



Marie-Lou Nussbaum Lic. Phil.

Geschlechtsinkongruenz im Kindes- und Jugendalter: Theoretische Erkenntnisse und Praxishilfen für Diagnostik und Therapie

Zusammenfassung:

Spezialisierte Ambulatorien sowie allgemeine kinder- und jugendpsychologische Beratungsstellen und psychotherapeutische Praxen verzeichnen in den letzten Jahren eine zunehmende Nachfrage, was die Versorgung der trans Kinder betrifft. Der Umstand, dass es an verbindlichen Behandlungsempfehlungen für dieses Klientel fehlt, führt häufig zu Unsicherheiten in der Beratung von trans Kindern und deren Familien. Hier setzt der vorliegende Artikel an, indem er theoretische Erkenntnisse anhand der Literatur zu Grundlagen, Diagnostik und Therapie zur Verfügung stellt, ergänzt mit Fallbeispielen und anwendungsorientierten Praxishilfen.

Einleitung

In den vergangenen Monaten sind diverse Berichterstattungen in Printmedien¹ und Fernsehen über trans Menschen und insbesondere auch über trans Kinder² erschienen. Das gesellschaftliche Interesse und die Sensibilität gegenüber der Thematik haben zugenommen und Geschlechterfragen scheinen aktuell zu den drängendsten Fragen unserer Zeit zu gehören. Spezialisierte Ambulatorien für trans Kinder – in der Schweiz etwa in Bern und Zürich – verzeichnen in den letzten Jahren eine zunehmende Nachfrage. Auch in psychotherapeutischen Praxen, kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten und Erziehungsberatungsstellen tauchen Beratungen und Abklärungen in Zusammenhang mit der Geschlechtsidentität häufiger als Thema und expliziter Anmeldegrund auf. Entsprechend sind Kinder- und Jugendpsycholog_innen³, die nicht auf Geschlechterfragen spezialisiert sind, vermehrt mit trans Kindern und deren Familien konfrontiert. Gleichzeitig fehlt es an verbindlichen Behandlungsempfehlungen

zur Versorgung dieses spezifischen Klientels. In der Praxis resultieren daraus auf Seite der Behandler_innen Unsicherheiten in der Begleitung von trans Kindern – und auf Seite der trans Kinder Versorgungsengpässe und häufig lange Wege an spezialisierte Zentren wegen fehlender wohnortsnaher Unterstützungsmöglichkeiten.

¹ Geister, F. (2017, November 1). Sie will endlich «komplett» sein. Der Bund, S. 21. Abgerufen von <https://www.derbund.ch/bern/kanton/sie-will-endlich-komplett-sein/story/13733740>.

² Der einfacheren Lesbarkeit halber sind trans Jugendliche in der Schreibweise trans Kinder mit eingeschlossen, werden jedoch nicht immer explizit genannt.

³ Der Gender_Gap öffnet symbolisch im Schriftbild Raum für alle geschlechtlichen Selbstdefinitionen zwischen und jenseits von männlich und weiblich.

Indem der vorliegende Artikel einen umfassenden Überblick zur Versorgung von trans Kindern zur Verfügung stellt, setzt er genau bei erwähnter Problematik an. Er wendet sich an interessierte psychologische Fachpersonen, die noch wenig Erfahrung in der Begleitung von geschlechtsinkongruenten Kindern und Jugendlichen haben und sich in diesem Feld weiterbilden möchten. Der Artikel bietet theoretisches Wissen anhand der Literatur und Empfehlungen aus den gültigen, internationalen Leitlinien mit spezifischem Blick auf die Situation in der Schweiz. Ergänzend finden sich vielfältige Fallbeispiele und Praxishilfen mit Empfehlungen «aus der Praxis – für die Praxis». Dadurch sollen nicht spezialisierte Kinder- und Jugendpsycholog_innen im Umgang mit trans Kindern und in ihrem Beitrag für eine wohnortnahe und trans freundliche Versorgung gestärkt werden.

In einem ersten Teil werden grundlegende Überlegungen zu relevanten Begrifflichkeiten und zur Anrede von trans Menschen angestellt sowie die Kategorie Geschlecht näher beleuchtet. Anschliessend finden sich Angaben zur Prävalenz und Persistenz und es werden die Behandlungsvorgaben entsprechend den gültigen Guidelines erläutert. Ein zweiter Teil umfasst Überlegungen zum diagnostischen Vorgehen, zu Diagnosen und zu psychischen Begleit- und Folgeerkrankungen. Ein dritter Teil beinhaltet Empfehlungen zur psychotherapeutischen Begleitung von trans Kindern und einen kurzen Abriss über die somatomedizinischen Behandlungsmöglichkeiten. Die Fallbeispiele sind jeweils im Text thematisch verortet und die Praxishilfen in Textboxen hervorgehoben.

1 GRUNDLAGEN

1.1 Begrifflichkeiten

Bevor man sich dem Thema empirisch und praktisch nähern kann, bedarf es einiger begrifflicher Klärungen. Dies ist auch deshalb wichtig, da die respektvolle Verwendung von wertfreien und der Identität einer Person entsprechenden Begrifflichkeiten grundlegend für eine gelingende und vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut_in und der behandlingssuchenden Person ist (Pauli, 2017). Im Folgenden werden wichtige Begriffe aus dem medizinischen und nichtmedizinischen Kontext kurz erläutert:

Trans/Transidentität/Transgender

Transidentität oder *Transgender* wird in der Community der *trans* Menschen gerne in abgekürzter Form (*Trans*) respektive adjektivistisch (*trans*) verwendet (als Analogie: behinderte Personen, nicht: die Behinderten). Der Begriff beschreibt ein tiefgreifend empfundenes Nicht-Übereinstimmen zwischen der Geschlechtsidentität und der – aufgrund körperlicher Merkmale – getroffenen Geschlechtszuordnung bei Geburt. Es handelt sich also um eine Inkongruenz zwischen dem Identitätsgeschlecht und dem amtlichen Zuordnungsgeschlecht.

Als *trans* Mädchen wird ein amtlich männliches Kind mit weiblicher Geschlechtsidentität beschrieben, dem bei Geburt das männliche Geschlecht zugewiesen wurde. Umgekehrt ist ein *trans* Junge ein amtlich weibliches Kind mit männlicher Geschlechtsidentität.

Transsexualität/Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie

Der heute noch im Klassifikationssystem ICD-10 verwendete Begriff *Transsexualität* wird von vielen trans Menschen als unpassend und abwertend empfunden und sollte von daher nicht mehr verwendet werden. Zudem suggeriert der Wortteil *-sexualität* einen irreführenden Zusammenhang mit der sexuellen Orientierung. Im ICD-11 wird *Transsexualität* durch die Diagnose *Geschlechtsinkongruenz* abgelöst.

Cisgender/cis

Der Begriff *Cisgender* oder adjektivistisch *cis* wurde 1991 vom deutschen Sexualwissenschaftler Volkmar Sigusch eingeführt, um das Gegenteil von trans (*Transgender*) auszudrücken. Eine *cis* Person ist entsprechend eine nichttrans Person, die sich mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht identifiziert.

Queer

Queer wird ebenso wie nonbinary⁴ (deutsch: nichtbinär) oft als Überbegriff für verschiedene Identifikationen jenseits der Zweigeschlechtlichkeit genutzt. *Queer* steht für

⁴ Weiterführende Informationen zu Geschlechtsidentitäten im nicht-binären Spektrum unter www.nonbinary.ch.

Menschen, die geschlechtliche Vielfalt leben und bringt als «quer zur Norm» eine Abgrenzung zur binären Gesellschaftsnorm zum Ausdruck. *Queer* Identitäten gibt es vielfältige, beispielsweise trans, nonbinary, genderfluid oder agender. Eine grosse europäische Online-Befragung zeigt, dass sich rund ein Drittel der befragten trans Personen nichtbinären Identitäten zuordnen (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

1.2 Überlegungen zur Anrede

Nebst der sprachsensiblen Verwendung von Begrifflichkeiten ist auch die individuell als angemessen empfundene Anrede wichtig – sowohl was den Vornamen als auch die gewünschten Pronomen betrifft. Die Anrede widerspiegelt eine bejahende und respektvolle Haltung gegenüber trans Personen (Telfer, Tollit, Pace, & Pang, 2018). Hier empfiehlt sich, Kinder direkt nach dem für sie passenden Rufnamen (und dem Pronomen) zu fragen. Nicht selten adaptieren Jugendliche ihren offiziellen Vornamen an das Identitätsgeschlecht und benutzen statt der amtlichen Form neu die adaptierte gegengeschlechtliche Form ihres Vornamens (Beispiel: Amtlicher Name Nino, Geschlechtsidentität weiblich, Pronomen sie, Rufname Nina.). Trans Jugendliche setzen sich häufig intensiv mit der Wahl ihres Rufnamens auseinander. Wie das folgende Fallbeispiel von Ian zeigt, lässt sich darüber manchmal ein individueller Identitätsprozess erschliessen. Ein interessiertes Nachfragen der Therapeutin nach dem passenden Vornamen und Pronomen kann spannende Diskussionen und aufschlussreiche Informationen über den Identitätsprozess ermöglichen.

