

Was ist wichtig in der Begleittherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie?





Leitsymptomatik:

Alters- und
geschlechts-
übergreifend

- ausgeprägte Inkongruenz zwischen der subjektiv erlebten und der zugewiesenen Geschlechtszugehörigkeit
- mindestens sechs Monate andauernd
- klinisch bedeutsames Ausmaß (!!)
- an Leiden/verursacht Beeinträchtigung(en) (in sozialen, schulischen/beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen).



Wie äußert sich GD?

→ Bei Kindern



- Bevorzugung von Kleidung und sonstigen äußerlichen Attributen (z.B. Haarlänge, Schmuck) des gewünschten Geschlechts
- Präferenz von gegengeschlechtlichen Spielkameraden und Spielzeugen bzw. Spielhandlungen (geschlechtsstereotyp)
- explizite, mehr oder weniger stark ausgeprägte Ablehnung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale des biologischen Geschlechts
- (Jüngere Kinder behaupten bisweilen, die Genitalien des anderen Geschlechts zu besitzen bzw. im weiteren Entwicklungsverlauf noch zu erlangen. Mädchen äußernd den Wunsch, dass Brustbildung und Menstruation nicht eintreten, Jungen wünschen sich ein Verschwinden der männlichen Genitalien. Bei Mädchen ist zudem häufig die Abneigung zu beobachten, im Sitzen zu urinieren)



Wie äußert sich GD?

→ Bei
Jugendlichen



- äußern Überzeugung, im „falschen Körper“ zu sein
- äußern dem anderen Geschlecht anzugehören
- äußern die typischen Empfindungen, Gefühle und charakteristischen Erlebnisweisen des anderen Geschlechts zu haben
- Intensive Beschäftigung, äußerlich wie eine Person des Gegengeschlechts zu wirken (Starkes Verlangen bzw. Insistieren darauf, dass somato-medizinische* Maßnahmen zur phänotypischen Angleichung an das Erscheinungsbild des Identitätsgeschlechts eingeleitet werden
- (Trans*männliche: Abbinden der Brüste, Tragen besonders weiter Kleidung)



→ Die Betroffenen sind häufig depressiv verstimmt, verzweifelt und hegen nicht selten Hass gegen ihren Körper, der sich bisweilen in selbstverletzendem, mitunter auch suizidalem Verhalten äußert



Vorgehen/ Probatorik:



- Umfassende Eingangsdiagnostik:
- → „mehrdimensionale Struktur-Diagnose“ (AMDP-Systematik)!



Vorgehen/ Probatorik:



1. Pädiatrische- und kinderendokrinologische Diagnostik → Somatische Erkrankungen? Intersexualität?
2. Ausschluss möglicher Differentialdiagnosen, umschriebene Entwicklungsrückstände, Intelligenzniveau, nicht-psychiatrische Krankheiten/Syndrome (Psychiater*in, Ki-Ärzt*in, Gynäkolog*in, u.a.)



Vorgehen/ Probatorik:



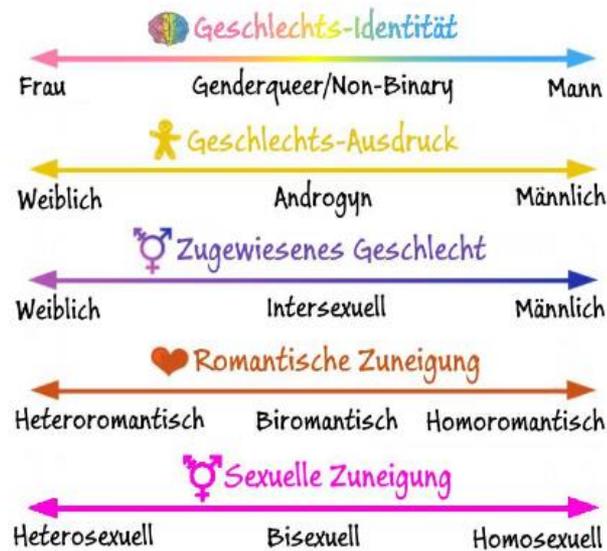
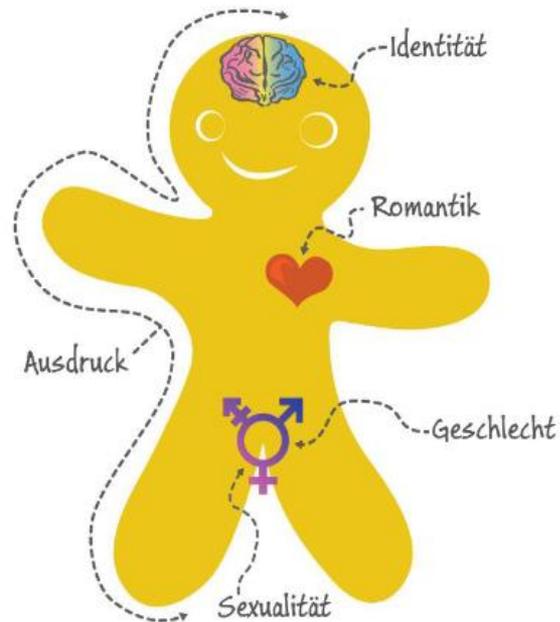
3. Anamneseerhebung/Erstgespräch... :
 - Exploration des Vorstellungsanlasses
 - Spontanäußerungen Pat., Erzählung über Entwicklung und Verlauf des Leidens, Erwartungen/Hoffnungen
 - Aktuelle Situation (Leidensdruck, Wann/Wie Outing ggü. Eltern, psychiatrische Vorstellungen, Umgang mit primären Geschlechtsorganen, Outing Schule/soz. Umfeld/Familie?, Reaktionen auf Outing?, Geschlechtsrollenwechsel)
 - Eigenanamnese
 - Entwicklung der GI (Kindheitserinnerungen, gegengeschlechtliches Verhalten in früher Kindheit (...) – Folgen/Reaktionen?)



Vorgehen/ Probatorik:



4. Assoziierte abnorme psychosoziale Umstände (intrafamiliäre Beziehungen, psych. Erkrankungen, belastende Lebensereignisse, Schulsituation u.a.)
5. Spezifische Diagnostik (Störungsspezifische FB, GD/GIS-FB (Utrechter FB), projektive Diagnostik (!), z.B. MZT)





Geschlechts- identität

-Definition-

Mann oder **Frau** zu sein bedeutet wesentlich mehr als nur verschiedene Chromosomen, Genitalien und sonstige primäre bzw. sekundäre Geschlechtsmerkmale zu haben.

Es ist ein basales, zumeist unhinterfragtes **Selbstverständnis**, eine **Seins- und Identitätsform**, basierend auf der überdauernden Erfahrung der eigenen **Individualität**, des eigenen **Verhaltens**, der eigenen **Erlebnisweisen** als uneingeschränkt und eindeutig männlich oder weiblich
(oder irgendetwas dazwischen oder anderes)



Geschlechts- rolle

-Definition-



- sozial eingenommenes Geschlecht
- Alles das, was jemand sagt und tut, um anderen und sich selbst zu zeigen, das er bzw. sie männlich oder weiblich (oder ambivalent) ist
- Zeit- und kulturabhängig (normative Vorgaben)
- Geschlechtsrolle schließt sexuelle Attraktion und sexuelle Reaktion ein, ist hierauf aber nicht beschränkt

→ „prozessuale Diagnostik“



d.h. mehrere Termine, auch mit den Eltern allein,
Familientermine

Alle möglichen Optionen sorgfältig durchgehen (keine übereilten
Entscheidungen treffen)

Eltern als „Verbündete“ werden in Behandlungsplanung
eingebunden!



Psychosexuelle Entwicklung der Geschlechts- identität

→ systematisch erfragen (!)



Psychosexuelle Entwicklung der Geschlechts- identität

- ausführliche **Exploration beider Elternteile**

Klärung eigener Erwartungshaltungen/
Reaktionen,

Aufdeckung „transsexuellogener“
Einflussfaktoren,

„Funktionalität“ welche der GD/GIS des Kindes
im Familiensystem zukommt



Psychosexuelle Entwicklung der Geschlechts- identität

- **Exploration des Kindes**

Mögliche unbewusste (oder bewusste) intrapsychische und interpersonelle Konflikte, genauer Kontext, in dem das Unbehagen mit dem eigenen Geschlecht erstmalig geäußert wurde

Fokus auch auf andere Entwicklungsaufgaben



Psychosexuelle Entwicklung der Geschlechts- identität

- **Exploration des Jugendlichen**

bisheriger sexueller Erfahrungen,
mögliche sexueller Übergriffe,
Körpererleben vor/während Pubertät,
Selbstwahrnehmung (eigene geschlechtliche
Attraktivität!?),

Klärung der sexuellen Präferenzstruktur
(sexuelle (Tag-) Träume und (Masturbations-)
Phantasien),

Art u. Weise der Stimulation, Häufigkeit?

