

Geschlechtsinkongruenz bei Kindern und Jugendlichen – Begleitung, Psychotherapie und medizinische Interventionen

Pauli Dagmar

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Zürich, Universität Zürich, Schweiz

Sexual incongruence in children and adolescents – Support, psychotherapy and medical interventions

In recent years, the treatment of people with gender incongruence and gender dysphoria has developed towards variable and needs-oriented support and self-determined decision making by those affected in the framework of informed consent. In the case of minors, the focus is on orientation towards the needs of those affected, the promotion of the ability to judge and the close involvement of those with custody, in order to prevent psychological aberrations and to ensure good support. Neither the interruption of puberty nor the omission of a puberty blockade is a neutral event for adolescents who have strong gender dysphoria and are developing secondary sexual characteristics. Careful use of terminology and pronouns enables respectful treatment of those affected. From Tanner stage 2–3 on, puberty blockade in adolescents with gender incongruence can reduce psychological problems. Sex-appropriate hormone treatment can be introduced in the case of continuous gender dysphoria and a confirmed diagnosis of permanent transidentity in minors capable of decision making. Psychological support depends on need and can facilitate a psychologically healthy development of adolescents with gender incongruence. A high percentage of adolescents with gender dysphoria suffer from secondary psychological problems such as anxiety, depression, suicidal tendencies and self-injury, especially when there is a lack of support from the family and school environment.

Key words: *Sexual dyphoria, sexual incongruence, sex identity disorder, transgender, puberty blockage, sexual assimilation, transition, sexually assimilated hormone treatment, children and adolescents, transsexuality*

Einführung – Geschlechtsinkongruenz im Kontext von Gesellschaft und Medizin

Transgeschlechtlichkeit per se als krankhaft zu bezeichnen, ist ein historisches Phänomen, das analog zur Pathologisierung der Homosexualität kulturell bedingt ist [1–3]. Im medizinischen Kontext wurden in den diagnostischen

Manualen Merkmale für die als psychische Störung definierte *Transsexualität* festgelegt [4]. Während Jahrzehnten passten die Betroffenen ihre Narrative diesen Kriterien an, um medizinische Hilfe in Form von geschlechtsangleichender Behandlung zu erhalten. Erst im Laufe der letzten Jahre hielt das Verständnis für die Vielfalt der Möglichkeiten und Verläufe von Geschlechtsidentitäten und somit die Unterschiedlichkeit von Behandlungsbedürfnissen betroffener Menschen in die medizinischen Behandlungssysteme Einzug [5]. Die neuen deutschsprachigen «Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften für Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit» bei erwachsenen Transpersonen tragen diesem Umstand Rechnung und fokussieren auf die Selbstbestimmung der Betroffenen im Sinne eines *informed consent* bei der Behandlungsentscheidung und auf die Variabilität möglicher Behandlungsoptionen [6]. Im Bereich der Kinder und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz sind die Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Überarbeitung und es gibt Kontroversen im Spannungsfeld zwischen den Behandlungsbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen und den Befürchtungen von Ärzt(inn)en und Therapeut(inn)en über möglicherweise verfrühte Behandlungen, die allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt bereit werden könnten [7].

Terminologie

Der Begriff «Transsexualität» im Sinne der ICD-10-Kriterien wird heute als überholt angesehen [8]. Menschen, deren körperliches und psychisches Geschlecht in irgendeiner Form nicht übereinstimmen, bezeichnen sich meist als Transgender, Transident, Trans oder Trans*. Der Asterisk * wird vor allem im deutschsprachigen Raum verwendet und bedeutet eine Inklusion von nichtbinären Geschlechtsidentitäten zwischen den Polen männlich und weiblich. Gemäss Leitlinien sollen Personen in dem von ihnen gewünschten Geschlecht anerkannt und mit dem von ihnen bevorzugten Pronomen angesprochen werden. Hiermit wird der Grundstein für eine respektvolle und tragfähige therapeutische Haltung gelegt [6]. Die Bezeichnung «biologisches Geschlecht» ist insofern irreführend,

Correspondence:

