiden Fallgeschichten weisen einige offensichtliche Gemeinsamkeiten auf. Diese liegen zum einen in dem von beiden Patienten gleichermaßen ausgeübten Druck auf das Helfersystem und der Vehemenz, mit welcher das Verlangen nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen vorgebracht wurde. Im Fallbeispiel A führte dies dazu, dass bereits juristische Schritte zur Vornamens- und Personenstands-

änderung eingeleitet und diesbezügliche gutachterliche Stellungnahmen verfasst worden waren. Im Fallbeispiel B indes war im Vorfeld der Aufnahme in die Klinik schon eine medizinisch folgenreiche und mit schweren Nebenwirkungen behaftete Hormontherapie begonnen worden, welche sowohl eine medikamentöse Androgen-Suppression als auch die regelmäßige Einnahme konträrgeschlechtlicher Hormone umfasste. Es ist hervorzuheben, dass diese Behandlung bereits eine partiell *irreversible* Intervention darstellt und dass die Indikation zur Einleitung derselben mitnichten interdisziplinär, sondern gänzlich ohne Beteiligung eines Jugendpsychiaters gestellt worden war.<sup>2</sup>

In beiden Fällen war eine Persistenz der Geschlechtsdysphorie zur Transsexualität präjudiziert und eine Transition auf den Weg gebracht worden, noch bevor eine ordentliche Diagnostik und eine Alltagserprobung erfolgten. Von einer ausgangsoffenen Begleitung konnte also nicht die Rede sein. Das Vorgehen entsprach somit nicht den Empfehlungen der von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie konsentierten S1-Leitlinien zur Behandlung von Minderjährigen mit GIS/GD (Meyenburg et al., 2013). Abgesehen davon war die geforderte Einbeziehung beider Elternteile (bzw. im Fallbeispiel B des Vaters) nicht erfolgt – wobei einschränkend gesagt werden muss, dass diese als Ressource auch nur bedingt zur Verfügung standen. Um es den Betroffenen zu ermöglichen, ihren schwerwiegenden Identitätskonflikt ausloten und bearbeiten zu können, waren für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt neben der Alltagserprobung und Fortsetzung der begleitenden, ausgangsoffenen Psychotherapie in beiden Fällen eine räumliche Trennung von den wenig unterstützenden, alleinerziehenden Sorgeberechtigten und eine Unterbringung in einer stationären Einrichtung der Jugendhilfe erforderlich.

Eine weitere Gemeinsamkeit liegt in der bei beiden Patienten infrage kommenden Differenzialdiagnose einer *Ich-dystonen Sexualorientierung* (ICD-10: F66.1), konkret die Abwehr einer konflikthaften homosexuellen Orientierung, der wichtigsten Differenzialdiagnose in dieser Altersgruppe. Erfahrungsgemäß spielt die radikale Ablehnung von Homosexualität häufiger in Familien mit muslimischem oder osteuropäischem Hintergrund eine bedeutsame Rolle (Fallbeispiel A). Zudem ist sie generell verbreiteter in sozial benachteiligten Schichten; letzteres trifft für die Familien beider Patienten zu. Darüber hinaus war in beiden Fällen auch eine übergeordnete Persön-

<sup>2</sup> Der Umstand, dass zunehmend psychologische Psychotherapeuten *ohne* eine entsprechende Qualifikation im Bereich der KJP/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie minderjährige Patienten mit GIS behandeln und sich des Weiteren Erwachsenen-Psychiater – nicht selten *ohne* die unseres Erachtens erforderliche Zusatzqualifizierung im Bereich Sexualmedizin – dazu berufen fühlen, wird von den Autoren mit Besorgnis zur Kenntnis genommen, weil die Berücksichtigung entwicklungspsychiatrischer Aspekte dabei deutlich ins Hintertreffen zu geraten droht. Dies gilt in noch verschärfter Form für all jene Fälle, in denen minderjährige GIS/GD-Patienten von (Erwachsenen-)Endokrinologen *ohne* Rücksprache mit einem Facharzt für KJP und ohne vorherige Alltagserprobung mit Hormonpräparaten versorgt werden – wobei nicht unerwähnt bleiben soll, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit endokrinologischen Fachärzten mehrheitlich sehr gut verläuft.

lichkeitsfehlentwicklung respektive *Persönlichkeitsstörung* in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einzubeziehen – unter Berücksichtigung der generell gebotenen Zurückhaltung mit der Diagnose einer (beginnenden) Persönlichkeitsstörung bei Minderjährigen. Neben der komplexen Psychopathologie und den Auffälligkeiten in der zwischenmenschlichen Interaktion wiesen insbesondere die unreifen Abwehrmechanismen mit deutlicher Spaltungstendenz sowie die offensichtlich defizitäre Ich- und Selbstentwicklung bei beiden Patienten in diese Richtung.