Fallbeispiel Ian:

Amtlicher Name Anita, neutraler Übergangsnamen Ani in einer Zeit der Geschlechtsidentitätskrise. Nach innerer Gewissheit für die männliche trans Identität nennt sich Ani später Ian und will mit dem Pronomen er angesprochen werden. Ian berichtet, dass es für ihn stimmig sei, seinen amtlichen Namen in seiner Grundform beibehalten zu haben und dass sich lediglich die Reihenfolge der Buchstaben verändert habe. Dies sei ein Spiegel dafür, dass er auch nach der Transition und dem folgenden Comingout als Person mit seinen unterschiedlichen Persönlichkeitsmerkmalen im Grundwesen dieselbe Person geblieben sei.

Beim Verfassen von Berichten über trans Kinder stellt sich die Frage nach der angemessenen Verwendung des offiziellen Vornamens und des Rufnamens sowie den passenden Pronomen. Da trans Kinder ihren amtlichen Taufnamen nicht selten als aversiv empfinden, erscheint es sinnvoll, diesen im Laufertext zu vermeiden. Textbox 1.2 bietet Vorschläge für trans- und lesefreundliche Formulierungen:

Bericht betrifft: Ian (offiziell: Anita) Müller. Oder: Anita Müller (Rufname: Ian)

Im Laufertext Verwendung des gewünschten Rufnamens (hier: Ian) mit entsprechendem Pronomen (hier: er).

Oder: Verwendung der offiziellen Initialen respektive des Anfangsbuchstaben des offiziellen Vornamens (hier: A.), Pronomen durchgängig durch A. ersetzen, alternativ beide Pronomen verwenden (er_sie).

Textbox 1.2: Praxishilfe Verwendung von Vornamen und Pronomen in Berichten

1.3 Ebenen von Geschlecht: Normen und Variationen

Mitteleuropäische Kulturen sind binär (männlich/weiblich) geprägt, obwohl wir heute wissen, dass die Erscheinungsformen von Geschlecht unendlich vielfältig und individuell sind (Möller, Güldenring, Wiesemann, & Romer, 2018). Dies wird queer Identitäten jedoch nicht gerecht, sondern führt mitunter zu Diskriminierung und Stigmatisierung von trans Personen (Kälin & Locher, 2015). In Deutschland hat das Bundesverfassungsgericht kürzlich entschieden, dass im Geburtsregister ein drittes Geschlecht eingetragen werden darf. In der Schweiz will der Bundesrat die Einführung einer dritten Geschlechtsoption prüfen (Arslan, 2017). Trotzdem gilt das amtliche und bei Geburt zugeordnete Geschlecht weiterhin als eine der wichtigsten gesellschaftlichen Strukturkategorien.

Ein Bewusstsein für die unterschiedlichen Ebenen und Ausprägungen von Geschlecht ermöglicht eine differenzierte Auseinandersetzung mit Geschlechterthemen und ist in der Arbeit mit geschlechtervarianten respektive nach Geschlechtsidentität suchenden Kindern sehr hilfreich. Geschlecht sollte entsprechend als komplexe,

mehrdimensionale Größe verstanden werden. Zwischen den Polen männlich/weiblich existiert auf unterschiedlichen Ebenen eine Vielfalt von Geschlechtern (siehe Tabelle 1.3). Im englischen Sprachgebrauch wird häufig (ungenau) unterschieden zwischen *sex* (biologisches Geschlecht) und *gender* (psychosoziales Geschlecht).

		Norm	Variation
gender	Psychisches Geschlecht > Identität	cis	trans, queer, non-binary, u.a.
	Soziales Geschlecht > Rolle/Verhalten	geschlechtstypisch	geschlechtervariant
	Sexuelle Orientierung > Begehren	hetero	homo, bi, pan, gynäphil/androphil, u.a.
sex	Biologisches Geschlecht > Körperliche Merkmale	männlich/weiblich	inter

Tabelle 1.3: Ebenen von Geschlecht, deren Normen und Variationen

- Psychisches Geschlecht: Zeigt sich an der Geschlechtsidentität einer Person (cis Identität als Norm, trans oder queer Identitäten als Variation). Geschlechtsidentität als subjektives Erleben lässt sich weder am Verhalten noch an der sexuellen Orientierung ablesen. In der Fachwelt ist man sich heute weitgehend darin einig, dass es Sinn macht, trans respektive queer Identitäten als gesunde Normvariationen anzuerkennen. Diese Überzeugung zeigt sich deutlich in einer zunehmenden Entpathologisierung in den diagnostischen Klassifikationssystemen (mehr dazu siehe Kapitel 2.2 Diagnosen).

- Soziales Geschlecht: Drückt sich in der Geschlechterrolle respektive im Geschlechterrollenverhalten einer Person aus, das heisst, wie jemand in der jeweiligen Geschlechtsform wahrgenommen wird respektive wie jemand seine Geschlechtsidentität zum Ausdruck bringt. Die Zuweisungen als potentiell geschlechtstypisch im Sinne von geschlechterrollenkongform respektive als entsprechend atypisch oder geschlechtervariant sind abhängig von kulturell geprägten Geschlechterstereotypen und unterliegen dem gesellschaftlichen Wandel.

- Sexuelle Orientierung: Bezieht sich unabhängig einer Geschlechtsidentität auf das Begehren einer Person. Um die sexuelle Orientierung losgelöst von der Geschlechtsidentität zu beschreiben, sind die Beschreibungen gynäphil (Frauen begehrend) respektive androphil (Männer begehrend) hilfreich. Eine weitere sexuelle Orientierung ist die Pansexualität (griechisch pan = alles/umfassend). Eine pansexuelle Person misst dem biologischen Geschlecht und der Geschlechtsidentität der beehrten Person keine Bedeutung zu.

- Biologisches Geschlecht: Manifestiert sich an den geschlechtsbezogenen Merkmalen des Körpers einer Person und zeigt sich in der Genetik (Chromosomen), an den Gonaden (Keimdrüsen), am endokrinen System (Hormone), an den inneren und äusseren Genitalien, an den sekundären Geschlechtsmerkmalen und den Gehirnstrukturen. In der Regel sind diese Bereiche kongruent zueinander (männlich oder weiblich). Variationen bezüglich der körperlichen Geschlechtsmerkmale werden unter dem Regenschirmbegriff Inter für Intergeschlecht zusammengefasst⁵. Er bezeichnet das angeborene Vorhandensein genetischer und/oder anatomischer und/oder hormoneller Geschlechtsmerkmale, die nicht den Geschlechternormen von Mann und Frau entsprechen (T. Nieder, Briken, & Richter-Appelt, 2013).

⁵ Im medizinischen Kontext wird für intergeschlechtliche Zustände die Abkürzung DSD verwendet, englisch für Differences of Sex Development, deutsch für Variationen der Geschlechtsentwicklung.

Bei der Vermittlung von Grundlagenwissen zu Geschlecht und Geschlechtervielfalt, kann als einfaches psychoedukatives Instrument die *Gender Bread Person*⁶ zielführend eingesetzt werden. Die Gender Bread Person ist ein frei verfügbares Aufklärungsmittel und eignet sich sehr gut als Einstieg in Gespräche mit Kindern und Eltern zu unterschiedliche Ebenen von Geschlecht (Geschlechtsidentität – Geschlechterrolle/Verhalten – Begehren – Biologisches Geschlecht). Ein komplexer Sachverhalt kann damit einfach und anschaulich erklärt werden.