Dagmar Pauli, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Zürich, Universität Zürich, Neumünsterallee 9, CH-8032 Zürich, dagmar.pauli[at]puk.zh.ch

als dass es gemäss heutigem Forschungsstand biologische Grundlagen sowohl für das körperliche als auch für das psychische Geschlecht gibt. Es empfiehlt sich daher, vom Geschlecht zu sprechen, das einer Person bei der Geburt zugewiesen oder zugeordnet wurde. Eine Transfrau ist eine Frau, die bei Geburt dem männlichen Geschlecht zugeordnet wurde, und ein Transmann ist ein Mann, der bei Geburt dem weiblichen Geschlecht zugordnet wurde. Der Begriff der «Geschlechtsumwandlung» ist obsolet, da es sich nicht um eine Umwandlung des Geschlechtes handelt. Vielmehr wird von «Geschlechtsangleichung» gesprochen, da das körperliche dem psychischen Geschlecht angeglichen wird. «Geschlechtsinkongruenz» bezeichnet die Nichtübereinstimmung zwischen körperlichem und psychischem Geschlecht und wurde für die kommende ICD-11 für diese Phänomenologie als Bezeichnung gewählt [9]. «Geschlechtsdysphorie» bezeichnet im DSM-5 den Zustand der Geschlechtsinkongruenz, der mit einem Leidensdruck einhergeht [10]. «Gendervarianz» beschreibt geschlechtsatypisches Verhalten oder Vorlieben und wird meist bei Kindern verwendet. Von «Transition» spricht man, wenn jemand mit oder ohne begleitende medizinische Massnahmen die Geschlechtsrolle wechselt.

Epidemiologie von Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie

Die Häufigkeit von Geschlechtsinkongruenz im Erwachsenenalter wird je nach Methodik der Erhebung sehr unterschiedlich angegeben. Ein Review von 21 Prävalenzstudien anhand der Inanspruchnahme geschlechtsangleicherender Behandlungen in verschiedenen Ländern ergab eine Prävalenz von 6,8 pro 100 000 bei Transfrauen und von 2,6 pro 100 000 bei Transmännern [11]. Je jünger die Studie, desto höhere Prävalenzen ergaben sich, weshalb nicht davon auszugehen ist, dass hier die tatsächliche Prävalenz in der Bevölkerung abgebildet ist. Die Rate der Inanspruchnahme spiegelt vielmehr den aktuellen gesellschaftlichen Kontext im Umgang mit Transgeschlechtlichkeit in den verschiedenen Ländern wider. Befragungen nach der Selbstidentifikation in Normalstichproben ergeben deutlich höhere Prävalenzen. In einer telefonischen Befragung in den USA identifizierten sich 280 von 100 000 Menschen als Transfrauen und 160 von 100 000 als Transmänner [12].

Bei Kindern zeigte eine niederländische Studie eine Prävalenz von 2,3–5,3% für geschlechtsatypisches Verhalten sowie den Wunsch, das andere Geschlecht zu sein [13]. Obwohl es sich hierbei um mehr dem weiblichen Geschlecht zugeordnete Kinder handelt, suchen mehr Eltern mit dem männlichen Geschlecht zugeordneten Kindern die Genderzentren auf. Dies dürfte zusammenhängen mit der geringeren gesellschaftlichen Akzeptanz von weiblichem Verhalten bei Kindern, die vom Umfeld als Jungen gesehen werden, als von männlichem Verhalten bei als Mädchen wahrgenommenen Kindern. Im Jugendalter zeigte sich international in den letzten Jahren eine rasante Zunahme der Inanspruchnahme von Gendersprechstunden. Hierbei überwiegen transmännliche Jugendliche deutlich [14]. Es ist unklar, ob es sich um eine tatsächliche Zunahme der Prävalenz oder vielmehr um ein früheres und häufigeres Aufsuchen von Behandlungsangeboten aufgrund von gesellschaftlicher Entstigmatisierung handelt.

Für die Prävalenz von Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen ergaben sich bei Schätzungen anhand der Inanspruchnahme von Genderzentren in den Niederlanden Zahlen von 36,4 pro 100 000 für Transmädchen und 19,3 pro 100 000 für Transjungen [15]. In Befragungen nach Selbstidentifikation zeigte sich bei Jugendlichen in den USA eine deutlich höhere Prävalenz von 3600 pro 100 000 für Transmädchen und 1700 pro 100 000 Transjungen, die sich selbst als transgeschlechtlich bezeichneten [16].

Entwicklungsverläufe von Geschlechtsinkongruenz im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

Es gibt nur wenige Studien über die Persistenz von Geschlechtsinkongruenz aus dem Kindes- ins Erwachsenenalter sowie die Anzahl der Menschen, die geschlechtsangleichende Massnahmen bereuen. Schätzungen aus den Niederlanden anhand der Inanspruchnahmepopulation von Kindern, welche die Genderzentren aufsuchten und teilweise später geschlechtsangleichende Massnahmen in Anspruch nahmen, ergeben eine Persistenz von 40% [15]. Einschränkung ist anzumerken, dass hier Drop-outs als nichtpersistente berücksichtigt und bei der Erstdiagnose auch Fälle mit nicht vollständig erfüllten Diagnosekriterien einbezogen wurden, weshalb die tatsächliche Persistenzrate bei voll ausgeprägter Geschlechtsinkongruenz höher liegen dürfte. Nur wenige Jugendliche (4,1% der zugeordneten Knaben und 0,7% der zugeordneten Mädchen), die in dieser Population eine Pubertätsblockade begannen, entschieden sich im späteren Verlauf, diese abzusetzen, um in ihrem bei Geburt zugeordneten Geschlecht zu leben [15]. Eine gross angelegte Nachuntersuchung aller Altersgruppen von Menschen, die in den Niederlanden zwischen 1972 und 2015 geschlechtsangleichende Behandlungsmassnahmen durchführen liessen, ergab bei 6793 Teilnehmenden eine Rate von 0,6% von Transfrauen und 0,3% von Transmännern, welche die Behandlung bereuten [15].