Schuldgefühle? Ängste?



Ein Abschluss der somato- und psychosexuellen Entwicklung kann in Einzelfällen bereits mit 16 Jahren vorliegen, **die meisten Jugendlichen sind aber mit 16 noch mitten in ihrer sexuellen Identitätsfindung**, die zunächst diagnostisch-therapeutisch begleitet werden sollte

Differentialdiagnose zur Transsexualität F64.0



- Vorübergehende geschlechtsdysphorische Zustände in Adoleszenten-Krisen
- Ablehnung homosexuelle Orientierung (z.B. aus kulturellen Gründen)
- Paraphilien (F65) – ich-synton !, z.B. Autogynophilie/Autoandrophilie
- Dissoziative Störungen („Multiple Persönlichkeiten“)
- Schwere Identitätsstörungen, die zu einer Borderline-Störung führen
- Wahnhafte Verkennung der GI (z.B. Psychose)

Differentialdiagnose zur Transsexualität F64.0



F66.0 – Sexuelle Reifungskrise

F66.1 – Ich-dystone Sexualorientierung

F66.2 – Sexuelle Beziehungsstörung

F65.0 – Fetischismus / F65.1 Fetichistischer Transvestitismus

F64.1 – Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen (cross-dressing ohne sex. Erregung)

Differentialdiagnose zur Transsexualität F64.0



F60 – Persönlichkeitsstörungen (...)

sollten erste Anzeichen in der Adoleszenz vorliegen →
relative Kontraindikation für geschlechtsangleichende Maßnahmen!!

Zum Ende der Probatorik:

Arbeitshypothese/Verdachtsdiagnose

F64.2, F64.8/9, F66.0

+ evtl. komorbide Diagnose

(oft F32.1/2, F40.1 manchmal auch F43.25, aber auch F91)

Checkliste / Ablaufplan



Erstgespräch (Doppelstunde!)

Diagnostik Termin → CFT, Persönlichkeit / PSSI, BDI/DIKJ, AFS, Familienbrett, CBCL/YSR,

GD-Diagnostik Termin → Utrechter FB, Projektive Verfahren (SET, 3 Wünsche, 3 Lügengeschichten), Mensch-Zeichen-Test

Sexualanamnese (1x Pat., 1x Eltern)

Endokrinologie-Termin → Chromosomenanalyse, Hormonstatus

Anamnesegespräche mit KM (evtl. 2h), mit KV (evtl. 2h)

Telefontermine mit Vorbehandler, KJP, Lehrer*in (etc.)

Abschlussgespräch (ausführlich!)

Video von Alex





Psychotherapie

- ausgangsoffene, unterstützende Begleitung der Entwicklung des Kindes / des Jugendlichen
- → Anleitung zur Selbstreflektion*!!!
- im Rahmen einer Einzelpsychotherapie in einem der anerkannten Richtlinienverfahren



Psychotherapie

***Selbstreflektion u.a.:**

- Körperempfinden und psychosexuelle Erfahrungen
- Interaktion mit Mutter/Vater → Einstellungen zur Weiblichkeit der Tochter/Männlichkeit des Sohnes ggü.
- Identifizierung mit Mutter/Vater
- Lernen der Geschlechtsrolle (Vorbilder?)



Psychotherapie

→ **Verlaufsbeobachtung (!)**

Diagnose sichern und
Differentialdiagnosen ausschließen!!

Begleiterkrankungen, relevante
psychische Probleme erkennen

Klärend und beratend um adäquate
indiv. Lösung zu finden



Zu Beginn des Behandlungsverlaufs oder während Alltagserprobung

- Lebensgestaltung
- Entwicklungsdefizite
- Ressourcen
- Resilienz-Potentiale
- Sexuelle Aufklärung (Anatomie –beider-Geschlechtsorgane, reproduktive Funktion des biolog.- und des anderen Geschlechts; Aufklärung über Hormonbehandlung)
- Coming-Out, Alltagserprobung
- Psychiatrische Komorbiditäten (fallen oft erst spät auf!!)? – vor-, während-, nach Coming-Out



Zu Beginn des
Behandlungsverlaufs
oder
während
Alltagserprobung

- transsexuell oder geschlechtsdysphorisch??!!
- Rollenwechsel tatsächlich erstrebenswert?
- Andere Lösungen/Optionen?