Das berührt zwei zentral wichtige Fragen, die es im Rahmen der gegenwärtigen Debatte um den „richtigen“ bzw. frühestmöglichen Zeitpunkt für die Einleitung geschlechtsangleichender Maßnahmen bei adoleszenten GIS/GD-Patienten übergeordnet-allgemein zu diskutieren gilt und die sodann in der klinischen Praxis, bezogen auf den konkreten Einzelfall, das heißt unter Berücksichtigung individueller Besonderheiten, (erneut) kritisch reflektiert werden müssen.

1. Wann ist die erforderliche kognitive, sozioemotionale und psychosexuelle Reife vorhanden und die „normale“ Entwicklung der Persönlichkeit soweit vorangeschritten, dass der (oder die) Jugendliche prinzipiell in der Lage ist, eigenständig und selbstverantwortlich eine Entscheidung über eine mit lebenslangen Konsequenzen verbundene therapeutische Maßnahme zu fällen? Und anhand welcher Kriterien ist eine verlässliche Aussage über den individuellen Stand der Reifeentwicklung, speziell über den Fortschritt der psychosexuellen Entwicklung des/der betroffenen Jugendlichen zu treffen?
2. Kann bei einer offensichtlich defizitären Selbst- und Ich-Entwicklung respektive einer beginnenden Persönlichkeitsstörung – also bei einer definitiv nicht „normal“ verlaufenden Persönlichkeitskonstituierung mit (mutmaßlich) pathologisch veränderter Eigenwahrnehmung im Sinne eines „falschen Selbst“ – überhaupt jemals von einer ausreichenden Reflexions- und Urteilsfähigkeit des betroffenen Jugendlichen ausgegangen werden? Und kann unter solchen Bedingungen dem Patienten eine Einwilligungsfähigkeit attestiert werden, solange er (oder sie) noch minderjährig ist und die Möglichkeiten einer Nachreifung der Persönlichkeit im Rahmen einer Therapie noch nicht völlig ausgeschöpft sind?

Zur Beantwortung der Frage 1 ist es naheliegend, zunächst auf allgemein entwicklungspsychologisches Wissen zurückzugreifen und im Speziellen jene Empfehlungen und Richtlinien zu berücksichtigen, die zur Durchführung von Begutachtungen (Beurteilung der Geschäftstüchtigkeit, Strafreife etc.) von Minderjährigen vorgelegt wurden. Jedoch sagen die im vorgenannten Kontext herangezogenen Anhaltspunkte wenig aus über den Stand der psychosexuellen Entwicklung. Letztgenannter Entwicklungsaspekt aber ist aus Sicht der Autoren entscheidungsrelevant für die Indikation zur Transitionsbehandlung und die Einleitung entsprechender medizinischer und juristischer Maßnahmen. Die Gründe dafür liegen primär darin, dass erst mit weit fortgeschrittener psychosexueller Entwicklung und der im Zuge dessen erfolgten Konsolidierung der sexuellen Präferenzstruktur eine Ich-dystone

(homo-)sexuelle Orientierung als Ursache des gestörten Geschlechtsidentitätsempfindens ausgeschlossen – oder ggf. als ursächlich verantwortlich erkannt – werden kann;<sup>3</sup> selbiges gilt für Differenzialdiagnosen aus dem Spektrum der Paraphilien (z. B. fetischistische Neigung, Transvestitismus). Einschränkend ist zu konzedieren, dass verbindliche Kriterien, die den Abschluss der psychosexuellen Entwicklung eindeutig markierten, bislang noch nicht festgelegt wurden.