Textbox 1.3: Praxishilfe Gender Bread Person

1.4 Prävalenz und Persistenz

Für die Schweiz gibt es keine offiziellen Prävalenzdaten zu trans Personen. Schätzungen können aus Studien aus dem In- und Ausland übertragen werden. Die Zahlen sind insgesamt uneindeutig und variieren je nach Untersuchungskriterien (verwendete Methodik, diagnostische Klassifizierung und Definition, Jahr und Ort der Studie). Eine vertiefte Metaanalyse von 21 klinischen Studien (davon 18 europäische Studien) ergab eine Gesamtprävalenz von 4,6 pro 100.000. In der Zeitanalyse zwischen 1974 und 2014 wurde dabei ein markanter Anstieg der Prävalenz ersichtlich (Arcelus et al., 2015). Nichtklinische Studien weisen deutlich höhere Zahlen aus: In einer grossen niederländischen Studie (N = 8.064, Alter 15-70 Jahre alt) gaben 4.6% der befragten Männer und 3.2% der befragten Frauen eine ambivalente Geschlechtsidentität an. 1.1% der befragten Männer und 0.8% der befragten Frauen gaben eine inkongruente Geschlechtsidentität an (Kuyper & Wijzen, 2014).

In einer aktuellen Jugendbefragung der Universität Lausanne zur sexuellen Gesundheit und zum sexuellen Verhalten wurden 7'142 junge Erwachsene auch zu ihrer Geschlechtsidentität befragt. 0.4% der 24- bis 26-Jährigen bezeichnen sich in dieser Studie als trans. Hochgerechnet auf die Schweizer Gesamtbevölkerung ergibt dies eine Zahl von landesweit 32'000 trans Menschen (Barrense-Dias et al., 2018). Vergleichbare Zahlen weist eine Gesundheitsbefragung der Stadt

Zürich von 1'678 Schüler_innen der Sekundarstufe 1 aus. 0.5 % der befragten Mädchen geben an, sich als Junge zu fühlen und 0.7 % der Jungen, sich als Mädchen zu fühlen (Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich, 2018).

Nicht jedes geschlechtervariante Verhalten eines Kindes bedeutet, dass ein Kind trans ist respektive seine Transidentität bis ins Jugend- und Erwachsenenalter bestehen bleibt. Zwei häufig zitierte klinische Follow-upStudien aus den Niederlanden ergaben, dass rund zwei Drittel der im Kindesalter (< 12-jährig) als geschlechtervariant respektive geschlechtsdysphorisch erfassten Kinder später im Jugendalter keine dauerhafte Transidentität entwickeln (Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman, & Cohen-Kettenis, 2013; Wallien & CohenKettenis, 2008). Es sei entsprechend wahrscheinlicher, dass geschlechtervariante Kinder mit zunehmendem Jugendalter eine cis Identität (mit oder ohne Homosexualität) entwickeln würden. Gleichzeitig werden Studien zur «persistence» und «desistence» – also inwiefern sich die Geschlechtsidentität von geschlechtervarianten Kindern mit zunehmendem Älterwerden weiterentwickeln wird – wegen methodischen und theoretischen Bedenken kritisch diskutiert und die Resultate entsprechend infrage gestellt (Brooks, 2018; Temple Newhook et al., 2018). Unabhängig davon konnten in einer vertieften Analyse Prädiktoren für die Persistenz einer trans Identität ermittelt werden: Die Studie ergab, dass trans Kinder, die älter, geburtsgeschlechtlich weiblich und intensiver geschlechtsdysphorisch waren, auch im Jugendalter eher bei ihrer trans Identität blieben als jüngere Kinder, geburtsgeschlechtliche Jungen und solche mit weniger ausgeprägter Geschlechtsdysphorie. Starke Intensität und früher Beginn sind entsprechende Prädiktoren für die Persistenz einer Geschlechtsinkongruenz (Steensma et al., 2013).

1.5 Vorgaben und Leitlinien

Für die Schweiz gibt es kein Gesetz und keine verbindliche Behandlungsleitlinie für die psychologische/psychiatrische Versorgung von trans Kindern. In

⁶ Online verfügbar unter www.genderbread.org.

Deutschland stehen von der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) die AWMF-Leitlinien S1 *Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter (F64)* zur Verfügung (Meyenburg, Korte, Möller, & Romer, 2014). Die S1-Leitlinie wird aktuell vollständig überarbeitet und eine neue S3-Leitlinie entwickelt. Für die Behandlung von trans Kindern gelten international die *Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnicht-konformen Personen* des Weltverbandes für Transgender Gesundheit als richtungweisend. Hier finden sich unter Kapitel VI spezifische Empfehlungen hinsichtlich der diagnostischen Einschätzung sowie einer umfassenden psychologischen, sozialen und medizinischen Versorgung von trans Kindern (World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 2012). Was die somatomedizinische Behandlung betrifft, sind die Guidelines der Endocrine Society *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons* grundlegend (Hembree et al., 2017).

2 DIAGNOSTIK

2.1 Diagnostisches Vorgehen

Das wichtigste Prinzip für die Diagnostik ist die Verlaufsbeobachtung mit dem Ziel einer prozessualen Diagnostik. Es gibt keine evidenzbasierten Testverfahren, die eine sichere Diagnose erlauben. Entsprechend einem trans affirmativen Ansatz sollte im diagnostischen (und therapeutischen) Prozess das Kind und seine Aussagen in den Mittelpunkt gestellt werden. Richtungsweisend sind dabei folgenden Grundannahmen: (Möller et al., 2018)

- Trans Identitäten sind keine Störungen sondern gesunde Variationen
- Geschlechtsidentitäten können vielfältig und nicht immer binär sein

Eine sichere Diagnose ist vor allem hinsichtlich allfälliger medizinischer Behandlungsmassnahmen bei pubertären Jugendlichen relevant. Bei jüngeren geschlechtervarianten Kindern vor der Pubertät ist die Beratung der Eltern und weiteren Bezugspersonen vordringlich, damit für das Kind möglichst optimale Entwicklungs- und Umgebungsbedingungen geschaffen werden können.

Die Diagnose einer dauerhaften Geschlechtsinkongruenz basiert primär auf dem subjektiven Erleben einer Person. Entsprechend sollte vor allem auf eine ergebnisoffene Exploration des inneren Erlebens über die Zeit fokussiert werden (Pauli, 2017; Telfer et al., 2018). Für anamnestische Zusatzinformationen kann die Exploration der Eltern und anderer nahestehender Bezugspersonen wichtig sein. Im Mittelpunkt stehen Aspekte der Geschlechtsidentität, der Geschlechtsrolle und der sexuellen Orientierung in der psychosexuellen Entwicklung sowie das Erleben pubertätsbedingter Körperveränderungen. Wichtig sind auch spezifische Erinnerungen an das Anderssein in der bisherigen Lebensgeschichte (T. O. Nieder, Briken, & Guldénring, 2016).

Um eine Prognose als Grundlage für die Entscheidung der weiteren Behandlung abzuschätzen, gilt es, die Transidentität in Bezug auf ihre Persistenz einzuschätzen und eine vorübergehende von einer anhaltenden Geschlechtsinkongruenz abzugrenzen. Im Hinblick auf geschlechtsangleichende Hormonbehandlungen muss zum einen die partielle Irreversibilität bei möglicher falscher Indikationsstellung und zum anderen eine eventuell verspätete oder nicht eingeleitete Behandlung kritisch reflektiert werden (Möller et al., 2018).

- A) Kind: Exploration der aktuellen eigenen Situation
- Innere Gewissheit und Beschreibung der eigenen Geschlechtsidentität?
 - Coming-out: Situation in Familie, Schule, Peers?
 - Soziale Erfahrungen und Akzeptanz hinsichtlich Geschlechtsrollenwechsel: Problematische Lebensbereiche? Diskriminierungserfahrungen?
 - Leidensdruck aufgrund der eigenen Geschlechtsidentität? (Körper/soziale Funktion)
 - Zukunftsvorstellungen und Wunsch nach geschlechtsangleichenden Massnahmen?
 - Psychische Gesundheit: ev. (vor-)bestehende psychiatrische Erkrankungen? Suizidalität? Selbstverletzungen?

B) Kind: Exploration Entwicklung der eigenen Geschlechtsidentität

- Erste Erinnerungen an das Anderssein?
- Erinnerungen an geschlechtervariantes Verhalten und geschlechtsatypische Interessen und Freundschaften sowie erlebte Reaktionen im sozialen Umfeld?
- Kritische Lebensereignisse in Zusammenhang mit innerer Gewissheit der Geschlechtsidentität?
- Pubertätsstart und individuelles Erleben der Thelarche, Menarche, Ejakularche
- Umgang mit Geschlechtsmerkmalen hinsichtlich eigener Akzeptanz, Körperpflege, Sexualität?
- Gewissheit über eigene sexuelle Orientierung?

C) Eltern: Exploration der eigenen Situation

- Familienanamnese hinsichtlich queer Identitäten bei Familienmitgliedern?
- Befindlichkeit und Umgang hinsichtlich Geschlechtsidentität/Geschlechtsrollenwechsel des Kindes?
- Anrede (Vorname) des Kindes?
- Umgang mit Wünschen des Kindes nach geschlechtsangleichenden Massnahmen?
- Trans spezifisches Vorwissen, Haltung und Einstellung gegenüber queer Identitäten?

D) Eltern: Exploration der aktuellen Lebenssituation des Kindes (analog A)

E) Eltern: Exploration Entwicklung Geschlechtsidentität des Kindes (analog B)

Textbox 2.1: Praxishilfe Interviewleitfaden (A-E) für die trans spezifische Anamnese

Für die trans spezifische Anamnese verwendet die Autorin selbst entwickelte, halbstrukturierte Interviewleitfäden für Kind und Eltern (siehe Textbox 2.1). Die Interviews dienen der standardisierten Ergänzung wichtiger Fragen im diagnostischen Prozess und dem Einholen von eigen und fremdanamnestischer Informationen.

2.2 Diagnosen

Im Folgenden wird aufgezeigt, wie trans spezifische Diagnosen in den beiden grossen Statistikmanualen ICD-11 und DSM-5 geführt werden. Die bisher gültige Version ICD-10 wird an dieser Stelle nur kurz kommentiert, da diese in absehbarer Zeit durch eine Neufassung (ICD-11) abgelöst werden wird.

ICD-10

Trans spezifische Diagnosen werden im aktuell gültigen Klassifikationssystem ICD-10 unter der Ziffer 64.- Störungen der Geschlechtsidentität geführt. Diagnostisch wird insbesondere unterschieden zwischen F64.2 Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters respektive F64.0 Transsexualismus für Jugendliche ab Beginn der Pubertät und Erwachsene.

Differentialdiagnostisch sollte insbesondere die Ichdystone Sexualorientierung (F66.1) sowie die Sexuelle Reifungskrise (F66.0) ausgeschlossen werden können.

Textbox 2.2 enthält eine Empfehlung, wie in Berichten – aktuell noch nach ICD-10 – eine trans spezifische Diagnose festgehalten werden kann:

Geschlechtsinkongruenz im Kindes-/Jugendalter (nicht: Transsexualismus oder Störung der Geschlechtsidentität), ggf. präzisiert mit der entsprechenden Ziffer nach ICD-10 (F64.0 Transsexualismus, F64.2 Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters).

Bei potentiell vorübergehenden Geschlechtsidentitätsunsicherheiten im Jugendalter mit eventuell geschlechtsdysphorischen Zuständen könnte folgende diagnostische Bezeichnung passen: Fraglich passagere Geschlechtsinkongruenz in Adoleszenzkrise (ggf. spezifiziert nach ICD-10 F66.0 Sexuelle Reifungskrise).

Textbox 2.2: Praxishilfe Formulierung für die Diagnoststellung

ICD-11

Im Juni 2018 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Neufassung der internationalen

statistischen Klassifikation für medizinische Diagnosen (ICD-11) veröffentlicht⁷. Sie wird voraussichtlich im Januar 2022 in Kraft treten.

Im Übergang der ICD-10 zur ICD-11 zeigt sich ein grundlegender Paradigmenwechsel: Ein psychopathologisches Modell von Transidentität, das auf Konzeptionen sexueller Devianz aus den 1940er Jahren beruht, wurde zu einem zeitgemässen Modell weiterentwickelt. Dieses berücksichtigt erstens aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und klinische Praxisverfahren. Zweitens geht es stärker auf die Bedürfnisse und Erfahrungen von trans Menschen ein und vereinfacht drittens den Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung. Die Herausforderung bestand im Wesentlichen darin, ein Gleichgewicht zwischen Bedenken in Zusammenhang mit der erlebten Stigmatisierung durch die Diagnose als psychische Störungen und der Notwendigkeit von Diagnosekategorien zu finden, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglichen (Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012; Reed et al., 2016).

Die ICD-11 umfasst primär folgende Änderungen:

- Die revidierte Diagnose heisst *Gender Incongruence* (deutsche Übersetzung: Geschlechtsinkongruenz) und löst die bisherige ICD-10 Diagnose «Transsexualismus» ab. Geschlechtsinkongruenz wird in der ICD-11 als ein ausgeprägtes und anhaltendes Nicht-Übereinstimmen zwischen dem empfundenen und dem zugewiesenen Geschlecht beschrieben.
- Die WHO ist der Auffassung, dass trans Menschen nicht per se unter einer psychischen Störung leiden und so wurden alle trans spezifischen Kategorien aus dem Kapitel F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen gestrichen. Die Diagnose Geschlechtsinkongruenz wird neu im Kapitel 17 «conditions related to sexual health» (sinngemäss: Probleme im Bereich der sexuellen Gesundheit) unter den Ziffern HA60 und HA 61 geführt (World Health Organization, 2018).

In der trans Community wird diese Änderung als ein wichtiger Beitrag zur Entpsychopathologisierung, zur Förderung der psychischen Gesundheit und zu einer besseren gesellschaftlichen Integration begrüsst (TGNS

⁷ Online verfügbar unter <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.

Transgender Network Switzerland, 2018).

- Die Diagnose Geschlechtsinkongruenz referiert nicht auf ein Zweigeschlechtermodell und schliesst nebst trans Identitäten auch andere queer Identitäten (z.B. nichtbinäre Identitäten) mit ein.
- Die Inkongruenz zwischen dem zugewiesenen, körperlichen Geschlecht und dem empfundenen Geschlecht (Geschlechtsidentität) macht als solche den Störungswert aus. Anders als im DSM-5 ist es diagnostisch nicht erforderlich, dass die Diagnosestellung einen Leidensdruck bedingt. Folglich kann die Diagnose auch bei potentiell vorhersehbarem Leidensdruck respektive dessen Prävention gestellt werden (T. O. Nieder et al., 2016).

Tabelle 2.2 enthält eine von der Autorin aus dem Originaltext verfasste deutsche Übersetzung der im ICD-11 geführten Diagnosen *Gender incongruence of childhood* und *Gender incongruence of adolescence or adulthood* (Stand Dezember 2018) (World Health Organization, 2018):

HA61 Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter	<p>Die Geschlechtsinkongruenz bei präpubertären Kindern ist durch ein ausgeprägtes Nicht-Übereinstimmen zwischen dem empfundenen und dem zugewiesenen Geschlecht gekennzeichnet. Die GI muss etwa zwei Jahren bestehen. Sie beinhaltet:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) ein starkes Verlangen, ein anderes als das zugewiesene Geschlecht zu sein. b) eine starke Abneigung des Kindes gegenüber den primären und/oder den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen. c) einen grossen Wunsch nach den primären und/oder den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen, die dem empfundenen Geschlecht entsprechen. d) Spiele/Aktivitäten/Spielkamerad_innen, die für das empfundene Geschlecht und weniger für das zugewiesene Geschlecht typisch sind. <p>Cave: Geschlechtervariante Verhaltensweisen und Präferenzen allein gelten als unzureichende Diagnosekriterien.</p>
--	--

HAG0 Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter	<p>Die Geschlechtsinkongruenz ist durch ein ausgeprägtes und andauerndes Nicht-Übereinstimmen zwischen dem empfundenen und dem zugewiesenen Geschlecht gekennzeichnet. Dies führt häufig zu einem Wunsch nach ‚Transition‘, mittels hormoneller und/oder chirurgischer Behandlung den eigenen Körper soweit möglich dem empfundenen Geschlecht anzupassen, um als Person dem empfundenen Geschlecht entsprechend leben zu können und akzeptiert zu werden.</p> <p>Cave: Die Diagnose kann nicht vor Beginn der Pubertät gestellt werden. Geschlechtervariante Verhaltensweisen und Präferenzen allein gelten als unzureichende Diagnosekriterien.</p>
---	---

Tabelle 2.2: Deutsche Übersetzung nach ICD-11 der Diagnosen Gender incongruence of child-hood und Gender incongruence of adolescence or adulthood

Die diagnostischen Kriterien einer Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter können aus folgenden Gründen kritisch diskutiert werden: Einerseits wird die Formulierung im Originaltext *a strong desire* (siehe Tabelle 2.2, Kriterium a), also je nach Übersetzung ein grosser Wunsch oder ein starkes Verlangen, ein anderes als das zugewiesene Geschlecht zu sein, der Tatsache nicht gerecht, dass Kinder zur Welt kommen mit trans Identität und dies von den Kindern weder gewünscht noch verlangt wird. Zudem wird das Kriterium *Spiele/Aktivitäten/Spielkamerad_innen, die für das empfundene Geschlecht und nicht für das zugewiesene Geschlecht typisch sind* in seiner stereotypen Vorstellung von Jungen und Mädchen all jenen trans Kindern nicht gerecht, die entsprechend dieser Logik ein scheinbar atypisches Geschlechtsrollenverhalten zeigen (puppenspielende trans Jungen und raufende trans Mädchen).

DSM-5

In der letzten Ausgabe des amerikanischen DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) werden trans spezifische Diagnosen in eigener

Kategorie, *Gender Dysphoria* (deutsche Übersetzung: Geschlechtsdysphorie), geführt (American Psychiatric Association, 2013). Im Fokus steht dabei der Leidensdruck aufgrund der Geschlechtsinkongruenz. Erst wenn ein Leidensdruck in klinisch relevantem Ausmass vorliegt (Kriterium B), hat die subjektiv empfundene und per se nicht psychopathologische Geschlechtsinkongruenz gemäss DSM-5 einen Störungswert. Nicht-binäre Identitäten sind explizit miteingeschlossen. Diagnostisch wird zwischen Geschlechtsdysphorie bei Kindern (Ziffer 302.6) und Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen (Ziffer 302.85) unterschieden. Sie ist definiert als ausgeprägte Inkongruenz zwischen dem empfundenen und dem zugewiesenen Geschlecht von mindestens sechs Monaten Dauer sowie dem starken Wunsch, einem anderen als dem zugewiesenen Geschlecht anzugehören (Kriterium A) (Preuss, 2016).

2.3 Begleitende psychische Probleme

Im diagnostischen Prozess sollte das gesamte Spektrum der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen im Auge behalten werden. Unter dem Leidensdruck einer Geschlechtsdysphorie können die subjektiven Erlebnisweisen und sichtbaren Verhaltensweisen teilweise nur schwer von reaktiven Symptombildungen psychischer Begleiterkrankungen unterschieden werden. Zudem können, unabhängig einer Geschlechtsinkongruenz, psychische Probleme auftreten. Die Übergänge von einer subjektiv empfundenen Geschlechtsinkongruenz zu Symptomen einer psychiatrischen Erkrankung können fließend sein. Als Folgestörung einer Geschlechtsinkongruenz finden sich häufig depressive Verstimmungen, soziales Rückzugsverhalten, Schulabsentismus, Essstörungen, Suchtverhalten. Mit einer psychotherapeutischen und/oder medizinischen Behandlung der Geschlechtsinkongruenz klingen die Symptome in der Regel ab oder verschwinden im Verlauf (Preuss, 2016).

Viele trans Menschen machen Ausschluss- und Diskriminierungserfahrungen. Sie erleben verbale Belästigungen bis hin zu Gewalt und erfahren Ablehnung und einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung (Byne et al., 2018; Grant et al., 2010; Harrison, Grant, & Herman, 2012). So ist es nicht verwunderlich, dass geschlechtsinkongruente Kinder und Jugendliche insgesamt erhöhte psychische Belastungen mit

depressiven Verstimmungen, Suizidalität und selbstverletzenden Verhalten aufweisen (Veale, Watson, Peter, & Saewyc, 2017).

Es gibt jedoch auch trans Kinder, die psychisch gesund und sozial gut integriert sind. Trans Kinder, die geschlechtlich selbstbestimmt und authentisch leben können, haben ein kleineres Risiko an reaktiven Störungen zu erkranken (Möller et al., 2018). Auch soziale Akzeptanz sowie eine angemessene medizinische Behandlung zur Linderung von Leiden am eigenen Körper aufgrund der Geschlechtsinkongruenz scheinen diesbezüglich wichtig zu sein. Eine adäquate Unterstützung der trans Kinder führt zu einer Verminderung von Stress und psychischen Belastungen (Telfer et al., 2018). Elterliche Unterstützung und Akzeptanz durch Gleichaltrige, Schutz vor Diskriminierung sowie der Zugang zu somatomedizinischer Behandlung konnten in einer kanadischen Studie von jungen trans Menschen als Schutzfaktoren für eine bessere psychische Gesundheit und eine starke Reduktion des Suizidrisikos identifiziert werden (Bauer, Scheim, Pyne, Travers, & Hammond, 2015).

3 BEHANDLUNG

3.1 Psychotherapie und Beratung

Eine Psychotherapie begleitet den diagnostischen Prozess respektive löst diesen ab. Allerdings benötigen nicht alle trans Kinder psychotherapeutische Behandlung. Insbesondere bei guter sozialer Akzeptanz finden sich psychisch gesunde Kinder, bei welchen eine beratende Begleitung in grösseren Abständen genügend ist (Pauli, 2017).

Bedeutung und therapeutische Haltung

Die therapeutische Haltung ist zunächst einmal die des akzeptierenden Zuhörens und (vor-)urteilsfreien Nachfragens. Die Beratung stellt einen sicheren Raum dar, in dem das Kind sich in seiner (Geschlechts-)Identität zeigen und erkunden kann. Die Therapeutin anerkennt in ihrer Haltung eine Vielfalt geschlechtlicher Identitäten. Sie ist trans positiv eingestellt und orientiert sich an den subjektiven, geschlechtlichen Selbstdefinitionen der Kinder. Eine affirmative Psychotherapie und Beratung dient der ergebnisoffenen Unterstützung der Kinder, ist entwicklungsfördernd, ich-stärkend, prozessbegleitend

und sozial integrativ (Möller et al., 2018; T. O. Nieder et al., 2016).

Inhalte und Ziele

Der therapeutische Schwerpunkt ist der subjektiv empfundene Leidensdruck und nicht die Geschlechtsidentität (Byne et al., 2018). Die therapeutische Begleitung sollte sich darauf konzentrieren, den durch die empfundene Geschlechtsidentität hervorgebrachten Leidensdruck zu lindern und psychosoziale Schwierigkeiten zu reduzieren (World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 2012). Dies erfordert eine intensive, systemische Arbeit unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen. Ziel ist es, die individuelle Entwicklung von trans Kindern unter Berücksichtigung aller Entwicklungsbereiche zu fördern. Weiter müssen die Vor- und Nachteile von medizinischen Behandlungsmöglichkeiten sorgfältig thematisiert werden, um die diesbezügliche (Mit-)Entscheidungsfähigkeit eines Kindes abschätzen und eventuell unrealistische Vorstellungen einer Behandlung korrigieren zu können (Pauli, 2017).

Textbox 3.1a enthält wesentliche Therapieziele und Gesprächsinhalte in der Begleitung von geschlechtsinkongruenten Kindern (Byne et al., 2018; T. O. Nieder et al., 2016; Pauli, 2017; Preuss, 2016; World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 2012):

- Positive Auseinandersetzung mit der individuellen Geschlechtsidentität unter Anerkennung von geschlechtlicher und sexueller Vielfalt
- Reflexion der Auffassung von Geschlecht im binären und nicht-binären Spektrum
- Förderung von Selbstakzeptanz, des Selbstwertes und eines positiven Selbstbildes
- Unterstützung beim (partiellen) Coming-out und Geschlechtsrollenwechsel
- Begleitung im Prozess der Entscheidungsfindung für allfällige medizinische Behandlungen, sorgfältige Erörterung und kritische Diskussion aller infrage kommender Optionen und der daraus resultierenden Konsequenzen (inklusive hinsichtlich Fertilität), Beurteilung der Urteilsfähigkeit und Sicherstellung einer umfassenden Information und informierten Zustimmung

- Multidisziplinäre Zusammenarbeit und Überweisung an zuständige Spezialist_innen für allfällige pubertätshemmende und geschlechtsangleichende Behandlungsoptionen
- Vermittlung von Kontakten für Vernetzung (Betroffenenvereinigungen/Jugendgruppen)
- Thematisierung eventuell begleitender psychischer Erkrankungen und reaktiver Symptome

Textbox 3.1a: Praxishilfe Therapieziele für Gespräche mit trans Kindern

Bezugspersonen und Angehörige sind mit einem geschlechtervarianten Kind häufig überfordert. Zur Förderung sozialer Akzeptanz und zur Reduktion psychosozialer Schwierigkeiten ist deshalb der Einbezug der Eltern und Geschwister – unter Umständen auch des weiteren familiären und schulischen Umfeldes – wichtig. Dies erfordert eine intensive, systemische Arbeit mit den relevanten Bezugspersonen. Ein weiteres Behandlungsziel ist demnach, Bezugspersonen dahingehend zu beraten, dass sie Unsicherheiten und Widerstände abbauen und ein Kind mit seinen Wünschen ernst nehmen und entsprechend unterstützen können (Pauli, 2017). Textbox 3.1b enthält Therapieziele und Gesprächsinhalte von Eltern-, Familien- und Netzwerkgesprächen:

- Raum bieten für Fragen der Bezugspersonen sowie deren Gefühle wie Trauer, Angst, Überforderung
- Bezugspersonen darin stärken, eine akzeptierende und unterstützende Umgebung zu schaffen, in der sich ein Kind positiv entwickeln kann
- Vermittlung von Grundlagenwissen zu Geschlecht und Geschlechtervielfalt
- Aufklärung über Entstehung, Prävalenz und mögliche Verläufe (Persistenz vs. Veränderung) einer queer/trans Identität
- Umfassende Information über allfällige Behandlungsmöglichkeiten und über mögliche Vor- und Nachteile einer Behandlung
- Vermittlung von Kontakten für weiterführende Informationen und Vernetzung (Betroffenenvereinigungen/Elterngruppen)

Textbox 3.1b: Praxishilfe Therapieziele für Gespräche mit Bezugspersonen

3.2 Somatomedizinische Behandlungsmöglichkeiten

Abschliessend wird ein Überblick über die Möglichkeiten pubertätshemmender und geschlechtsangleichender Behandlungsmassnahmen gegeben. Für weiterführende Informationen sind die Behandlungsrichtlinien «*Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons*» der Endocrine Society sowie die «*Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnicht-konformen Personen*» des Weltverbandes für Transgender Gesundheit zur Konsultation zu konsultieren (Hembree et al., 2017; World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 2012).

Mit Blick auf die somatomedizinischen Behandlungsmöglichkeiten werden zwei Stufen unterschieden: Stufe 1 bezieht sich auf pubertätsunterdrückende und reversible Behandlungsmassnahmen. Stufe 2 umfasst geschlechtsangleichende Massnahmen mittels Hormontherapie sowie unterschiedliche chirurgische Massnahmen. Behandlungsmassnahmen der Stufe 2 sind teilweise irreversibel. Benötigen trans Klient_innen eine somatomedizinische Behandlung zur Verbesserung ihrer Lebensqualität, ist dies zu unterstützen. Hier sind Behandler_innen vor Herausforderungen und Dilemmata gestellt, die es zu bewältigen gilt. Es geht um ein Abwägen von Risiken und Chancen sowohl der Behandlung wie auch der Nicht-Behandlung und deren jeweiligen Langzeitfolgen (Möller et al., 2018).

Tabelle 3.2 gibt einen Überblick über medizinische Behandlungsmöglichkeiten entsprechend den internationalen Richtlinien des Weltgesundheitsverbandes für Transgender Gesundheit und der Endokrinologischen Gesellschaft (Hembree et al., 2017; World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 2012).

Ob und in welcher Abfolge die verschiedenen Behandlungsschritte durchlaufen werden, ist individuell unterschiedlich. Stufe 1 ist nicht als Voraussetzung für Stufe 2 zu verstehen so wie auch hormonelle Behandlungen der Stufe 2a nicht für Behandlungen der Stufe 2b vorausgesetzt werden können. So gibt es trans Personen, die unterschiedliche Massnahmen der Stufen 1 und 2 in Anspruch nehmen, andere wiederum benötigen

Stufe 1	Reversibel	<p>Hormonelle Pubertätsblockade</p> <p>Mit Eintritt in die Pubertät können Jugendliche mit einer hormonellen Blockadetherapie behandelt werden. Die Gabe von GnRH-Analoga mittels Injektionen bewirkt eine reversible Unterdrückung der pubertären Testosteron- respektive Östrogenproduktion. So lassen sich körperliche Veränderungen der Pubertät vorerst verhindern respektive anhalten. Dies geschieht mit dem Ziel, Leidensdruck zu lindern, akute psychische Krisen zu verhindern sowie Zeit für die Identitätsfindung bis zur definitiven Entscheidung hinsichtlich allfällig geschlechtsangleichender Massnahmen zu gewinnen. Eine Hormonblockade kann jederzeit abgesetzt und die ursprüngliche pubertäre Entwicklung wieder aufgenommen werden. Eine Hormonblockade wird erst nach Pubertätsstadium Tanner G2/B2 begonnen, um den ersten Schub des pubertären Hormonausschusses abzuwarten</p>
Stufe 2a	Teilweise irreversibel	<p>Geschlechtsangleichende Hormonbehandlungen</p> <p>Auch bereits minderjährige Jugendliche mit persistierender Geschlechtsinkongruenz können mit geschlechtsangleichenden Hormonen (Testosteron/Östrogen) behandelt werden. Als Richtalter gilt entsprechend den gültigen Guidelines das 16. Altersjahr. In Einzelfällen kann auch die Behandlung von jüngeren Jugendlichen legitim sein.</p>
Stufe 2b		<p>Geschlechtsangleichende Operationen</p> <p>Darunter fallen bei trans Männern unter anderem chirurgische Massnahmen zur Entfernung der weiblichen Brust (Mastektomie) und/oder andere maskulinisierende Massnahmen wie zum Beispiel die Entfernung der Gebärmutter und Eierstöcke oder Genitaloperationen. Zu den feminisierenden, chirurgischen Massnahmen bei trans Frauen gehören der Brustaufbau, verweiblichende Operationen im Gesicht und Genitaloperationen. Geschlechtsangleichende Operationen werden nach Guidelines in der Regel erst nach dem 18. Lebensjahr durchgeführt. Ausnahme kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Mastektomie sein.</p>

Tabelle 3.2: Somatomedizinische Behandlungsmöglichkeiten

ausschliesslich punktuelle Behandlungen (z.B. lassen sich trans Männer die weibliche Brust entfernen, verzichten jedoch auf eine hormonelle Behandlung). Auch sind Comingouts im sozialen Umfeld keine Voraussetzung für medizinische Massnahmen. Grundsätzlich erfolgt die Entscheidung über medizinische Behandlungen nicht nur nach Altersgrenzen, sondern individuell je nach Bedarf und in enger Zusammenarbeit des Behandlungsteams mit den Kindern und deren Erziehungsberechtigten (Pauli, 2017; Preuss, 2016).

Hormonelle Pubertätsblockade

Um den Leidensdruck der Pubertätsentwicklung «in die falsche Richtung» zu unterbrechen, ist eine pubertätsunterdrückende Behandlung für viele trans Kinder sehr wichtig. Gerade bei trans Mädchen ermöglicht die frühzeitige Unterbrechung der männlichen Pubertät zudem bessere Voraussetzungen für ein späteres

Leben als trans Frau, da die männliche Pubertät (insbesondere der Stimmbruch) bewirken kann, dass eine trans Frau als trans Person erkennbar bleibt – mit negativen Auswirkungen auf das Selbstbild und soziale Interaktionen. Eine Pubertätsblockade wird von den betreffenden trans Kindern als sehr entlastendes Moratorium empfunden. Sie vermittelt die Sicherheit, dass die belastende Pubertätsentwicklung vorläufig nicht weitergeht. Textbox 3.2a beinhaltet eine beispielhafte Vorlage für Indikationsschreiben zur Einleitung einer GnRH-Blockade.

Wir möchten hiermit E. (12-jährig) zur Primärabklärung und Einleitung einer GnRH-Blockade bei Verdacht auf Geschlechtsinkongruenz mit Transidentität zuweisen.

Aufgrund der anamnestischen Informationen besteht bei E. eine schon länger andauernde Nicht-Übereinstimmung zwischen dem amtlichen Geschlecht (weiblich) und der Geschlechtsidentität (männlich). E. habe sich schon immer eher männlich gefühlt und sei sich seit ungefähr einem halben Jahr sicher, ein trans Junge zu sein.

E. habe seit ungefähr einem Jahr Brustentwicklung und seither versuche E., die weibliche Brust zu verstecken. Die Pubertätsentwicklung laufe aus Sicht von E. in die falsche Richtung. Bisher habe E. noch keine Monatsblutung gehabt. Den Gedanken daran sei für E. jedoch äusserst belastend und erfülle E. mit Traurigkeit und phasenweise Panik, was viel Energie absorbiere. E. wünscht deutlich eine möglichst rasche medikamentöse Blockadetherapie, um Druck wegzunehmen und mehr Zeit für die eigene (Geschlechts-)Identitätsentwicklung zu gewinnen. Die Mutter erleben wir im Gespräch als unterstützend und akzeptierend, mit dem Schritt einer Pubertätsblockade hat sie sich einverstanden erklärt. E. erachten wir altersentsprechend klar als mitbestimmungsfähig.

Aufgrund der anamnestischen Informationen und insbesondere aufgrund des zu erwartenden, hohen Leidensdruckes von E. mit Eintritt der ersten Monatsblutung scheint eine Blockade mit GnRH-Analoga aus unserer Sicht indiziert.

Textbox 3.2a: Praxishilfe Indikationsschreiben zur Einleitung einer GnRH-Blockade

Voraussetzungen für geschlechtsangleichende Massnahmen

Als grundlegende Voraussetzung für geschlechtsangleichende hormonelle und chirurgische Massnahmen wird das Vorliegen einer voraussichtlich überdauernden und konsistenten Geschlechtsinkongruenz angesehen. Gemäss ICD-11 und DSM-5 gelten andere queer Identitäten als trans Identitäten nicht (mehr) als Ausschlusskriterium. Als Kontraindikation für Behandlungen der Stufen 2a und 2b gelten vorübergehenden Geschlechtsidentitätsunsicherheiten im Jugendalter, die zeitweise

auch von geschlechtlichem Unbehagen begleitet werden können (Preuss, 2016).

Zusätzlich werden folgende Kriterien für geschlechtsangleichende Behandlungen als voraussetzend bewertet (Byne et al., 2018; Pauli, 2017; Preuss, 2016; Telfer et al., 2018; World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 2012):

- Urteilsfähigkeit sowie altersentsprechende Selbstrespektive Mitbestimmungsfähigkeit der behandlingssuchenden Person in Bezug auf die anstehenden Behandlungsentscheide. Der Meinung des Kindes kommt im Entscheidungsprozess ein grosses Gewicht zu. Die elterlichen Entscheidung steht bei höchstpersönlichen Fragen wie der Geschlechtsidentität nicht per se über dem (Mit-)Bestimmungsfähigkeit des Kindes
- Umfassende und altersentsprechende Informiertheit der behandlingssuchenden Person über die geplanten Behandlungsschritte mit allen Konsequenzen hinsichtlich körperlicher und sozialer Veränderungen (inklusive auch hinsichtlich Fertilitätsfragen)
- Relative psychische Stabilität

Textbox 3.2b beinhaltet eine beispielhafte Vorlage für Zuweisungsberichte zur Einleitung einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung. Entsprechende Berichte umfassen Angaben zur diagnostischen Einschätzung und zu eventuell begleitenden psychischen Problemen, zum Informationsstand des Jugendlichen und dessen Eltern, eine Beurteilung zur Urteilsfähigkeit und eine psychologische/psychiatrische Empfehlung zur gewünschten Hormonbehandlung.

Aufgrund der anamnestischen Informationen besteht bei M. (16-jährig) eine seit früher Kindheit andauernde Geschlechtsinkongruenz respektive Transidentität entsprechend der ICD-10-Diagnose F.64.0.

M. wünscht klar den Schritt einer hormonellen Geschlechtsangleichung mit weiblichen Hormonen. Die Beweggründe dafür sind nachvollziehbar. M. wurde von uns umfassend über die partielle Irreversibilität einer Östrogentherapie informiert und

hat sich intensiv damit auseinandergesetzt. M. ist gemäss unserer Beurteilung urteilsfähig für diesen Entscheid und kompetent, die Konsequenzen dieser Behandlung für ihr zukünftiges Leben abzuschätzen. Die Eltern sind mit der Behandlung einverstanden und unterstützen M. vorbehaltlos.

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht scheint es indiziert, die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung zu bewilligen, da sonst die positive weitere Entwicklung und soziale Integration von M. weiter beeinträchtigt werden könnte. Wir werden M. und ihre Eltern in unserer Sprechstunde weiterhin unterstützen. Aufgrund der depressiven Symptomatik wird M. in der Praxis XY zudem weiterhin psychotherapeutisch mitbehandelt.

Textbox 3.2b: Praxishilfe Zuweisungsschreiben für Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung

Abschliessend findet sich das Fallbeispiel von Kai. Daraus geht hervor, inwiefern begleitende psychische Probleme (mit-)entscheidend für den Behandlungsplan und den Zeitpunkt einer Behandlung sein können.

Fallbeispiel Kai:

Anamnestic besteht bei Kai (17-jährig, offiziell: Silvia, weiblich) eine seit früher Kindheit andauernde Geschlechtsinkongruenz im Sinne einer Transidentität. Kai beschreibt, wie er den Eltern gegenüber bereits im Kindergartenalter über sein Gefühl von Anderssein und seinem Wunsch als Junge akzeptiert zu werden, erzählt habe. Durch seine Eltern hätte er sich jedoch nie ernst genommen gefühlt. Das Tragen von Jungenkleidern und kurzen Haaren war Kai verboten. Er habe sich zunehmend als Aussenseiter gefühlt und in der Schule Ausschluss Erfahrungen mit psychischer und physischer Gewalt gemacht. Mit dem Pubertätseintritt kam es zu depressiven Krisen mit Selbstverletzungen, Suizidversuchen und Schulverweigerung. In der Folge kam es zu diversen Fremdplatzierungen in sozialpädagogischen Institutionen und Pflegefamilien mit phasenweisen Unterbrüchen für Klinikaufenthalte. Die Beziehung zu den Eltern erlebt Kai als emotional distanziert, geprägt

von Misstrauen und tiefgreifenden Enttäuschungen. Kai will klar als Mann leben und wahrgenommen werden und wünscht den Start mit Testosteron. Kai erhofft sich davon ein positiveres Selbsterleben und mehr soziale Akzeptanz. Gleichzeitig schätzt er sich selbst aktuell als zu instabil für eine Transition unter Testosteron ein. Aufgrund der psychosozialen Gesamtsituation und der psychischen Instabilität mit wiederkehrenden Selbstwertkrisen, fehlender Akzeptanz durch die Eltern und unklarer Wohnsituation mit offenen Zukunftsperspektiven will Kai mit der Testosterontherapie noch zuwarten. Kai wird zur Aufarbeitung der erlebten Traumata engmaschig psychotherapeutisch begleitet.

FAZIT

Ein Blick in die mediale Berichterstattung und in Studien zur Prävalenz von trans Personen bestätigt, dass trans Kinder Teil unserer Gesellschaft sind. In ihrem Bedürfnis nach Akzeptanz und Unterstützung sind sie auf adäquate Beratungsangebote angewiesen. Für eine wohnortnahe, psychologische Versorgung braucht es dafür Fachpersonen mit Wissen zum Umgang mit trans Kindern sowie Interesse an der Auseinandersetzung mit Geschlechterfragen. Eine vorurteilsfreie, akzeptierende Haltung der Therapeut_innen und ein differenziertes Bewusstsein für vielfältige Variationen von Geschlechtsidentitäten sind für die Begleitung von trans Kindern zentral. In der von den Therapeut_innen benutzten Sprache widerspiegelt sich diese Haltung, beispielsweise indem trans Kinder ihrer Identität entsprechend mit passendem Vornamen und Pronomen angesprochen werden. Die Aufgabe der Therapeut_innen ist nicht, über die Identität von trans Kindern zu urteilen oder im diagnostischen Prozess nach vermeintlichen Beweisen für die Transidentität eines Kindes zu suchen. Trans Kinder sind darauf angewiesen, in ihrer Identität bestätigt («Du bist gut, so wie du bist.») und in ihrer Expertenrolle ihrer selbst gestärkt zu werden. Allfällige psychische Probleme sollen behandelt werden, wobei eine systemische Vorgehensweise unter Einbezug des familiären – unter Umständen auch des weiteren sozialen Umfeldes (Schule) – unbedingt erforderlich ist. Begleitende psychische Probleme gelten in aller Regel nicht als Ausschlusskriterien für eine somatomedizinische Behandlung, wenn auch die psychosoziale Gesamtsituation respektive psychische Stabilität mitentscheidend für

den Zeitpunkt einer Behandlung sein kann. Das therapeutische Handeln orientiert sich an den Bedürfnissen und Aufträgen der Klient_innen, woraus individuelle (Be-)Handlungspläne für psychologische/psychiatrische sowie somatomedizinische Therapien resultieren.