→ Erst wenn im Verlauf über ausreichend langen Zeitraum psychische Stabilität sichtbar wird, der/die Pat. sich intensiv und selbstreflektiert mit „sich“ auseinandergesetzt hat, ist der/die Pat. bereit für körperverändernde Hormontherapie oder irreversible chirurgische Eingriffe



Kurz vor Beginn der (gegen- geschlechtlichen) Hormontherapie

Voraussetzungen für die Indikation:

(aus „Geschlechtsdysphorie, Transidentität und Transsexualität im Kindes- und Jugendalter“, W. F. Preuss, 2016)



Kurz vor Beginn der (gegen- geschlechtlichen) Hormontherapie

1. Vom Kleinkindalter an hat die/der Jugendliche in der Familie klar geäußert, dass sie/er sich dem anderen Geschlecht zugehörig fühlt (+ entspr. gegengeschl. Rollenverhalten gezeigt)
2. Die/der Jugendliche zeigt ausgeprägte Geschlechtsdysphorie im Rahmen der Pubertätsentwicklung (psych. Und psychosomat. Beschwerden führ(t)en zu Entwicklungsbeeinträchtigungen)
3. Die/der Jugendliche befindet sich in einem altersgemäßen Entwicklungsstand. Keine gravierenden kinder- und jugendpsychiatrischen Symptome/Diagnosen



Kurz vor Beginn der (gegen- geschlechtlichen) Hormontherapie

4. Altersadäquate Vorstellungen über Folgen einer Hormonbehandlung (regelm. Einnahme von Medikamenten, Laborkontrollen, irreversible körperl. Veränderungen, Unfruchtbarkeit, atypische pubertäre Entwicklung im Wunschgeschlecht)
5. Beide Eltern akzeptieren das Zugehörigkeitsgefühl ihres Kindes zum anderen Geschlecht und unterstützen ihn
6. Beide Eltern können eine Güterabwägung hinsichtlich einer geschlechtsangleichenden Behandlung vornehmen



**Kurz vor Beginn
der (gegen-
geschlechtlichen)
Hormontherapie**

7. Rollenwechsel hat stattgefunden, positive Alltagserfahrungen
8. Jugendliche wird von der Schule akzeptiert
9. Jugendliche wird von Klassenkameraden akzeptiert und kann sich mit seinem/ihrer gegengeschlechtlichen Zugehörigkeitsgefühl in ihrer/seiner Peer behaupten
10. Sowohl Eltern, als auch Jugendliche müssen für begleitende PT bei Genderspezialisten bereit sein



**Kurz vor Beginn
der (gegen-
geschlechtlichen)
Hormontherapie**

11. Zweitmeinung ist eingeholt
12. Konstruktive Kooperation aller beteiligten Fachkolleg*innen

Eine geschlechtsangleichende Hormontherapie bei Jugendlichen sollte nur dann indiziert werden, wenn **alle** Beteiligten (der Patient, beide Eltern (!), alle behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendpsychiater, der Gender-Spezialist und der Kinder-Endokrinologe) darin übereinstimmen, dass eine Nicht-Behandlung den Leidensruck verschlimmern und zu einem absehbar größeren seelischen Folge-Schaden (Entwicklungsbeeinträchtigung) führen würde, als die Folgen des Restrisikos einer sich möglicherweise später doch zeigenden Fehlindikation.



Während der gegen- geschlechtlichen Behandlung

- Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Veränderungen durch Hormonintervention → individuelles Erleben der Hormonbehandlung
- → welche Veränderungen registriert der/die Pat. selbst?
 - wie bewertet er/sie diese?
 - was macht er/sie aus diesen Veränderungen? Wie kann er/sie diese für sich nutzen?
- Exploration der sexuellen Entwicklung (weibl./männl. Vertrauten?)
- Aufklärung über geschlechtsangleichende Operation(en)

→ **offene Fragen stellen!!**



**bei nicht ausreichend behandelter
Komorbidität kann
geschlechtsangleichende
Operation nicht verantwortet
werden!!**

Über mehrere Jahre laufende
entwicklungsfördernde Psychotherapie.