Das bedeutet jedoch nicht, dass es diese nicht gäbe! Aus sexualmedizinischer Sicht jedenfalls ist es naheliegend, dies vorrangig danach zu entscheiden, ob auf Grundlage einer ausführlichen Sexualanamnese eine hinreichend sichere Aussage bezüglich der sexuellen Präferenzstruktur getroffen werden kann. Zu deren Aufschlüsselung sind explorative Fragen zu erotisch-sexuellen Phantasien und individuellen Erlebnis- und Verhaltensweisen wegweisend – was freilich eine Vertrauensbasis innerhalb einer therapeutischen Beziehung voraussetzt, Unbefangenheit und Expertenwissen auf Seiten des Untersuchers erfordert und nur unter der Bedingung eines nativen Hormonstatus, *nicht* jedoch im Falle einer die Libido unterdrückenden Behandlung möglich ist. Es gibt durchaus Jugendliche, die bereit und in der Lage sind, diesbezüglich verlässliche Auskünfte zu erteilen und differenziert ihr Erleben zu beschreiben, was den Therapeuten dann in die Lage versetzt, eine konflikthaft abgewehrte Homosexualität oder andere sexuelle Identitätskonflikte ausschließen zu können.

Im Hinblick auf die Frage 2 lässt sich Folgendes festhalten: Von Experten wird mehrheitlich die Auffassung vertreten, dass bei dem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung die Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung generell nur mit größter Vorsicht gestellt werden sollte – selbst wenn die Persönlichkeitsfehlentwicklung nicht zwangsläufig eine Kontraindikation für eine geschlechtsangleichende Behandlung ist. Becker (2004) weist darauf hin, dass es sogar in solchen Fällen, in denen die GIS/GD ein traumakompensatorisches Reaktionsmuster, das heißt eine Abwehrleistung nach schwerer Traumatisierung darstellt, unter bestimmten Bedingungen richtig sein kann, eine Transition zu befürworten und den Patienten darin zu unterstützen. Dennoch hat die niederländische Arbeitsgruppe um Cohen-Kettenis, die frühzeitige hormonelle Interventionen auch bei Frühadoleszenten befürwortet und in großem Umfang durchführt, wiederholt postuliert, dass jugendliche Patienten, bei denen eine Hormonbehandlung in Betracht gezogen wird, keine schwerwiegenden (anderen) Probleme aufweisen sollten, welche mit dem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen in negativer Weise interferieren (Steensma u. Cohen-Kettenis, 2012; Cohen-Kettenis, Delmarre-van de Waal, Gooren, 2008).

Diese Voraussetzung war weder bei dem ersten noch bei dem zweiten Patienten erfüllt. In beiden Fällen war *keine* sichere Aussage darüber zu treffen, ob die gegengeschlechtliche Identifizierung als ein Teilaspekt der Persönlichkeitsfehlentwicklung und

---

<sup>3</sup> Als *sexuelle Präferenzstruktur* bezeichnet man die Kombination aus sexueller *Orientierung* (homo-, hetero- oder bisexuell?), *Ausrichtung* (welches Körperschema – erwachsen, peripubertär oder kindlich – wird als anziehend empfunden?) und *Neigung* (welche konkreten sexuellen Vorlieben – ggf. Paraphilien – bestehen?).

allgemeinen „Identitätsdiffusion“ einzuordnen war und sich im Verlauf verändern bzw. auflösen würde oder ob die Geschlechtsdysphorie unabhängig von der beginnenden Persönlichkeitsstörung bestand und weiter zunehmen würde. Überdies war eine sexualmedizinische Exploration des Patienten des Fallbeispiels B aus Gründen der mangelnden Offenheit bzw. großen Scham des Jugendlichen nur begrenzt möglich und durch die komorbide Zwangserkrankung zusätzlich erschwert. Dies hat auch die Feststellung einer möglicherweise vorliegenden pädophilen Neigung verunmöglicht, weshalb diese Frage erst im weiteren Verlauf abschließend geklärt werden kann – wobei bedacht werden sollte, dass die Pädophilie mit einer Prävalenz von mindestens 1 % in der männlichen Bevölkerung vorkommt (vgl. Beier, Bosinski, Loewit, 2005). Im Fallbeispiel A hingegen war dem Betroffenen eine freie Auseinandersetzung mit Fragen seiner sexuellen Identität und Orientierung aufgrund des intoleranten, massiv homosexualitätsfeindlichen, unmittelbaren familiär-sozialen Umfelds bislang unmöglich.

Anders als die Vorbehandler sind wir deshalb in beiden Fällen zu der Entscheidung gelangt, uns an den Grundsatz einer ausgangsoffenen Begleitung zu halten, ohne die Möglichkeit eines Fortbestehens der GIS/GD und die Entwicklung einer Transsexualität grundsätzlich auszuschließen, diesen Ausgang jedoch ebenso wenig als „alternativlos“ zu betrachten. Dabei sind wir uns der Tatsache bewusst, dass unsere Zurückhaltung bezüglich der Herbeiführung „schneller Lösungen“ (durch frühzeitiges Einleiten einer hormonellen Therapie) nachvollziehbar nicht bei allen GIS-Patienten auf Begeisterung stößt, wofür wir angesichts des meist hohen Leidensdrucks der Betroffenen absolutes Verständnis aufbringen – unabhängig davon, ob es sich im Einzelfall um eine nur passagere Geschlechtsidentitätsunsicherheit oder um eine überdauernde, profunde Geschlechtsidentitäts*transposition* handelt.