Geschlechtsidentität als Spektrum

Online-Befragungen unter Transmenschen zeigen, dass sich eine nicht unerhebliche Zahl von bis zu 36% der Befragten selbst dem nichtbinären Spektrum, das heisst zwischen den Polen männlich und weiblich, zuordnet [17]. Die Anzahl von nichtbinären Geschlechtsidentitäten bei Transmenschen, die Behandlung in einem Genderzentrum suchen, lag in einer Amsterdamer Studie mit 4% deutlich niedriger [15]. Dies kann einerseits damit zusammenhängen, dass Menschen mit nichtbinären Geschlechtsidentitäten weniger medizinische Behandlungsbedürfnisse haben, könnte aber auch mit der Zurückhaltung von nichtbinären Menschen erklärt werden, mit den Behandlern hierüber einen offenen Austausch zu führen. Häufig wird von Betroffenen berichtet, dass der Behandlungszugang noch immer erschwert sei, wenn die Geschlechtsidentität nicht einer klaren Kategorie entspreche [18]. In der Normalbevölkerung zeigten Studien in den Niederlanden und Belgien Prävalenzen für eine nichtbinäre Geschlechtsidentität von 4,6 respektive 1,8% bei geburtsgeschlechtlich männlich zugeordneten Personen und 3,2 respektive 4,1% bei geburtsgeschlechtlich weiblich zugeordneten Personen [19, 20]. Um einer möglichen Nichtbinarität in der Geschlechtsidentität Rechnung zu tragen, sind ein

sorgfältiger Umgang und eine offene Herangehensweise der Behandler erforderlich [21]. Die Möglichkeit einer nichtbinären Orientierung und der Verortung der Geschlechtsidentität auf verschiedenen Ebenen kann in der Diagnostik mittels eines einfachen Instruments visualisiert werden (siehe Abb. 1). «Genderfluidität» bedeutet, dass die Geschlechtsidentität zwischen den Polen männlich und weiblich schwankt. Menschen, die sich dauerhaft ohne Geschlechtskategorie erleben, bezeichnen sich als «agender» (ohne Geschlecht). Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass die Geschlechtsidentität nicht mit der Sexualität in direktem Zusammenhang steht. Menschen mit Transidentität können zum Beispiel heterosexuell, bisexuell, homosexuell oder asexuell sein.

Klassifikation von Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie

Die Diagnose «Transsexualität» der ICD-10 wird bei Einführung der ICD-11 komplett verändert werden und wird heute als veraltet angesehen [22]. Für die Diagnosestellung wird in der ICD-10 unter anderem der Wunsch «nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen» gefordert, was heute als ethisch nicht vertretbar gesehen wird. Transmenschen müssen durchaus nicht alle zur Verfügung stehenden Behandlungen durchführen, um überhaupt Zugang zu geschlechtsangleichenden Massnahmen zu bekommen. Zudem wird in der ICD-10 eine «tiefgreifende und dauerhafte gegengeschlechtliche Identifikation» gefordert, wodurch sämtliche nichtbinären Geschlechtsidentitäten ausgeschlossen sind. In der ICD-11 wird die Diagnose «Geschlechtsinkongruenz» nicht mehr unter den psychischen Störungen, sondern in der Kategorie *conditions related to sexual health* geführt werden, was einer Entpathologisierung gleichkommt. Wir stellen hier die

DSM-5-Klassifikation für Genderdysphorie dar, die nichtbinäre Identitäten ausdrücklich einschliesst und auf den Leidensdruck fokussiert, der durch Geschlechtsinkongruenz entstehen kann (Tab. 1) [23].

Ätiologie von Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie

In der Ätiologie von Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie wird ein multifaktorielles Zusammenspiel von biologischen und psychologischen Faktoren angenommen [24]. Zwillingsstudien schätzen den Einfluss von genetischen Faktoren auf die Ausbildung von Geschlechtsvarianz zwischen 62 und 70% [25, 26]. Über die Mechanismen sowohl der biologischen Disposition für Geschlechtsinkongruenz als auch der umweltbedingten Faktoren ist kaum etwas bekannt [25].

Mögliche begleitende psychische Störungen

Depression, Suizidalität und Selbstverletzungen

Nicht alle Kinder und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz leiden unter psychischen Begleiterscheinungen. Transgeschlechtlichkeit wird in der neuen Version der statistischen Manuale nicht mehr als psychische Störung klassifiziert [8]. Dennoch ist die Rate an psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen als Begleiterscheinung von Genderdysphorie deutlich erhöht [27]. In einer kanadischen Studie wiesen Transjugendliche zwischen 14 und 18 Jahren zu 65% ernsthafte Suizidalität und zu 75% Selbstverletzungen auf [28]. Internationale Vergleichsstudien zeigen, dass die psychische Gesundheit von Transkindern und -jugendlichen in verschiedenen Ländern stark divergiert, wobei in einer Studie die Jugendlichen in der Schweiz deutlich stärker von psychischen Beschwerden betroffen waren als jene in den Niederlanden und Belgien

Abbildung 1: Meine Genderidentität.

Meine Gender-Identität

Inneres Gefühl
♂ _____ ♀

Verhalten
♂ _____ ♀

Aussehen und Gender-Ausdruck
♂ _____ ♀

Wie die anderen mich sehen
♂ _____ ♀

Körper
♂ _____ ♀

Bitte markieren Sie Ihr aktuelles Erleben mit X und Ihren Zukunftswunsch mit O auf den Linien.

[29]. Eine Studie in den USA konnte zeigen, dass sich bei sozial transitionierten und von der Familie unterstützten Transkindern die Raten an Depressionen und Suizidalität denjenigen der Normalstichprobe änglichen [30]. Diese Ergebnisse können als Hinweis auf eine weitgehende soziale und kulturelle Bedingtheit der psychischen Begleitprobleme gewertet werden.

Autismus

Verschiedene Studien weisen auf eine Häufung von Geschlechtsinkongruenz beziehungsweise Genderdysphorie bei Menschen aus dem Autismus-Spektrum hin [31]. Aufgrund unzureichender Studienlage wurde von einer internationalen Expertengruppe mithilfe der Delphi-Methode eine konsensbasierte Empfehlung für den Umgang mit Geschlechtsinkongruenz bei Menschen mit begleitender Autismus-Diagnose erarbeitet. Gemäss dieser Empfehlung sollen Menschen mit Autismus-Diagnose dieselben Behandlungsmöglichkeiten für ihre Genderdysphorie erhalten wie neurotypische Menschen. Es ist bei der Exploration auf die Besonderheiten der Kommunikation zu achten und zu berücksichtigen, dass Menschen mit Autismus oft mehr Zeit für veränderungsrelevante Schritte benötigen. Die Besonderheiten in der Genderexpression führen zum Risiko einer Unterdiagnostik von Geschlechtsinkongruenz in dieser Population [32].

Ethische Überlegungen

In der Begleitung erwachsener Transmenschen bedeutet das Prinzip des *informed consent* eine autonome Entscheidung der Betroffenen über Zeitpunkt, Reihenfolge und Ausmass von geschlechtsangleichenden Behandlungen nach ausführlicher Aufklärung [6]. Bei Kindern und Jugendlichen spielt die Frage der Urteilsfähigkeit eine Rolle. Grundsätzlich können Kinder und Jugendliche über sie selbst betreffende medizinische Belange entscheiden, sobald sie urteilsfähig sind. Dies bedeutet, dass sie sich über den Sachverhalt und die Konsequenzen einer Behandlung ein unabhängiges Urteil bilden und ihre Meinung dazu äussern können [33]. Obwohl die Sorgeberechtigten ihr Kind in Belangen der medizinischen Behandlung bei Nichturteilsfähigkeit grundsätzlich vertreten, sollten die Entscheidungen bei höchstpersönlichen Fragestellungen nicht einfach stellvertretend für die Betroffenen gefällt werden. Die Entscheidung über geschlechtsangleichende

Massnahmen im Kindes- und Jugendalter unterliegt einem komplexen Prozess der Aufklärung der Jugendlichen und ihrer Sorgeberechtigten sowie der Förderung der Urteilsfähigkeit der minderjährigen Betroffenen, um diesen eine selbständige Entscheidung zu ermöglichen.

Psychologische und psychotherapeutische Begleitung für Kinder, Jugendliche und deren Familien

In der Begleitung von Transmenschen soll grundsätzlich gemäss Leitlinien Wert auf eine therapeutische Haltung gelegt werden, «die von Respekt und Akzeptanz gegenüber vielfältigen geschlechtlichen Lebensrealitäten geprägt ist und mit der die Beziehung individuell, prozessbezogen, verlässlich, flexibel und bedarfsorientiert gestaltet werden kann» [6]. Da nicht alle Transkinder und -jünglichen unter psychischen Begleitbeschwerden leiden, ist eine psychologische Betreuung nicht verpflichtend und richtet sich nach dem Bedarf [34]. Eine «Konversionstherapie», die zum Ziel hat, die Transidentität aufzulösen, ist gemäss den internationalen Richtlinien der *World Professional Association of Transgender Health* (WPATH) ethisch nicht vertretbar. Vielmehr sollte eine unterstützende und ausgangsoffene Herangehensweise die Betroffenen in jedem Alter dahingehend fördern, den für sie besten Weg im Umgang mit ihrer Transidentität zu finden [35]. Hierbei sind vorschnelle Zuschreibungen hinsichtlich einer Geschlechtskategorie zu vermeiden. Die Betroffenen und ihre Familien sollen über mögliche Behandlungen und den aktuellen Wissensstand hinsichtlich Auswirkungen und allfälliger Nebenwirkungen möglichst umfassend aufgeklärt werden, sodass sie eine informierte Entscheidung treffen können. Insbesondere Jugendliche sind hinsichtlich möglicher Suizidalität eng zu begleiten. Die Familie soll darüber aufgeklärt werden, dass eine unterstützende Herangehensweise das Risiko für psychische Begleitprobleme deutlich mindern kann [30]. Die Eltern sollen in aller Regel eng in den Beratungsprozess eingebunden und mit ihren Fragen und Sorgen ernst genommen werden, da ein gemeinsamer Prozess anzustreben ist, um die soziale Unterstützung der Betroffenen zu gewährleisten.

Die Diagnose und Indikationsstellung für medizinische Massnahmen für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz liegt in der Schweiz aktuell weit-

Tabelle 1: Genderdysphorie (DSM-5: 302.85) [17].

Kriterium A	Eine ausgeprägte Inkongruenz zwischen erlebter/erfahrener und (bei Geburt) zugeschriebener Geschlechtsidentität, die mindestens 6 Monate dauert und sich durch zwei oder mehr der folgenden Merkmale manifestiert: – ausgeprägte Inkongruenz zwischen der erlebten/erfahrenen Geschlechtsidentität und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder im Fall von Jugendlichen: den vorweggenommenen Auswirkungen von sekundären Geschlechtsmerkmalen); – starker Wunsch, sich aufgrund der erlebten/erfahrenen Geschlechtsidentität der primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale zu entledigen (oder im Fall von Jugendlichen: der Wunsch, die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern); – starker Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts zu besitzen; – starker Wunsch, dem anderen (oder einem zum zugewiesenen alternativen) Geschlecht anzugehören; – starker Wunsch, als Angehöriger des anderen (oder eines zum zugewiesenen alternativen) Geschlechts behandelt zu werden; – starke und feste Überzeugung, dass man die typischen Gefühle und Reaktionen des anderen (oder eines zum zugewiesenen alternativen) Geschlechts zeige.
Kriterium B	Der Zustand ist verknüpft mit klinisch relevantem Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, in beruflichen oder in anderen wichtigen Funktionsbereichen. Oder der Zustand ist mit einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden, ein solches Leiden bzw. eine solche Beeinträchtigung hervorzurufen.
Subtypen	– Mit Störung der Sexualentwicklung (mit <i>disorder of sex development</i>) – Ohne Störung der Sexualentwicklung (ohne <i>disorder of sex development</i>)
Weitere Kennzeichnung	– Genderdysphorie in Transition – Genderdysphorie, posttransitioniert

gehend in der Hand von spezialisierten Genderteams und einigen spezialisierten niedergelassenen Kolleg(inn)en. Die Abklärung und anschliessende Begleitung hinsichtlich weiterer geschlechtsangleichender Schritte in den wenigen spezialisierten Zentren erfolgt aus Ressourcengründen meist in grösseren Abständen. Für unkomplizierte Fälle ohne begleitende psychische Störung und mit unterstützender Familie genügt diese Frequenz. In einem nicht unbeträchtlichen Teil der Fälle bedarf es jedoch eines langwierigen Prozesses mit intensiver Familienarbeit über mehrere Monate hinweg und eine teilweise monate- bis jahrelange Psychotherapie der Betroffenen für den Aufbau einer ausreichenden psychosozialen Unterstützung und psychischen Belastbarkeit, um die Schritte der Transition und Geschlechtsangleichung durchführen zu können. Es ist daher unabdingbar, dass Spezialzentren in der Betreuung dieser Klientel mit Niedergelassenen zusammenarbeiten, die eine tragfähige therapeutische Beziehung mit den jungen Transmenschen und deren Familien aufbauen und den familiären Prozess moderieren können. In Fällen, in denen sich die Eltern oder ein sorgeberechtigter Elternteil gegen eine Transition und Geschlechtsangleichung aussprechen, die Jugendlichen aber unter einem starken Leidensdruck stehen, ist eine intensive Prozessbegleitung notwendig, die auf Verständnis und Unterstützung seitens der Eltern abzielt, aber auch Raum für deren Sorgen und Bedenken gibt. Nur in einzelnen Fällen mit dauerhafter Ablehnung der Transidentität durch die Eltern ist eine emotionale und praktische Ablösung vom Elternhaus Voraussetzung für eine geschlechtsangleichende Behandlung der Jugendlichen basierend auf deren Urteilsfähigkeit.

Die Frage der sozialen Transition

Eine soziale Transition mit einem Leben im gewünschten Geschlecht für eine Mindestdauer von einem Jahr wurde im Sinne eines «Alltagstests» in früheren Leitlinien als Bedingung für geschlechtsangleichende Behandlungen gefordert. Dies stellte insbesondere Transfrauen vor teilweise unzumutbare Belastungen und wurde daher in neueren Leitlinien aufgegeben [6, 35, 36]. Die soziale Transition kann im Erwachsenenalter zum Beispiel mithilfe von geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen erleichtert werden. Es existiert keine vorgegebene Reihenfolge der Behandlungsschritte, vielmehr müssen diese individuell auf den Bedarf der Betroffenen abgestimmt werden [36]. Im Kindesalter gibt es kaum Literatur zur Frage der sozialen Transition. In einer Studie in den USA zeigte sich, dass sozial transitionierte Transkinder zwischen 9 und 14 Jahren, die von ihren Familien unterstützt wurden, hinsichtlich Depression, Angst und Suizidalität ähnliche Werte wie ihre Peers aus der Normalbevölkerung aufwiesen [30]. Die Beratung erfolgt daher individuell auf den Fall abgestimmt und im Sinne einer Förderung des Wohlergehens des betroffenen Kindes respektive Jugendlichen.

Medizinische Massnahmen

Noch immer gibt es viele Fachpersonen im Gesundheitswesen, die sich im Umgang mit Transmenschen nicht der erforderlichen Begrifflichkeiten und Umgangsregeln bewusst sind. In einem 2017 im «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry» veröf-

fentlichten Artikel erarbeiteten die Autor(inn)en gemeinsam mit Transjugendlichen zehn Regeln, um den Umgang im Gesundheitssystem mit dieser vulnerablen Population zu verbessern [37]:

- Sexualität und «Gender» sind zwei unterschiedliche Dinge und vollständig getrennt voneinander zu betrachten.
- Mit Fremden über diese Themen zu sprechen ist unangenehm.
- Es gibt nichtbinäre Menschen.
- Namen, Pronomen und «Gender» sind wichtig.
- Über Genitalien soll nur bei medizinischer Notwendigkeit gesprochen werden.
- Die Untersuchung von Genitale und Brust sind unangenehm, insbesondere für Transjugendliche.
- Durch Pubertätsblocker und geschlechtsangleichende Hormone kann das Leben von Transjugendlichen retten werden.
- Eine Schulung der Mitarbeitenden ist notwendig, denn oftmals beginnen ärztliche Besuche mit dem falschen oder einem angreifenden Ton. Dadurch verschlossen sich die Transjugendlichen.
- Wenn Transjugendliche depressiv oder ängstlich sind, liegt es wahrscheinlich nicht daran, dass sie selbst ein Problem mit ihrer Geschlechtsidentität haben, sondern daran, dass alle anderen ein Problem damit haben.
- Man soll Transjugendliche wissen lassen, dass man auf ihrer Seite steht.

Nach den internationalen Leitlinien der endokrinen Gesellschaften kann bei Transkindern ab dem Pubertätsstadium 2–3 nach Tanner mit einer Pubertätsblockade mittels Gonadotropin-Releasing-Hormon-(GnRH-)Analogon begonnen werden. Hierdurch wird die Herausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale hinausgezögert, wodurch spätere psychische Belastungen und medizinische geschlechtsangleichende Massnahmen verhindert werden können. Durch die Pubertätsblockade wird Zeit gewonnen bis zu einer definitiven Entscheidung hinsichtlich geschlechtsangleichender Massnahmen [38]. Die Applikation des GnRH-Analogons ist reversibel. Bei Absetzen im Falle einer Nichtpersistenz der Transidentität wird die Geschlechtsreife im Geburtsgeschlecht erreicht [39]. Als Nebenwirkung ist bei einer mehrjährigen Behandlung mit GnRH-Analoga vor allem die verminderte Knochendichte zu nennen [40, 41]. Die Pubertätsblockade kann auch nach dem Tanner-Stadium 3 noch eingesetzt werden, wenn die Betroffenen eine weitere Verstärkung der sekundären Geschlechtsmerkmale fürchten, aber noch Zeit gewinnen möchten für eine ausgereifte, definitive Entscheidung. In diesen Fällen ist bei Transmännern der vorübergehende Menstruationsstopp meist erwünscht, als Nebenwirkung kann ein Hormonentzugssyndrom mit Schwitzen und Stimmungsschwankungen auftreten [39]. Der Einsatz der Pubertätsblockade wird teilweise kontrovers diskutiert, da einige Autor(inn)en kritisieren, dass keine randomisierten Studie durchgeführt wurden und durch die Blockade die Persistenz der Transidentität iatrogen erhöht werden könne [42, 43]. Dennoch wird bei persistierender Genderdysphorie über die Anfänge der Pubertät hinaus international die Pubertätsblockade emp-

fohlen, da das psychische Leiden für die Betroffenen verringert werden kann, wie Follow-up-Studien aus den Niederlanden zeigen [44, 45]. Weder die Pubertät zu unterbrechen noch dies nicht zu tun, ist in Fällen von Jugendlichen mit starker Genderdysphorie ein neutrales Geschehen. Die Entscheidung erfordert daher ein sorgfältiges Abwägen der Vor- und Nachteile gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Familien.

Die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung mit Östrogen beziehungsweise Testosteron ist bei Jugendlichen indiziert, wenn die Geschlechtsidentität hinreichend gefestigt ist und ein starker Wunsch nach Geschlechtsangleichung besteht. Die neuen Leitlinien empfehlen den Beginn ab zirka 16 Jahren, in begründeten Fällen jedoch auch früher [38]. Die Eindosierung erfolgt überlappend mit der Pubertätsblockade und langsamer als bei Erwachsenen. Ab dem älteren Jugendlichenalter kann ohne Pubertätsblockade direkt mit geschlechtsangleichenden Hormonen begonnen werden, wenn die Indikation gesichert ist [38]. Als häufigste Nebenwirkungen der geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung sind bei Transfrauen durch das Östrogen eine erhöhte Thromboseeigung sowie ein erhöhtes Brustkrebsrisiko im Vergleich zu Männern zu nennen, bei Transmännern durch das Testosteron eine Erythrozytose mit Risiko von Thromboembolien. Zusätzlich besteht für beide Geschlechter ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko [38].

Die geschlechtsangleichende Mastektomie bei Transmännern kann nach den Standards der WPATH bereits bei Minderjährigen durchgeführt werden, wenn eine hinreichend stabile Geschlechtsidentität besteht und die Urteilsfähigkeit gegeben ist [35]. Die klinische Notwendigkeit ergibt sich durch die häufig sehr starke Körperdysphorie in Bezug auf die Brust bei Transmännern.

Funding / potential competing interests

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

References

- Drescher J. Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual. *Arch Sex Behav.* 2010;39(2):427–60. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9531-5>. PubMed.
- Graham S. While diving, drink water: Bisexual and transgender intersections in South Sulawesi, Indonesia. *J Bisex.* 2003;3(3-4):231–47. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J159v03n03_15.
- Kalra G. Hijras: the unique transgender culture of India. *Int J Cult Ment Health.* 2012;5(2):121–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17542863.2011.570915>.
- World Health Organization, ed. International statistical classification of diseases and related health problems (10th revision, 2nd ed.). Genf: World Health Organization, 2014.
- Güldenring A, van Trotsenburg M, Flütsch N. Queering Medicine—Dringlichkeit einer bedürfnisorientierten und evidenzbasierten Transgendergesundheitsversorgung. *J Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel.* 2019;12(3):84–94. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s41969-019-00075-8>.
- Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung AWMF-Register-Nr. 138|001, online: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf
- Turban JL, Ehrensaft D. Research Review: Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018;59(12):1228–43. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12833>. PubMed.
- Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry.* 2012;24(6):568–77. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2012.741575>. PubMed.
- World Health Organization, ed. International statistical classification of diseases and related health problems (11th revision). Genf: World Health Organization, 2018. Zugriff am 15.12.2019. <https://icd.who.int/en>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorders DSM (5th edition). Washington, DC: APA; 2013.
- Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry.* 2015;30(6):807–15. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>. PubMed.
- Crissman HP, Berger MB, Graham LF, Dalton VK. Transgender demographics: a household probability sample of US adults, 2014. *Am J Public Health.* 2017;107(2):213–5. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571>. PubMed.
- van Beijsterveldt CEM, 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(6):647–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9072-0>. PubMed.
- Aitken M, Steensma TD, Blanchard R, VanderLaan DP, Wood H, Fuentes A, et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med.* 2015;12(3):756–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12817>. PubMed.
- Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. Gooren L J. The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *J Sex Med.* 2018;15(4):582–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsexm.2018.01.016>. PubMed.
- Eisenberg ME, Gower AL, McMorris BJ, Rider GN, Shea G, Coleman E. Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *J Adolesc Health.* 2017;61(4):521–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014>. PubMed.
- Eyssel J, Koehler A, Dekker A, Sehner S, Nieder TO. Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLoS One.* 2017;12(8):. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0183014>. PubMed.
- Richards C, Bouman WP, Seal L, Barker MJ, Nieder TO, T'Sjoen G. Non-binary or genderqueer genders. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28(1):95–102. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>. PubMed.
- Kuyper L, Wijns C. Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Arch Sex Behav.* 2014;43(2):377–85. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>. PubMed.
- Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, Buysse A, Dewaele A, Van Nieuwerburgh F, et al. T'Sjoen G. Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Arch Sex Behav.* 2015;44(5):1281–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6>. PubMed.
- Pauli D. Nicht-binäre Geschlechtsorientierung bei Kindern und Jugendlichen. *Kinderanalyse.* 2019;27(01):53–64. doi: <http://dx.doi.org/10.21706/ka-27-1-53>.
- Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry.* 2016;15(3):205–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20354>. PubMed.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorders DSM (5th edition). Washington, DC: APA; 2013.
- Turban JL, Ehrensaft D. Research Review: Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018;59(12):1228–43. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12833>. PubMed.
- van Beijsterveldt CEM, 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(6):647–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9072-0>. PubMed.
- Coolidge FL, Thede LL, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behav Genet.* 2002;32(4):251–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1019724712983>. PubMed.
- Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28(1):44–57. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>. PubMed.
- Veale JF, Watson RJ, Peter T, Saewyc EM. Mental health disparities among Canadian transgender youth. *J Adolesc Health.* 2017;60(1):44–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.014>. PubMed.

- 29 de Graaf NM, Cohen-Kettenis PT, Carmichael P, de Vries ALC, Dhondt K, Laridaen J, et al. Psychological functioning in adolescents referred to specialist gender identity clinics across Europe: a clinical comparison study between four clinics. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(7):909–19. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-017-1098-4>. PubMed.
- 30 Durwood L, McLaughlin KA, Olson KR. Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(2):116–123.e2. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016>. PubMed.
- 31 Jacobs LA, Rachlin K, Erickson-Schroth L, Janssen A. Gender dysphoria and co-occurring autism spectrum disorders: Review, case examples, and treatment considerations. *LGBT Health*. 2014;1(4):277–82. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2013.0045>. PubMed.
- 32 Strang JF, Meagher H, Kenworthy L, de Vries ALC, Menvielle E, Leibowitz S, et al. Pleak RR. Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018;47(1):105–15. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462>. PubMed.
- 33 Schneller LE, Bernardon, A. Freiwilligkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kontext von Selbstbestimmung und Fürsorge. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz (ZKE)* 2016;71(2):115-139.
- 34 Preuss WF. Geschlechtsdysphorie, Transidentität und Transsexualität im Kindes- und Jugendalter. München: Reinhardt, 2016.
- 35 Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Monstrey S. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgenderism*. 2012;13(4):165–232. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>.
- 36 Garcia D, Gross P, Baeriswyl M, Eckel D, Müller D, Schlatter C, et al. Von der Transsexualität zur Gender-Dysphorie. *Swiss Med Forum* 2014;14(19),382-387.
- 37 Turban J, Ferraiolo T, Martin A, Olezeski C. Ten things transgender and gender nonconforming youth want their doctors to know. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(4):275–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.12.015>. PubMed.
- 38 Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. T'Sjoen GG. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869–903. doi: <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2017-01658>. PubMed.
- 39 Bangalore Krishna K, Fuqua JS, Rogol AD, Klein KO, Popovic J, Houk CP, et al. Lee P A. Use of Gonadotropin-Releasing Hormone Analogs in Children: Update by an International Consortium. *Horm Res Ped*. 2019;91(6):357–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000501336>.
- 40 Chew D, Anderson J, Williams K, May T, Pang K. Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: a systematic review. *Pediatrics*. 2018;141(4):. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2017-3742>. PubMed.
- 41 Klink D, Caris M, Heijboer A, van Trotsenburg M, Rotteveel J. Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(2):E270–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2014-2439>. PubMed.
- 42 Costa R, Carmichael P, Colizzi M. To treat or not to treat: puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. *Nat Rev Urol*. 2016;13(8):456–62. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/nrurol.2016.128>. PubMed.
- 43 Cretella MA. Gender dysphoria in children and suppression of debate. *J Am Phys Surg*. 2016;21(2):50–4.
- 44 de Vries AL, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar EC, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*. 2014;134(4):696–704. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-2958>. PubMed.
- 45 de Vries AL, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(11):1195–202. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>. PubMed.