Gemeinsames „Zurückblicken“ auf
schwierige Entwicklungsthemen evtl.
Neubewertung.

Gemeinsames „Hin-und-Her-Schauen“ kann
den Mentalisierungsprozess fördern

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Aber... eins noch:

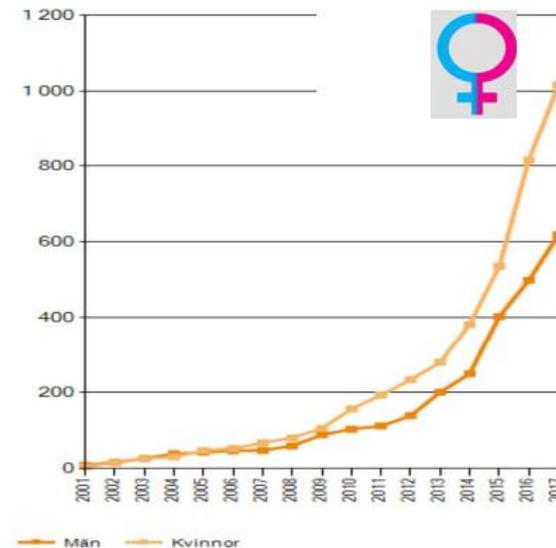


The annual number of referrals to the gender dysphoria specialist team at the Astrid Lindgren Children's Hospital in Stockholm. Article in Swedish: lakartidningen.se/Klinik-och-vet...



Quelle: <http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-over-sikt/2017/02/Kraftig-okning-av-konsdysfori-bland-barn-och-unga/>

Diagnoser i öppen vård, Antal patienter, F64 Könsidentitetsstörningar, Riket, Ålder: 5-24

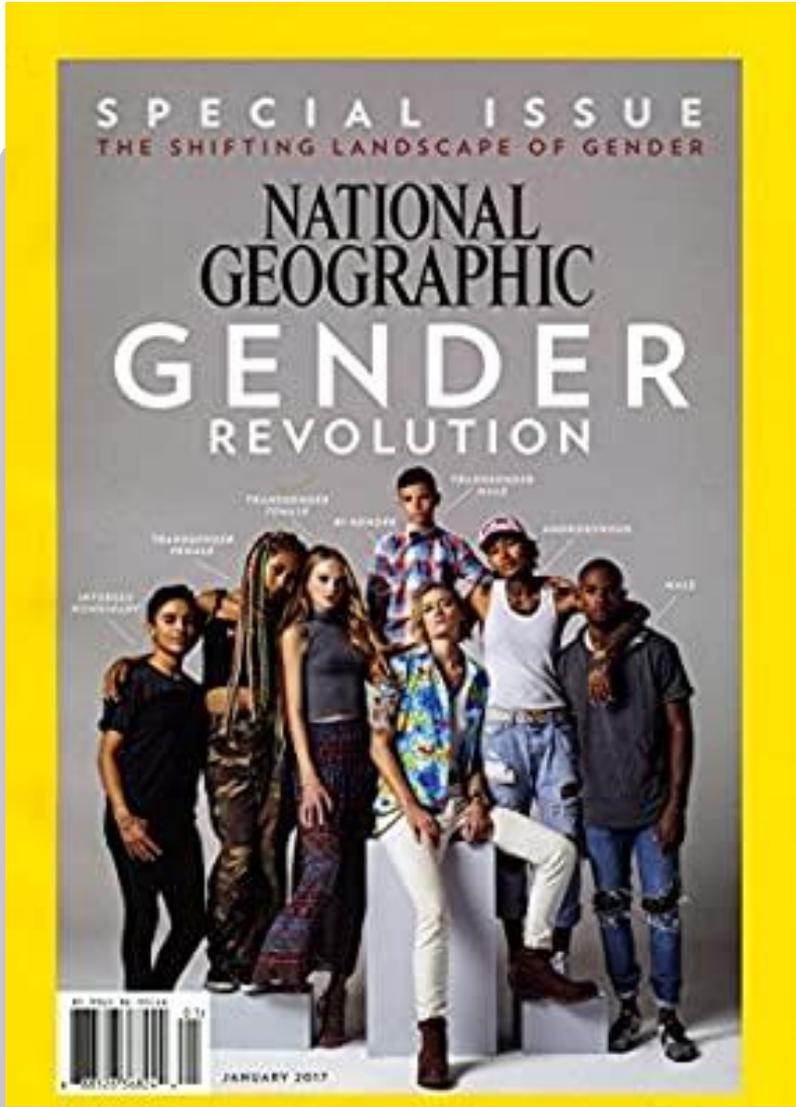


Quelle: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_paro/val.aspx

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!



Aber... eines noch:



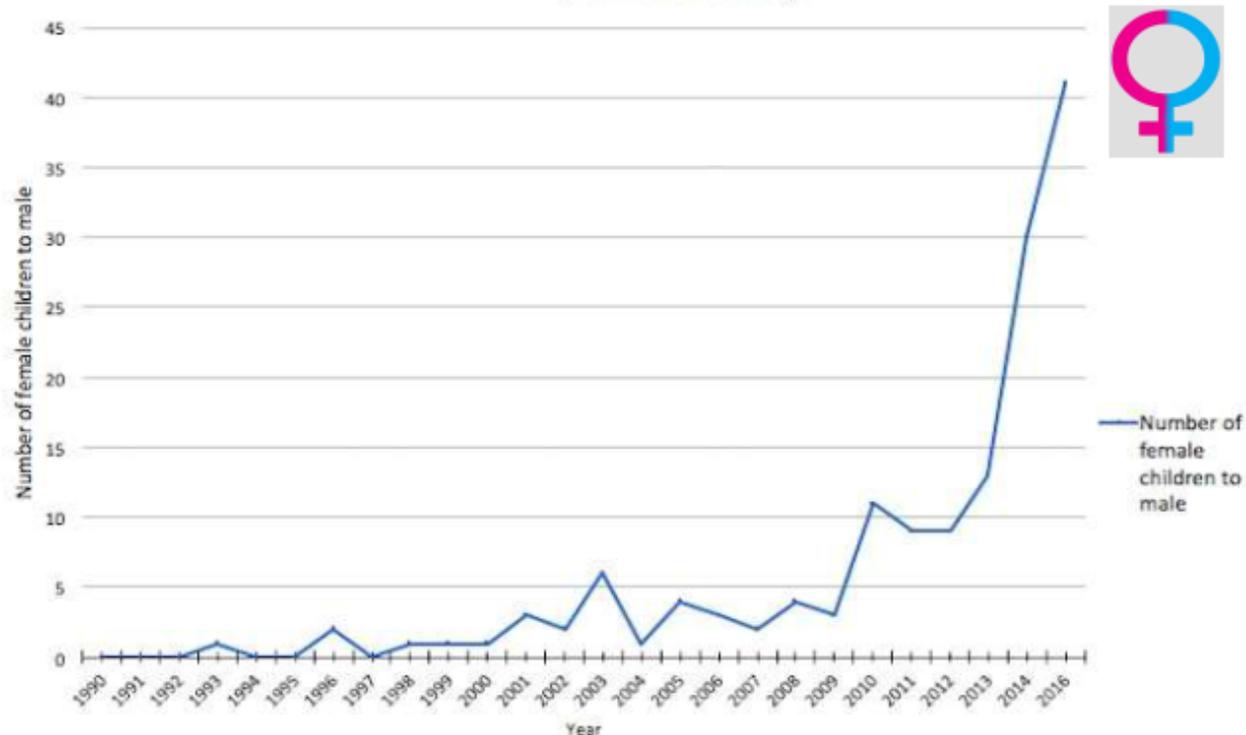


Increasing rates of people identifying as transgender presenting to Endocrine Services in the Wellington region.

[Delahunt JW](#)¹, [Denison HJ](#)², [Sim DA](#)³, [Bullock JJ](#)⁴, [Krebs JD](#)⁵

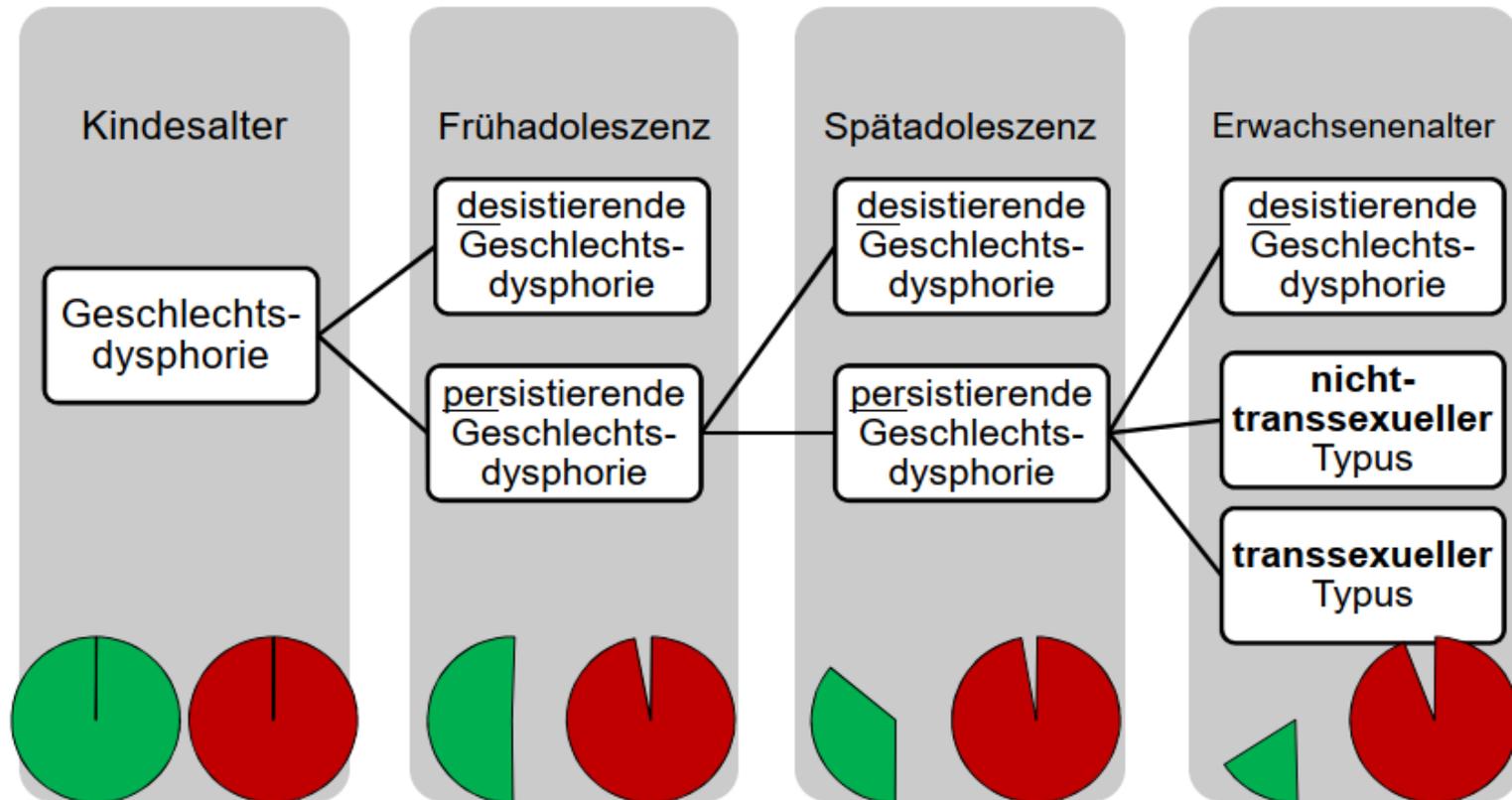
[N Z Med J.](#) 2018 Jan 19;131(1468):33-42.

Number of females identifying as transgender presenting to the Wellington Endocrine Service each year (1990 to end of 2016):



Entwicklungsverläufe GD: Persistenzrate

von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter **ohne** vs. **mit** Pubertätsblockade (GnRHa)



„No adolescent withdrew from puberty suppression, and all started cross-sex hormone treatment“ (DE VRIES AL *et al.* (2011): Puberty suppression in adolescents with gender identity

disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med*, 8(8):2276-83. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x)



Hormonblocker

Ja? Nein?

Dilemma: das Vorenthalten von Hormonen im Falle unveränderbarer Transsexualität bedeutet irreversible Körperveränderungen → psychisches Leid

Und jetzt ist aber wirklich Schluss...!

Vielen Dank!