## 5 Schlussbetrachtung

Mit der Auswahl der beiden Fallbeispiele wurde versucht, die differenzielle Bedeutung der bei GIS/GD häufigen psychiatrischen Komorbidität, insbesondere übergeordneter Persönlichkeitsfehlentwicklungen, und die daraus resultierenden Probleme bei der Entscheidungsfindung aufzuzeigen. Ferner ging es darum, den Leser explizit auf die Risiken einer (zu) frühzeitigen Weichenstellung in Richtung Transition und die speziellen Probleme einer hormonellen Behandlung hinzuweisen. Es war hingegen *nicht* unsere Intention, die Richtigkeit der in der Fallarbeit generierten psychodynamischen Arbeitshypothesen *a priori* gegen jeden denkbaren Widerspruch zu verteidigen und als unumstößliche Wahrheit zu verkaufen, geschweige denn die Behauptung aufzustellen, das gestörte Geschlechtsidentitätsempfinden und -verhalten könne in den berichteten Fällen *ausschließlich* psychodynamisch erklärt werden.

Ziel war es, einen differenzierteren Zugang zur GIS/GD-Problematik zu eröffnen und die empirisch belegbare Heterogenität der Gesamtgruppe hervorzuheben. Ein wichtiger Aspekt war dabei die Verdeutlichung des folgenden Sachverhalts: Die vermeintlich

„komorbide“ psychische Störung kann sich in nicht wenigen Fällen als das eigentliche, übergeordnete Problem entpuppen, welches der gegengeschlechtlichen Identifikation ursächlich zugrunde liegt – die irrtümlich als „Begleitpsychopathologie“ eingeordnete Kondition nimmt somit den Rang einer Differenzial- und Hauptdiagnose ein, die ein grundsätzlich anderes Vorgehen erfordert. Aus den dargelegten Gründen kann und sollte insbesondere das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung als relative Kontraindikation für die Einleitung geschlechtsangleichender Maßnahmen betrachtet werden. Dies gilt in besonderem Maße für noch minderjährige Patienten.

Die beobachtete Vielfalt innerhalb der Gesamtgruppe von GIS/GD-Patienten ist, über die „Begleitpsychopathologie“ hinaus, durch weitere individuelle Konstellationen bedingt. Die offensichtlichen Unterschiede hinsichtlich der *intrap*psychischen und *inter*personellen Konfliktdynamik, welcher aus Sicht der Autoren eine wichtige Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung der GD/GIS zukommt, sprechen *in puncto* Heterogenität für sich und bedürfen keiner weiteren Erläuterung. Die zugrunde liegenden psychodynamischen Wirkfaktoren sind ihrem Wesen nach immer *spezifisch* und interindividuell genauso variabel wie die jeweiligen pathogenen Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen. Bezüglich letzterer, insbesondere der Psychopathologien der Eltern (Zucker et al., 2003), wurde eine Vielzahl von Fallberichten vorgelegt. Die dabei generierten Hypothesen sind als Erklärung individueller Verläufe ebenso hilfreich wie bei der Therapieplanung und -durchführung. Verallgemeinerungen sind jedoch aufgrund der Verschiedenartigkeit der Patienten und der Komplexität des Betrachtungsgegenstandes „Geschlechtsidentität“ nur mit Vorsicht zu treffen.

