



AWMF-Register Nr.	028/014	Klasse:	S1
--------------------------	----------------	----------------	-----------

Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter (F64)

1 Klassifikation

1.1 Definition

Störungen der Geschlechtsidentität sind durch ein anhaltendes und starkes Unbehagen über und/oder Leiden am eigenen biologischen Geschlecht charakterisiert. Sie gehen einher mit dem Wunsch oder der Beteuerung, dem anderen Geschlecht anzugehören und entsprechend leben zu wollen. Das Unbehagen über das eigene Geschlecht kann bis zum Wunsch nach gegengeschlechtlicher hormoneller Behandlung und nach einer operativen Geschlechtsumwandlung führen.

1.2 Leitsymptome

Zwei Hauptsymptome sind wegweisend:

- der Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören
- das Unbehagen über das eigene Geschlecht.

Erstes diagnostisches Hauptkriterium

Es besteht der dringliche und anhaltende Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören.

Bei Kindern sollten 4 der folgenden 5 Kriterien erfüllt sein:

- wiederholt geäußertes Wunsch oder Beharren darauf, dem anderen Geschlecht anzugehören
- bevorzugtes Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts oder Nachahmung eines Erscheinungsbildes des anderen Geschlechts
- dringliche und andauernde Bevorzugung der gegengeschlechtlichen Rolle im Spiel oder anhaltende Phantasien, dem anderen Geschlecht anzugehören
- intensiver Wunsch, an den für das andere Geschlecht typischen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen
- starke Präferenz von gegengeschlechtlichen Spielkameraden.

Jugendliche äußern den Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, als Person des anderen Geschlechts zu leben und behandelt zu werden, oder die Überzeugung, dass sie die typischen Gefühle des anderen Geschlechts besitzen. Nicht selten treten Jugendliche auch real in der gegengeschlechtlichen Rolle auf und werden in dieser akzeptiert.

Zweites diagnostisches Hauptkriterium

Ein dauerndes Unbehagen über das eigene Geschlecht (Gender-Dysphorie).

Bei Kindern werden die folgenden Symptome beobachtet:

Bei Jungen:

- ausgeprägte Ablehnung typisch männlicher Kleidung
- Abneigung gegen Jungenspiele und –spielsachen, insbesondere gegen Raufspiele
- Ablehnung der männlichen Genitalien
- Wunsch nach Verschwinden der männlichen Genitalien
- Äußerung, dass es besser wäre, keinen Penis zu haben
- Abneigung, im Stehen zu urinieren

Bei Mädchen:

- Ausgeprägte Ablehnung typisch weiblicher Kleidung
- Ablehnung, die Haare mädchenhaft lang zu tragen
- Versicherung, dass sie einen Penis hat oder einer bei ihr wachsen wird
- Wunsch, dass Brustbildung und Menstruation nicht eintreten
- Abneigung, im Sitzen zu urinieren

Jugendliche sind vordringlich damit befasst, sich ihrer primären und sekundären Geschlechtsmerkmale zu entledigen und Merkmale des anderen Geschlechts zu entwickeln (z. B. Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um möglichst weitgehend das Aussehen einer Person des anderen Geschlechts zu erreichen, bei weiblichen Patienten typisch: Abbinden der Brüste oder Verbergen der Brüste durch Tragen besonders weit sitzender Kleidung), oder sie glauben, im Körper des falschen Geschlechts geboren worden zu sein. Jugendliche zeigen oft Gefühle von Verzweiflung und Hass gegen den eigenen Körper und leiden an Depressionen, die bis zu Suizidversuchen führen können.

1.3 Schweregradeinteilung

Entfällt.

1.4 Untergruppen

Bis zum Eintritt der Pubertät ist nach ICD-10 die Diagnose „Störung der Geschlechtsidentität im Kindesalter“ (F64.2) zu stellen.

Für jugendliche Patienten fehlt eine angemessene Klassifikation. Für die Praxis wird empfohlen, die Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung des Jugendalters“ oder – sofern von einer überdauernden Geschlechtsidentitätsstörung auszugehen ist - „transsexuelle Entwicklung“ zu stellen.

Nach Abschluss der Pubertät ist die Diagnose „Transsexualismus“ (F64.0) zu stellen, wenn der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben, und der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung und eine ausgeprägte Gender-Dysphorie mindestens 2 Jahre durchgehend bestehen.

Sind die diagnostischen Kriterien nur teilweise erfüllt oder liegen gleichzeitig intersexuelle Fehlbildungen vor, so können die Diagnosen „Sonstige Störung der Geschlechtsidentität“ (F64.8) oder „Nicht näher bezeichnete Störung der Geschlechtsidentität“ (F64.9) zutreffen.

Eine Untergruppe von jugendlichen Patienten äußert den Wunsch, als Person des Gegengeschlechts leben zu wollen, wünscht jedoch keine operative Geschlechtskorrektur. Bei diesen Jugendlichen ist nicht die Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung zu stellen. International üblich ist hier der Begriff „Transgenderismus“.

1.5 Ausschlussdiagnosen (siehe Kap. 2.6)

- vorübergehende Geschlechtsidentitätsunsicherheit im frühen Kindesalter
- sexuelle Reifungskrise (F66.0)
- ich-dystone Sexualorientierung (F66.1)

- andere psychosexuelle Entwicklungsstörungen (F66.8)
- Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen (F64.1)
- Fetischismus (F65.0)
- fetischistischer Transvestitismus (F651)

2 Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Exploration der Eltern und psychiatrische Untersuchung des Kindes/Jugendlichen

Bei Kindern

Befragung der Eltern bzw. Erziehungspersonen

- Besonderes Interesse an Kleidung, Schmuck, Kosmetik des anderen Geschlechts
- Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts
- In besonderem Maße bevorzugte bzw. abgelehnte Spiele und Spielzeuge
- Interesse an Sport und körperlichen Kampfspielen
- Interesse an Tanz und Ballett
- Körpererleben
- Haarlänge
- Freunde und Spielkameraden: Hat das Kind Freunde und Spielkameraden? Wird es von ihnen akzeptiert? Wie reagieren diese auf geschlechtsatypisches Verhalten?

Bei Jugendlichen

Befragen der Eltern bzw. Erziehungspersonen

- Körpererleben
- Wunsch des/der Jugendlichen, dem anderen Geschlecht anzugehören
- Führen eines Vornamens des anderen Geschlechts
- Öffentliches Auftreten als Person des anderen Geschlechts
- Wunsch nach medizinischer und chirurgischer geschlechtsangleichender Behandlung
- Freunde: Hat er/sie Freunde? Wird er/sie von ihnen akzeptiert? Wie reagieren Freunde auf geschlechtsatypisches Verhalten?

Untersuchung des Kindes/Jugendlichen

- Beobachtung des Kindes/Jugendlichen im Hinblick auf geschlechtstypische bzw. -atypische Kleidung, Schmuck, Kosmetik, Gestik und Mimik
- Exploration entsprechend der Elternbefragung, soweit möglich. Exploration der Wünsche und Phantasiewelt des Kindes/Jugendlichen, z.B. „Drei Wünsche“, „Magische Verwandlung“, Fragen nach Träumen, Idealen, Vorbildern, Lieblingschauspielern usw.
- Eine einseitige Exploration geschlechtstypischer bzw. -atypischer Verhaltensweisen soll vermieden werden, vielmehr soll das gesamte psychosoziale Umfeld Beachtung finden.
- Der Schwerpunkt der ersten Untersuchungsgespräche sollte auf therapierelevanten Themen liegen: Leidensdruck, Einsichtsfähigkeit, Veränderungswunsch, Beziehungsfähigkeit, Fähigkeit zu verbaler psychotherapeutischer Arbeit im Vergleich zu symbolischer Arbeit.
- Ein weiterer Schwerpunkt der ersten Gespräche sind das Körpererleben, bei Jugendlichen das eigene Erleben geschlechtlicher Attraktivität, Beziehungen zu anderen Kindern bzw. Jugendlichen und die soziale Akzeptanz.
- Bei jugendlichen Patienten: Exploration sexueller Erfahrungen, Präferenz in Phantasie und Verhalten, Masturbationsphantasien
- Eine körperliche Untersuchung sollte mit besonderer Vorsicht durchgeführt werden (hohe Schambesetzung), nicht im Rahmen der Erstexploration vom konsultierten Kinder- und Jugendpsychiater, sondern nach Möglichkeit durch einen hinzugezogenen Pädiater oder Endokrinologen.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Befragung von Eltern, Erziehungspersonen und Kind/Jugendlichem (soweit möglich), gegebenenfalls erweiterte Umfeldexploration (z.B. Kindergarten, Schule)

- Erstes Auftreten geschlechtsatypischen Verhaltens
- Erstes Auftreten des Wunsches, dem anderen Geschlecht anzugehören (Kontext detailliert erfragen)
- Lebensereignisse, die das Kind als emotional stark belastend oder traumatisierend erlebt haben kann (z.B. Geburt eines Geschwisters, Tod eines nahen Angehörigen oder einer den Eltern nahe stehenden Person, sexuelle Missbrauchserlebnisse)
- Wünsche und Erwartungen der Eltern hinsichtlich ihres Kindes (z.B. Wunsch nach Geburtsgeschlecht)
- Reaktionen der Eltern auf das Auftreten von geschlechtsatypischen Verhaltensweisen und Interessen
- Förderung/Einschränkung gegengeschlechtlicher Verhaltensweisen und Interessen durch die Eltern
- Hinweise auf intersexuelle Fehlbildungen

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Wenn Kinder mit geschlechtsatypischem Verhalten vor Eintritt der Pubertät auf Im familiären und sozialen Umfeld akzeptiert werden, kann die Entwicklung ohne Begleitpsychopathologie verlaufen. Eine typische Komorbidität im Kindesalter ist eine emotionale Störung mit Trennungsangst. Ab Pubertätseintritt sind insbesondere depressive Reaktionen, Angststörungen, emotionale Instabilität, Störungen des Sozialverhaltens (insbes. bei biologisch weiblichen Patienten), selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität im zeitlichen Zusammenhang mit der zunehmenden Geschlechtsdysphorie typisch.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Besondere Bedeutung hat bei Geschlechtsidentitätsstörungen mit welcher Haltung die Sorgeberechtigten und das soziale Umfeld dem geschlechtsatypischen Verhalten des Kindes/Jugendlichen begegnen; dies sollte sorgfältig exploriert werden. Anzutreffen sind u.a.:

- Nichternstnehmen oder Verleugnung der Geschlechtsidentitätsstörung
- Druck, sich entgegen dem subjektiven geschlechtsspezifischen Empfinden zu verhalten
- Förderung geschlechtsatypischen Verhaltens durch die Bezugspersonen in Form aktiver Verstärkung oder subtil-latenter Erwartungshaltungen
- Unsicherheiten, dem geschlechtsatypischem Verhalten Grenzen zu setzen
- Ächtung und demütigende Verspottung geschlechtsatypischen Verhaltens durch Peers (insbesondere bei Jungen während der ersten Schuljahre).

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Die Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung kann nicht durch apparative oder Labordiagnostik gesichert werden. Zur Objektivierung der Symptomatik sind folgende Testverfahren bewährt und empfohlen:

- Screening-Verfahren: Child Behavior Checklist bzw. bei Jugendlichen Youth Self Report (Achenbach; Fragen nach geschlechtsatypischen Verhaltensweisen und Interessen)
- Spezifischeres Screening-Instrument: Menschzeichnung; Kinder und Jugendliche mit Störungen der Geschlechtsidentität zeichnen signifikant häufiger spontan als erstes eine Person des anderen Geschlechts.

- Störungsspezifische Fragebögen (The Utrecht Gender Dysphoria Scale UGDS, Gender Identity Interview GII, deutsche Übersetzung) können insbesondere bei Forschungsinteresse aus den Sprechstunden für Geschlechtsidentitätsstörungen der Frankfurter, Hamburger und Münchener Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie angefordert werden.

2.6 Differenzialdiagnostik

- Störungen der somatosexuellen Entwicklung (früher: Intersexuelle Störungen): körperliche Untersuchung, ggf. endokrinologische und genetische Untersuchung. Das Vorliegen einer intersexuellen Störung schließt nicht grundsätzlich aus, dass eine hormonelle und/oder chirurgische Anpassung an das psychische Geschlecht indiziert ist, falls hier belastende Diskrepanzen zum äußeren Erscheinungsbild bestehen.
- Vorübergehende Geschlechtsidentitätsunsicherheit im Kindesalter: Bei beiden Geschlechtern sind deutlich häufiger im Vorschulalter als später Wünsche, dem anderen Geschlecht anzugehören, und geschlechtsatypisches Verhalten, insbesondere Crossdressing, zu beobachten. In der Regel verschwinden diese Wünsche und Verhaltensweisen spontan. Sie sind deutlich weniger intensiv ausgeprägt als bei Störungen der Geschlechtsidentität.
- Störungen der Geschlechtsidentität bei Personen kurz vor oder während der Pubertät: Die betroffene Person leidet unter einer Unsicherheit hinsichtlich ihrer Geschlechtsidentität oder ihrer sexuellen Orientierung (F66.0: sexuelle Reifungskrise).
- Die Geschlechtsidentität oder sexuelle Präferenz ist eindeutig, aber die betroffene Person hat den Wunsch, diese wäre anders, und unterzieht sich möglicherweise einer Behandlung, um diese zu ändern; wichtig ist hier vor allem die Abwehr einer homosexuellen Orientierung (F66.1: Ich-dystone Sexualorientierung).
- Abwehr der aufkeimenden Sexualität durch Ungeschehenmachen der sexuellen Attraktivität im eigenen biologischen Geschlecht (F66.8: andere psychosexuelle Entwicklungsstörungen)
- Beginnende Persönlichkeitsstörungen: Histrionische, Borderline und Schizotype Persönlichkeitsstörung: Sind Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt, ist bei Formulierung der komorbiden Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung höchste Vorsicht geboten. Die gegengeschlechtliche Identifizierung kann Teil der Persönlichkeitsstörung sein und sich verändern oder auflösen
- Psychosen (Schizophrenie und wahnhaftige Störungen, F2): Bei Vorliegen einer akuten Psychose ist eine entsprechende Behandlung indiziert. Die Diagnose einer Schizophrenie oder wahnhaften Störung ist nicht notwendigerweise ein Grund, eine geschlechtsangleichende Behandlung dauerhaft abzulehnen, eine Störung der Geschlechtsidentität kann unabhängig komorbid bestehen. Dieses ist aber im Jugendalter extrem selten vorliegend.
- Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen (F64.1)
- Fetischismus (F65.0)
- Fetischistischer Transvestitismus (F65.1).

2.7 Entbehrliche Diagnostik

entfällt

3 Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Zusammenfassung der diagnostischen Ergebnisse und Überprüfung des Vorliegens der Leitsymptome: Dringlicher und anhaltender Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, und andauernde Geschlechtsdysphorie (im Sinne des Leitsymptoms 1.2).

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Feststellung von umschriebenen oder von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, von Intelligenzminderung, von organischen Erkrankungen sowie Beurteilung der psychosozialen Anpassung. Bei Intelligenzminderungen liegen die Symptome der Geschlechtsidentitätsstörung oftmals in besonders rigider Ausprägung vor, wodurch eine psychotherapeutische Behandlung sehr erschwert werden kann. Bei ausgeprägten Intelligenzminderungen werden seltener Geschlechtsidentitätsstörungen beobachtet.

4 Interventionen

Grundsätzlich klärt sich die Frage, ob eine transsexuelle Entwicklung vorliegt, in einem längeren beobachteten Verlauf. Daraus folgt, dass Therapie und Verlaufsdiagnostik mitunter über mehrere Jahre Hand in Hand gehen müssen,

4.1 Auswahl des Interventionssettings

- Die Behandlung kann meist ambulant durchgeführt werden.
- Eine stationäre oder teilstationäre Therapie ist bei schwerwiegender psychiatrischer Komorbidität indiziert: schweres selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität, schwere Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, schwere depressive Erkrankung. In Einzelfällen kann eine stationäre Aufnahme indiziert sein, wenn die Befundlage der ambulanten Diagnostik uneindeutig ist und zur weiteren Klärung eine stationäre Beobachtung unter räumlicher Trennung von den Eltern/Erziehungspersonen notwendig erscheint.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidung und Beratung

Die bei Störungen der Geschlechtsidentität generell indizierte Behandlung ist die individuelle psychoanalytische, tiefenpsychologisch fundierte oder kognitiv-behavioral orientierte Psychotherapie.

Ziel der psychotherapeutischen Behandlung ist nicht die Beseitigung der Geschlechtsidentitätsstörung, dieses ist nur in Einzelfällen möglich, wird jedoch häufiger im Kindesalter beobachtet. Ein früher Therapiebeginn ist daher sinnvoll. Ziel der Behandlung ist eine ausgangsoffene unterstützende Begleitung der Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen. Die Therapie dient auch der diagnostischen Klärung, ob eine transsexuelle Entwicklung vorliegt. Nach den klinischen Erfahrungen in größeren Behandlungszentren und den wenigen vorliegenden prospektiven Studien nimmt der Anteil transsexueller Entwicklungen mit zunehmenden Alter deutlich zu, bei Patienten im Kindesalter kommt es seltener zu dieser Entwicklung.

.Bei Kindern, die psychopathologisch wenig auffällig sind und wenig Leidensdruck haben, kann eine Psychotherapie zunächst niederfrequent begleitend und ihre psychosoziale Entwicklung

fördernd durchgeführt werden. Ein Ziel der Psychotherapie ist es, die sich aus dem „Anderssein“, der psychischen und sozialen Außenseiterstellung entwickelnden Konflikte zu vermindern. Dieses kann auch durch eine konkrete Beratung der Eltern möglichst in einem spezialisierten Beratungs- und Behandlungszentrum erreicht werden, denn Eltern zeigen häufig Unsicherheiten, ob und in welchem Umfang sie geschlechtsatypische Kleidung und Aktivitäten erlauben sollen. Die Eltern sollten über den wahrscheinlichen Verlauf von Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter aufgeklärt werden: Bei Jungen kommt es meist zu homosexueller Partnerwahl oder bisexuellem Verhalten. Mädchen können auch nach länger dauernder und intensiver Symptomatik meist im Laufe der pubertären Entwicklung den Wunsch aufgeben, dem anderen Geschlecht anzugehören und über ihr biologisches Geschlecht nicht länger Unbehagen empfinden. Kindergartenerzieher und Lehrer sollten in Grundzügen über das Vorliegen einer Geschlechtsidentitätsstörung aufgeklärt werden, um zu vermeiden, dass auf das Kind Druck ausgeübt wird, sich geschlechtstypisch zu verhalten.

Bei Jugendlichen mit der ICD-10-Diagnose „Transsexualismus“ folgt die Behandlung den Grundregeln der Behandlung erwachsener transsexueller Patienten [vgl. Becker et al., 1997, in Neubearbeitung].

Eine mindestens einjährige Psychotherapie dient der Abklärung, ob eine Unterstützung geschlechtsangleichender Maßnahmen (gegengeschlechtliche Hormonbehandlung, chirurgische Eingriffe) oder eine Namens- und Personenstandsänderung indiziert sind. Insbesondere bei psychopathologisch wenig auffälligen Patienten kann eine Therapie auch niederfrequent (2- bis 4-wöchig) durchgeführt werden. Wie auch bei erwachsenen transsexuellen Patienten ist ein Hauptziel eine längerfristige Begleitung des Patienten, um die Stabilität der transsexuellen Entwicklung mit größtmöglicher Sicherheit beurteilen zu können.

Falls der Wunsch nach geschlechtsangleichenden medizinischen Maßnahmen bestehen bleibt, ist ein psychotherapeutisch begleiteter sog. Alltagstest von mindestens einjähriger Dauer zu durchlaufen. Der Patient soll während dieses Alltagstests möglichst voll in der angestrebten Geschlechtsrolle leben.

Medizinische geschlechtsangleichende Maßnahmen: Insbesondere der Beginn einer hormonellen Behandlung wird auch unter Fachleuten kontrovers diskutiert. Argumentiert wird, dass eine frühe pubertätshemmende Hormonbehandlung zu einer Unterdrückung der psychosexuellen Entwicklung führen könnte und mögliche andere nicht-transsexuelle Entwicklungen, insbes. homosexuelle Entwicklungen und andere Variationen der sexuellen Identität, hierdurch erschwert werden könnten. Es liegen bisher keine systematischen Untersuchungen vor, wie sich eine hormonelle Behandlung vor Pubertätsabschluss auf die weitere Entwicklung der Geschlechtsidentität auswirkt bzw. inwiefern hierdurch iatrogen eine Persistenz der GIS induziert wird. Vorliegende Nachuntersuchungen jugendlicher geschlechtsidentitätsgestörter Patienten, die frühzeitig hormonell behandelt wurden, zunächst mit pubertätshemmenden und anschließend mit gegengeschlechtlichen Hormonen, zeigen einen positiven Verlauf hinsichtlich psychiatrischer Komorbidität und des physischen Erscheinungsbilds. Hierzu kontrollierte Studien durchzuführen stößt auf große Schwierigkeiten.

Den internationalen Standards of Care der WPATH folgend sollte eine pubertätshemmende Hormontherapie (bei biologisch männlichen Patienten mit GnRH-Analoga oder Antiandrogenen, bei biologisch weiblichen Patienten mit GnRH-Analoga) frühestens nach Erreichen des Tanner-II-Stadiums begonnen werden, nicht prophylaktisch präpubertär. Voraussetzung ist, dass mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eine transsexuelle Entwicklung vorliegt. Ziel ist eine weitere Sicherung der Diagnose aus der Reaktion auf die pubertären Veränderungen heraus. Eine gegengeschlechtliche Hormontherapie sollte in der Regel nicht vor dem 16. Lebensjahr begonnen werden. Geschlechtskorrigierende operative Eingriffe sollten frühestens nach dem 18. Geburtstag begonnen werden.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

entfällt

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

siehe 4.5

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Bei Notwendigkeit einer stationären Aufnahme ergeben sich oft Schwierigkeiten, ob die Patienten als männliche oder weibliche Personen zu behandeln sind, z.B. Unterbringung im Mädchen- oder im Jungenzimmer, Benutzung von Bad, Toilette. Generell sollten Patienten, die sich schon in der Alltagstestphase befinden und als Person des Gegengeschlechts leben, in dieser Rolle akzeptiert und behandelt werden. Das schließt auch die Verwendung des vom Patienten gewählten Vornamens ein. Patienten, die noch nicht in die Alltagstestphase eingetreten sind, sollten nach ihrem biologischen Geschlecht behandelt werden.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Führt bei Jugendlichen die Symptomatik zu gravierenden unlösbaren Konflikten in Elternhaus, Schule oder Beruf, so kann eine Unterbringung des/der Jugendlichen in einer (ggf. therapeutischen) Wohngruppe notwendig werden, weiterhin ein Wechsel von Schule oder Arbeitsplatz, wobei Lehrer/Ausbilder in angemessener Weise vorab zu informieren sind.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Liegt eine intersexuelle Störung nicht vor, so ist bei Störungen der Geschlechtsidentität eine Behandlung mit dem biologischen Geschlecht entsprechenden Sexualhormonen kontraindiziert. Versuche, bei biologisch männlichen Patienten die männliche Identität durch Gabe von männlichen Sexualhormonen herzustellen oder zu „festigen“, schlugen fehl oder verstärkten im Gegenteil noch die Identitätsproblematik.

Eine psychopharmakologische Behandlung ist nur bei gleichzeitigem Vorliegen einer anderen psychiatrischen Störung indiziert, die eine solche Behandlung erfordert.

5 Literatur

Becker, S., H.A.G. Bosinski, U. Clement, W. Eicher, T.M. Goerlich, U. Hartmann, G. Kockott D. Langer, W.F. Preuss, G. Schmidt, A. Springer, R. Wille: Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. Z Sexualforsch 10: 147-156, 1997.

Cohen-Kettenis, P.T., F. Pfäfflin: Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry. Sage, London, 2003.

De Vries, A.L.C., T.D. Steensma, T.A.H. Doreleijers, P.T. Cohen-Kettenis: Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *J. Sex. Med.* 8, 2276-2283, 2011.

De Vries, A.L.C., T.A.H. Doreleijers, T.D. Steensma, P.T. Cohen-Kettenis: Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J. Child Psychol. Psychiat.* 52, 1195-1202, 2011.

Hembree, W.C.: Guidelines for pubertal suspension and gender reassignment for transgender adolescents. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N Am.*, 20, 725-732, 2011.

Korte, A., D. Goecker, H. Krude, U. Lehmkuhl, A. Grüters-Kieslich, K.M. Beier: Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Dtsch. Ärztebl.* 105, 834-839, 2008.

Kreukels, B.P.C., P.T. Kettenis: Puberty suppression in gender identity disorder: The Amsterdam experience. *Nat. Rev. Endocrinol.* 7, 466-472, 2011.

Meyenburg, B.: Störungen der Geschlechtsidentität. In: Lehmkuhl, G., F. Poustka, M. Holtmann, H. Steiner: *Lehrbuch der Kinder und Jugendpsychiatrie*, Bd. 2. Hogrefe, Göttingen, 2013.

Möller, B., H. Schreier, A. Li, G. Romer: Gender identity disorder in children and adolescents. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care* 39, 117-143, 2009.

Neugebauer, R.: Katamnese und Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen. *Med. Diss. Univ. Frankfurt/M.*, 2013 (in Vorber.).

The World Professional Association for Transgender Health: Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th version, 2011. www.wpath.org

Verfahren zur Konsensbildung:

Mitglieder der Leitlinien-Arbeitsgruppe: Dr. Bernd Meyenburg, Frankfurt am Main, Prof. Dr. Georg Romer, Münster, Dr. Birgit Möller, Hamburg, und Dr. Alexander Korte, München.

Bei dieser Leitlinie handelt es sich um einen Expertenkonsens und wurde vom Vorstand der Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) verabschiedet.“

Erstellungsdatum: 01/1999

Überarbeitung von: 08/2013

Nächste Überprüfung geplant: 08/2018

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

© Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online