DANKSAGUNG

Die Autorin bedankt sich bei folgenden Expert_innen für ihre beratende Arbeit und die kritische Prüfung des Artikels auf seinen intellektuellen Gehalt:

Prof. Dr. med. Christa Flück, Abteilungsleiterin pädiatrische Endokrinologie, Universitätsklinik für Kinderheilkunde, Inselspital Bern

Dr. med. Christian Wüthrich, Abteilungsleiter Kinder und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinik für Kinderheilkunde, Inselspital Bern

lic. phil. Patrick Gross, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, Basel

lic. phil. Hannes Rudolph, Psychologe, Zürich

Für das Lektorat: Msc Melanie Meichle

ADRESSEN

Für weiterführende Informationen und Vernetzung sei auf folgende Adressen hingewiesen:

Verein Transgender Network Switzerland (TGNS)

TGNS ist die Schweizer Organisation von und für trans Menschen und ihre Freund_innen. Die Webpage www.tgns.ch umfasst trans spezifische Informationen zu unterschiedlichen Themen (Medizin, Recht, Arbeit u.a.), Beratungs- und Vernetzungsangebote für Jugendliche und Eltern inklusive Agenda mit Kontaktmöglichkeiten. Basisinformationen für Fachpersonen, Betroffene und Angehörige finden sich in der Broschüre *Trans* Eine Informationsbroschüre von Transmenschen für Transmenschen und alle anderen* (2016) (Link: <https://www.transgendernetwork.ch/wp-content/uploads/2011/08/Broschuere-TRANS-deutsch-2016.pdf>).

Fachgruppe Trans – eine unabhängige, multiprofessionelle trans*/cis* inklusive Arbeitsgruppe für Geschlechtervarianz*

Der Hauptfokus der Fachgruppe liegt in der Förderung der interdisziplinären und interregionalen Zusammenarbeit von Fachpersonen aus unterschiedlichen Bereichen (Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie, Chirurgie,

Endokrinologie, Gynäkologie, Dermatologie, Logopädie und Phoniatrie, Soziale Arbeit, Pflege) und in der Reflexion, Weiterentwicklung und Verbesserung der derzeitigen Versorgungssituation von trans Personen. Die Fachgruppe trifft sich regelmässig in Zürich. Link: www.fachgruppetrans.ch, Kontakt: info@fachgruppetrans.ch.

Beratung und Infopool du-bist-du

Das Programm du-bist-du fördert durch Peer-Beratung, Wissensvermittlung und Workshops für Fachpersonen, die mit jungen Menschen arbeiten, die psychische und physische Gesundheit von jungen LGBT+ Menschen sowie von jungen Menschen, die sich ihrer sexuellen und/oder romantischen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität nicht sicher sind. Link: www.du-bist-du.ch.

Jugendorganisation Milchjugend

Die Milchjugend ist die grösste Schweizer Jugendorganisation für lesbische, schwule, bi, trans* und asexuelle Jugendliche und für alle dazwischen und ausserhalb. Die Milchjugend schreibt eine eigene Zeitschrift (Milchbüechli) und organisiert regelmässige Treffen und Partys für queere Jugendliche. Link: www.milchjugend.ch.

Literatur

- American Psychiatric Association (Hrsg.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. ed). Washington, DC: American Psychiatric Publ.
- Arcelus, J., Bouman, W. P., Noortgate, W. V. D., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry, 30*(6), 807–815. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>
- Arslan, S. (2017). *Drittes Geschlecht im Personenstandsregister* (Postulat Nr. Geschäft 17.4121). Abgerufen von <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaef?AffairId=20174121>
- Barrense-Dias, Y., Akre, C., Berchtold, A., Leeners, B., Morselli, D., & Suris, J.-C. (2018). *Sexual health and behavior of young people in Switzerland* (Nr. RAISONS DE SANTÉ 291; S. 116). Abgerufen von https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds291_fr.pdf
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario,

- Canada. *BMC Public Health*, 15(1), 525. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>
- Brooks, J. (2018, Mai 23). The Controversial Research on «Desistance» in Transgender Youth. Abgerufen 27. Juni 2018, von KQED website: <https://www.kqed.org/futureofyou/441784/the-controversial-research-on-desistance-in-transgender-youth>
 - Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, E., Eyler, A. E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F. L., ... Pula, J. (2018). Gender Dysphoria in Adults: An Overview and Primer for Psychiatrists. *Transgender Health*, 3(1), 57–73. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0053>
 - Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11: International Review of Psychiatry: Vol 24, No 6. Abgerufen 28. Juni 2018, von <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540261.2012.741575>
 - European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). Being *Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data* (S. 132). Abgerufen von <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/being-trans-eu-comparative-analysis-eu-lgbt-survey-data>
 - Grant, J. M., Mottet, L., Tanis, J. E., Herman, J., Harrison, J., & Keisling, M. (2010). *National transgender discrimination survey report on health and health care: Findings of a study by the National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force*. National Center for Transgender Equality.
 - Harrison, J., Grant, J., & Herman, J. L. (2012). *A Gender Not Listed Here: Genderqueers, Gender Rebels, and OtherWise in the National Transgender Discrimination Survey*. 2(1), 13. Abgerufen von <https://escholarship.org/uc/item/2zj46213>
 - Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
 - Kälin, W., & Locher, R. (2015). Der Zugang zur Justiz in Diskriminierungsfällen [Synthesebericht]. Abgerufen von Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte (SKMR) website: http://skmr.ch/cms/upload/pdf/160526_studie_diskrimination_Synthesebericht.pdf
 - Kuyper, L., & Wijsen, C. (2014). Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 377–385. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>
 - Meyenburg, B., Korte, A., Möller, B., & Romer, G. (2014). Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter (F64): Leitlinien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(6), 542–552. <https://doi.org/10.13109/prk.2014.63.6.542>
 - Möller, B., Gildenring, A., Wiesemann, C., & Romer, G. (2018). Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Behandlung und Entwicklungsförderung im Spannungsfeld von gesellschaftlichen Kontroversen, Wertewandel und Kindeswohl. *Kinderanalyse*, 28(3), 228–263.
 - Nieder, T., Briken, P., & Richter-Appelt, H. (2013). Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *PSYCH up2date*, 7(06), 373–388. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1349534>
 - Nieder, T. O., Briken, P., & Gildenring, A. (2016). Geschlechtsinkongruenz, -dysphorie und Trans*-Gesundheit. *Info Neurologie & Psychiatrie*, 18(12), 38–49. <https://doi.org/10.1007/s15005-016-1788-3>
 - Pauli, D. (2017). Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen. *PSYCH up2date*, 11(06), 529–543. <https://doi.org/10.1055/s-0043-115159>
 - Preuss, W. F. (2016). *Geschlechtsdysphorie, Transidentität und Transsexualität im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik, Psychotherapie und Indikationsstellungen für die hormonelle Behandlung*. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
 - Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., ... Saxena, S. (2016). 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*, 15(3), 205–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20354>
 - Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich. (2018). *Gesundheit und Lebensstil von Jugendlichen der Stadt Zürich: Resultate der Schülerbefragung Schuljahr 2017/18* (S. 84). Abgerufen von https://www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_und_praevention/schulgesundheitsdienst/gesundheitsmonitoring.html
 - Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P. C., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors Associated With Desistance and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
 - Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *The Medical Journal of Australia*.
 - Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., ... Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212–224. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>

- TGNS Transgender Network Switzerland. (2018, Juni 18). WHO: Trans* Sein nicht länger „Störung von Psyche und/oder Verhalten“. Abgerufen 10. Oktober 2018, von <https://www.tgns.ch/de/2018/06/who-trans-menschen-nicht-laenger-psychisch-und-verhaltensgestoert/>
- Veale, J. F., Watson, R. J., Peter, T., & Saewyc, E. M. (2017). Mental Health Disparities Among Canadian Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health, 60*(1), 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.014>
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(12), 1413–1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- World Health Organization. (2018). 17 Conditions related to sexual health. Abgerufen 4. Februar 2019, von ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics website: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068>
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2012). *Standards of Care. Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen* (Nr. Version 7). Abgerufen von https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_German.pdf

Autorin

Lic. Phil. Marie-Lou Nussbaum

Psychologische Beraterin

Sexualpädagogin und Sexualtherapeutin

Spezialistin für Geschlechterfragen

Die Autorin führt an der Universitätsklinik für Kinderheilkunde des Berner Inselspitals seit 2015 die Sprechstunde Geschlechtervielfalt. Die Sprechstunde wendet sich an geschlechtervariante Kinder und trans Jugendliche sowie an Kinder und Jugendliche mit einer angeborenen Variation der Geschlechtsentwicklung.

Anschrift:

Inselspital Bern,

Universitätsklinik für Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie,

Freiburgstrasse 15, 3010 Bern,

marie-lou.nussbaum@insel.ch