Grundsätzlich gelten GIS als eine Erkrankung, deren Ätiologie komplexen biopsychosozialen Bedingungen unterworfen ist. Dabei dürften die postulierte (und empirisch beobachtbare) Heterogenität und Verlaufsvariabilität wohl nicht allein durch interindividuell unterschiedliche Konfliktdynamiken bzw. strukturelle Entwicklungsdefizite und/oder missglückte Lernprozesse bedingt sein, sondern in einem nicht bekannten (vermutlich divergierenden) Ausmaß auch auf neurobiologische, teilweise konstitutionell-genetische Ursachen zurückzuführen sein. In jüngerer Zeit wurden Ergebnisse aus Untersuchungen publiziert, die auf einen möglichen Zusammenhang zwischen einem perinatal gemessenem, veränderten Testosteronspiegel und geschlechtsatypischen Verhaltensweisen (bei Jungen) hinweisen (Lamminmaki et al., 2012; Review von Cohen-Bendahan, van de Beek, Berenbaum, 2005). Auch gibt es Befunde zu hirnmorphologischen Besonderheiten bei GIS/GD-Patienten (Luders et al., 2009; Garcia-Falgueras u. Swaab, 2008). Erwähnenswert sind des Weiteren neuere Zwillingstudien, die Hinweise auf genetische Einflüsse bei geschlechtsatypischen Verhalten (Knafo u. Spinath, 2011; Alanko et al., 2010) respektive GIS/GD im Kindes- und Jugendalter (Coolidge, Thede, Young, 2002) lieferten.

Das ändert jedoch nichts daran, dass die Forschung bislang keine überzeugenden Hinweise einer vorrangig oder ausschließlich genetisch bzw. hormonell determinierten Ätiologie der GIS hat erbringen können (Meyer-Bahlburg, 2011). Die kausalen Bedingungen für die Entwicklung von GIS/GD sind auch weiterhin nicht abschließend geklärt. Dies sollte umso größere Anstrengungen provozieren, um hinsichtlich der Bedeutung und



Ursachen der vorgefundenen Heterogenität von GIS/GD zu einem tieferen Verständnis vorzudringen, zumal sich daraus Implikationen für eine differenzielle Indikationsstellung zur Einleitung der Transitionsbehandlung oder Argumente für einen Aufschub derselben ergeben können. Dazu erscheint die systematische Auswertung von Kasuistiken sinnvoll – auch deshalb, weil an ihnen die offensichtliche Bedeutung familiärer Einflussfaktoren und pathogener Sozialisationsbedingungen beispielhaft vor Augen geführt werden kann.

Wichtige Fragen zur Therapie von GIS/GD im Jugendalter sind derzeit noch offen: Bislang kann nicht abschließend beurteilt werden, inwieweit die Hormonbehandlung iatrogen eine transsexuelle Entwicklung des Jugendlichen verstärkt und mögliche Alternativen (in erster Linie ein homosexuelles *Coming-out*) verhindert. Eine Beeinflussung von Hirnreifungsprozessen durch eine pubertätsblockierende und/oder frühzeitige konträrgeschlechtliche Hormontherapie ist zwar nicht bewiesen, aber auch keineswegs widerlegt. Insbesondere in der Entscheidung *für* oder *gegen* eine frühzeitige Hormontherapie können somit aufgrund erheblicher Forschungslücken und des vollständigen Fehlens prospektiver, randomisiert-kontrollierter Vergleichsstudien (deren Durchführung aus ethischen Gründen auch zukünftig nicht möglich sein wird) gegenwärtig kaum evidenz-basierte Empfehlungen gegeben werden.

In dem Spannungsfeld zwischen einer verbleibenden Unsicherheit bei der Indikationsstellung und dem oftmals großen Leidensdruck der Betroffenen müssen die Behandler eine Entscheidung fällen, die sich auf das langfristige Wohl dieser jungen Menschen konzentriert. Den Vorteilen einer frühzeitigen Weichenstellung im Falle einer tatsächlichen transsexuellen Entwicklung stehen die eindeutigen Nachteile gegenüber, welche sich für den Patienten im Falle einer voreiligen Festlegung und falsch gestellten Indikation zur Hormontherapie ergeben, weil letztere in der Regel mit gravierenden, lebenslangen Folgen (u. a. Infertilität) verbunden ist. Schon deshalb sollte die Chance einer möglichen Nachreifung der Persönlichkeit und Aussöhnung mit dem Geburtsgeschlecht nicht frühzeitig vergeben werden (Sadjadi, 2013).

### Fazit für die Praxis

Bei der Diagnostik und Therapie von GIS/GD im Jugendalter sind entwicklungspsychiatrische, psychodynamische und familiär-systemische Aspekte angemessen zu berücksichtigen und komorbider Störungen sorgfältig abzuklären. Zuständig ist der fallführende Kinder- und Jugendpsychiater, der über eine ausreichende sexualmedizinische Expertise verfügen muss. *Jede* Indikation zur Einleitung einer hormonellen Behandlung sollte interdisziplinär und immer erst nach mindestens einjähriger, psychotherapeutisch begleiteter Alltagserprobung gestellt werden. Die Verantwortung, einen völlig gesunden jugendlichen Körper einer tiefgreifenden medizinischen Intervention mit irreversiblen Folgen zu unterziehen, ist groß – wenngleich das Dilemma falsch getroffener Entscheidungen in beide Richtungen besteht, ist aus medizinethischen Überlegungen im Zweifelsfall dem Grundsatz *primum non nocere* in seiner ursprünglichen Bedeutung für die Risikoabwägung von Interventionen zu folgen.

## Literatur

- Alanko, K., Santtila, P., Harlaar, N., Witting, K., Varjonen, M., Jern, P., Johansson, A., von der Pahlen, B., Sandnabba, N. K. (2010). Common Genetic Effects of Gender Atypical Behavior in Childhood and Sexual Orientation in Adulthood: A Study of Finnish Twins. *Arch Sex Behav*, 39, 81-92.
- Becker, S. (2004). Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung. In G. Kockott, E. M. Fahrner (Hrsg.), *Sexualstörungen* (S. 153-201). Stuttgart: Thieme.
- Beier, K. M., Bosinski, H. A. G., Loewit, K. (2005). *Sexualmedizin* (2. Aufl.). München: Elsevier.
- Cohen-Bendahan, C. C., van de Beek, C., Berenbaum, S. A. (2005). Prenatal sex-hormone effect on child and adult sex-typed behavior: Methods and findings. *Neurosci Biobehav Rev*, 29, 353-384.
- Cohen-Kettenis, P. T., Delmarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *J Sex Med*, 5, 1892-1897.
- Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J. (1999). Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res.*, 46, 315-333.
- Coolidge, F. L., Thede, L. L., Young, S. E. (2002). The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behav Genet*, 34, 251-257.
- Garcia-Falgueras, A., Swaab, D. F. (2008). A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: Relationship to gender identity. *Brain*, 131, 3132-3146.
- Knafo, A., Spinath, F. M. (2011). Genetic and environmental influences on girls' and boys' gender-typed and gender-neutral values. *Dev Psychol*, 47, 726-731
- Korte, A., Goecker, D., Krude, H., Lehmkuhl, U., Grüters-Kieslich, A., Beier, K. M. (2008). Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Zur aktuellen Kontroverse um unterschiedliche Konzepte und Behandlungsstrategien. *Dtsch. Ärztebl.* 105, 834-839.
- Lamminmaki, A., Hines, M., Kuiri-Hanninen, T., Kilpelainen, L., Dunkel, L., Sankilampi, U. (2012). Testosterone measured in infancy predicts subsequent sex-typed behavior in boys and girls. *Horm Behav*, 61, 611-616.
- Luders, E. W., Sánchez, F. J., Gaser, C., Toga, A. W., Narr, K. L., Hamilton, L. S., Vilain, E. (2009). Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *Neuroimage*, 46, 904-907.
- Meyenburg, B., Korte, A., Möller, B., Romer, G. (2013). AWMF-Leitlinien Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter (F64) – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-014l\\_S1\\_Störungen\\_Geschlechtsidentität\\_2013-08.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-014l_S1_Störungen_Geschlechtsidentität_2013-08.pdf)
- Meyer-Bahlburg, H. F. (2011). Transsexualism („Gender Identity Disorder“) – A CNS-Limited Form of Intersexuality? *Adv Exp Med Biol*, 707, 75-79.
- Möller, B., Schreier, H., Li, A., Romer, G. (2009). Gender identity disorder in children and adolescents. *Curr Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care* 39, 117-143.
- Sadjadi, S. (2013). The Endocrinologist's Office-Puberty Suppression: Saving Children from a Natural Disaster? *J Med Humanit*, 34, 255-260.
- Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Dutch Approach to Gender Dysphoria in Children and Adolescents. *Journal of Homosexuality*, 59, 301-320.
- Wallien, M. S., Swaab, H., Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46, 1307-1314.

- Zucker, K. J. (2008a). Children with gender identity disorder: Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56, 358-364.
- Zucker, K. J. (2008b). On the „Natural History“ of Gender Identity Disorder in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47, 1361-1363.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorders and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Ben-Dat, D. N., Ho, C., Johnson, L., Owen, A. (2003). Psychopathology in the parents of boys with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42, 2-4.

**Korrespondenzanschrift:** Dr. med. Alexander Korte, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Universität München (LMU), Nußbaumstr. 5a, 80336 München;  
E-Mail: alexander.korte@med.uni-muenchen.de

*Alexander Korte, Verena Albiez, Maik Mersmann und Julia Vukorepa, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Universität München (LMU); Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin*