

KINDER UND JUGENLICHE MIT GESCHLECHTSIDENTITÄTSSTÖRUNGEN

Hans-Peter BANGERL

Kinder mit Geschlechtsidentitätsstörungen imponieren als besonders unglücklich über ihre biologisches Geschlecht und wünschen sich nichts mehr, als wie ein Mädchen bzw. Bub leben zu können und auch so behandelt zu werden. Diese Erscheinung kann passager oder andauernd sein.

Entwicklungspsychologisch betrachtet haben Kinder eine **grundlegendes Verständnis ihrer Geschlechtsidentität** schon im Alter von **2-3 Jahren** (*Gorden u. Schröder 1995*), und beginnen in dieser Zeit auch schon geschlechtstypisch zu spielen. Wobei, wie diese beiden Autoren feststellten, Buben schon früher Buben als Spielkameraden bevorzugen als Mädchen. Das eigentliche Verständnis der Geschlechtsrolle entsteht zwischen 3 und 7 Jahren. Es wird angenommen, dass es wohl eine geschlechtsabhängige Prädisponierung gibt, wie Informationen verarbeitet werden und als Folge davon, wie soziale Interaktionen verstanden werden und eigenes Verhalten beeinflusst wird.

Das **psychopathologische Verhalten** beginnt zumeist **zwischen 2 und 4 Jahren** Eltern sind oftmals sehr belustigt über ihre Buben die in Mamas Kleider herumlaufen . *Zucker und Bradley 1995* beschreiben, dass Eltern erst dann professionelle Hilfe aufsuchen, wenn sie zu der Ansicht gelangen, dass dieses Verhalten „nicht bloß eine Phase ist, aus der sie herauswachsen“.

Schenkt man der spärlichen Literatur Glauben, so wünschen sich etwa 2% der Kinder in ein anderes Geschlecht. Noch weniger davon fallen in die DSM IV oder ICD 10 Diagnosekriterien. (siehe Anhang) Würde man strenge Diagnosekriterien anlegen so besteht bei **Buben eine höher Vulnerabilität** als bei Mädchen (1 : 24 000 bzw. 1 : 103000). Diese Zahlen sind aber auch dadurch beeinflusst, dass männliche Peergroups cross-gender Verhalten weniger tolerieren als weibliche.

Zucker weist darauf hin, dass eine **transsexuelle Symptomatik** auch als **eine Stressreaktion** verstanden werden kann, z. B. bei der Geburt eines gegengeschlechtlichen Kindes oder durch massive Zurückweisung in der gleichgeschlechtlichen Peergroup. Bei kleinen Kindern auch, wenn sie erstmals die anatomischen Unterschiede wahrnehmen und Mädchen plötzlich Buben sein wollen. Außerdem ist zwischen Kindern zu unterscheiden, die Unterwäsche tragen, von denen die Kleider benützen. Ebenso sind auch „Tomboys“ und „Sissyboys“ ausgenommen, die nicht wirklich im anderen Geschlecht leben wollen, sondern nur die eine oder andere Eigenschaft des anderen Geschlecht zu ihrer eigenen gemacht haben.

Biologische und physiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass eine pränatal erhöhter oder verringerter **Androgeneinfluss** zumindest eine Prädisposition darstellt.

Auch das **körperliche Erscheinungsbild** hat Einfluss auf die Geschlechtsidentität. Da ja ein eher maskulines bzw. feminines Aussehen auch die Eltern-Kind-Interaktion beeinflusst (*Stoller 1968*), ebenso wie auch **familiendynamische Aspekte**, wie sie z.B. durch den nicht verarbeiteten Tod eines Kind entstehen, und das nachfolgende gegengeschlechtliches Kind dessen Rolle in der Familie übernehmen muss (*Vlasich 199?*). Aber auch noch eine Unzahl anderer familiärerer oder intra/interpersönlichen Gründe können für das Zweifeln am eigenen Geschlecht Unterstützung sein. Diese **sehr feinen psychologischen Mechanismen** sind oftmals schwer auffindbar, aber als Ursache für eine Persönlichkeitsentwicklungsstörung wichtig.

Die Diagnose

Um eine Geschlechtsidentitätsstörung diagnostizieren zu können, müssen **2 Merkmale** vorliegen:

1. Es muss eine klare, langanhaltende Identifikation mit dem anderen Geschlecht vorliegen.
2. Typische Verhaltensmuster in Spiel, Sprache, Aktivitäten, etc. muss vorhanden sein, ebenso eine Ablehnung der vorhandenen Genitalien und den typischen geschlechtskonformen Verhaltensmustern.

Diagnostisch werden die Befragungen der Eltern von denen des Kindes getrennt. Im strukturierten Interview werden die oben beschriebenen Aspekte erfragt bzgl. deren Häufigkeit und Geschichte. Ebenso die Interaktionsmuster innerhalb der Familie, der Umgang mit gegengeschlechtlichen Identifikationen und nach möglichen sexuelle Missbrauch. Der diagnostische Teil für Kinder besteht hauptsächlich aus projektiven Testverfahren (Mensch-Test, Rorschach- Versuch, halbstrukturierte Spielsituationen, Rollenspielen) aber auch aus standardisierten Fragebögen.

Therapeutische Ansätze:

Therapieziele:

1. Integration in die Peergroup
2. Behandlung anderer (sekundärer) Psychopathologien
3. Schutz vor Transsexualität im Erwachsenenalter

Ein therapeutische Behandlung, so *Zucker 1995* des Kindes zielt in allen Ansätzen auf eine Änderung im sozialen Umfeld ab, unterstützt von **verhaltenstherapeutischen Programmen** in denen cross-gender Verhaltensmuster durch die des eigenen physischen Geschlechts ersetzt werden, was vor allem ein sekundäre Symptomatik hintanhält, die oftmals bedingt wird durch die Zurückweisung in der Peergroup.

Aber auch ein angepasstes gross-gender Verhalten kann Ziel therapeutischer Interventionen sein (*Gorden & Schröder 1995*).

Rekers und Lovaas 1974 wenden gegen einen übergewichtigen verhaltenstherapeutischen Ansatz ein, dass diese Form der Therapie eher zur Folge hat, dass das Verhalten angepasst wird allerdings nicht die Identität. - Fragliche Langzeitwirkung.

Im **psychoanalytischen Zugang** steht die preödipale Phase im Fordergrund des Interesses:

Frühe Mutter-Kind – Beziehung: eine hohe weibliches Identifikation dient der Angstreduktion, wenn die Mutter nicht anwesend ist, aber auch übergroße Nähe zwischen Mutter und Kind, die eine Entwicklung zu einer Triade verhindert, zwingt das Kind zur Übernahme der Identität der primären Bezugsperson. Aber auch Mütter mit Ängsten vor der Männlichkeit lösen Geschlechtsidentitätsstörungen aus: Der Bub bekommt Angst die Zuneigung der Mutter zu verlieren, wenn er zu maskuline Anzeichen zeigt.

Vater - Kind Beziehung: Der Vater ist randständig und schafft es nicht die Mutter -Kind Diade aufzulösen, oder er verunmöglicht es, Söhnen, bedingt durch Aggression oder Uneinschätzbarkeit sich mit ihm zu identifizieren.

Therapeutischer Zugang:

- Eine gute emotionale und vertrauensvolle Beziehung soll mit dem Patienten eingegangen werden
- Erhöhung der Frustrationstoleranz gegenüber dem Geschlechtsidentitätsstörungen des Buben soll bei den Eltern erzeugt werden

- Für die Einbeziehung des Vaters in das Leben des Buben wird gesorgt
- Sensibilisierung der Eltern gegenüber der eigenen Partnerschaft und der Eltern-Kind Interaktionen, Femininen Buben soll geholfen werden, ihr Verhalten zu verstehen und das geschlechtsspezifische Selbstwertgefühl soll gestärkt werden.

Man kann davon ausgehen, dass eine Therapie die nach dem 7. Lebensjahr beginnt und das Ziel hat, das Verhalten dem Körper anzupassen wenig erfolgversprechend sein wird. Mit zunehmenden Alter des Patienten sinkt die Chance weiter. Somit kann eine Therapie in weiterer Folge nur zum Ziel haben, sich selbst im Sosein zu akzeptieren und eine Hilfestellung sein bei der Anpassung an die Sozialnormen um so eine Sekundärsymptomatik zu verhindern.

Elternarbeit

- Erarbeitung klaren Therapieziele für die Eltern
- Achtung der elterlichen Ziele und Bedürfnisse des Kindes
- Der gleichgeschlechtliche Elternteil oder ein Ersatz, Big Brother Program (ältere Burschen in Jugendgruppen werden als Identifikationsobjekte herangezogen) soll sich spielerisch um das Kind bemühen, jedoch Kritik am gross-gender Verhaltens vermeiden
- Ignorieren des gross-gender Verhaltens, geschlechtsspezifische Aktivitäten als Ersatz anbieten
- Lob für geschlechtsadäquates Verhalten

Medizinische Therapie:

Aufgrund der Tatsache dass die meisten unter 12jährigen Kinder mit einer Geschlechtsidentitätsstörung nicht transsexuell werden, ist die Frage nach medizinischer Intervention in diesem Alter belanglos, (*Cohen-Kettenis 1998*) Hormontherapie oder die Überlegung zu einer Operation werden im allgemeinen nicht vor dem 18 bis 21 Lebensjahr gemacht, was natürlich auch seine Nachteile hat: Cohen-Kettenis weist darauf hin, das natürlich ein zu später Einsatz geschlechtsanpassender Behandlungsschritte sich für die soziale und persönliche Entwicklung auch negativ auswirken kann.

In einigen Gender - Identity – Kliniken, so auch in Utrecht wird mit der Hormonbehandlung nach einer eingehenden diagnostischen Phase schon ab 16 Jahren begonnen. Cohen Kettenis berichtet von einem Fall, wo ein 16 jähriges Mädchen in die Klinik kam und erzählte, das sie seit dem 13 Lj. mit einem LHRH Agonisten behandelt wird (Depot Triptorelin). Dieses Hormon stoppt die pubertäre Entwicklung oder unterbindet sie vollends. Wenn das Hormon abgesetzt wird setzt eine normale pubertäre Entwicklung ein.

Begonnen hat die Behandlung nach einem Selbstmordversuch bei gleichzeitiger Psychotherapie. Erst durch die Gabe von TRIPTORELIN ist der durch die physische Entwicklung entstandene Druck weggefallen und in der Psychotherapie war es nun möglich, sich mit der Geschlechtsidentität zu beschäftigen.. Da sich in der Therapie nichts änderte, wurde die Therapie abgebrochen. Für das Mädchen und für die Eltern war es alles andere, als eine Erleichterung nun eine Diagnose „Transsexuell“ zu haben. Die Familie suchte nun in Utrecht Hilfe.

Im diagnostischen Verlauf ergab sich, dass das Mädchen gut begabt sei. mit guten Problemlösungsvermögen, selbstunsicher und leicht depressiv, aber ohne weitere schwere Psychopathologie. Mit Freundschaften geht sie sehr vorsichtig um, ist stark an die Mutter gebunden – konflikthafte Verhältnis mit dem Vater.

In einer weiteren Einzeltherapie war ihr hohes Schamgefühl ein wichtiger Punkt, bei familientherapeutischen Sitzungen die Vater – Tochterbeziehung und das Verhältnis der Eltern miteinander. Mit 18 begann die eigentliche Hormontherapie, die gut anschlug. Die ersten operativen Eingriffe verliefen erfolgreich (Brust, Uterus , Ovarien), die Geburtsurkunde wurde geändert. Die psychologischen Parameter haben sich gebessert. Auch im sozialen Bereich fand eine gute Integration statt.

Überlegungen dazu:

- Ein früher gut überlegter Behandlungsbeginn erleichtert eine mögliche spätere Geschlechtsanpassung mit den zufriedenstellenderen Ergebnissen.
- Die frühen Hormongaben erleichtern auch den therapeutischen Zugang, da der emotionale Druck wegfällt.
- die verabreichten Hormone sind reversibel
- Es verringert sich möglicherweise die Willigkeit sich mit dem Identitätsproblem wirklich auseinandzusetzen.
- Es kann auch zu einer sozialen Randstellung des Jugendlichen kommen, wenn die sekundären Geschlechtsmerkmale ausbleiben.

Therapieerfolge:

Die Gefahr liegt darin, dass, wenn man das Augenmerk besonders auf das Verhalten legt, (Green 1978), die Angst zunimmt und eher das gewohnte pathologische Verhalten verstärkt. oder das Verhalten wird in der Öffentlichkeit unterdrückt, um so dem sozialen Druck zu entgehen. das Transsexuelle Verhalten wird in den Untergrund verschoben.

Eine Verhaltensanpassung kann auch zur Folge haben, dass ein maskulinere Verhalten ihm auch positive Rückmeldung in der Peergroup einbringt. Das wiederum verbessert das Selbstbild, das Selbstbild wird internalisiert und permanent. Gelingt diese Internalisierung nicht, so besteht die Gefahr, dass wenn die Abwehr sich verringert und der Druck größer wird, es zu einem neuerlichen dramatischen Ausdruck kommt. Einer der Gefahrenbereiche in der Entwicklung ist die frühe Adoleszenz.

Aber auch eine Übermaskulinisierung durch eine Machoverstärkung mit Auswüchsen an Aggression ist möglich.

Sexualpartnerorientierung:

Green 1987 fand dass 33 von 44 efiminierten Burschen hatten homosexuelle oder bisexuelle Fantasien (1 von 35 in der Normalpopulation) Es lässt allerdings ein bestimmtes kindliches gross-gender Verhalten keiner bestimmten Ausformung (Transsexualität, Transvestitismus, Homosexualität) zuordnen. Auch die Therapie kann nicht garantieren, dass das Kind heterosexuell orientiert sein wird.

Gordon, B. & Schroeder, C. Sexuality: A developmental Approach to Problems (New York 1995)

Stoller, R. Male childhood transsexualism. (Journal of the Academy of Child Psychiatry, 7, pp. 193-209. 1968)

Zucker, K. & Bradley, S Gender Identity disorders and psychosexual problems in Children and adolescents (New York 1995)

Green, R. The "Sissy Boy Syndrome" and the Development of Homosexuality.(New Haven 1987)

The child therapie news Vol. 3 No.: 4

Vlasich, E. Vortrag anlässlich des Symposiums Transsexualität Wien 19??

Gemeinsamkeiten bei Kindern mit Geschlechtsidentitätsstörung

<p>1. ANATOMISCHE BESINDERHEITEN</p> <p>Bei Burschen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Wunsch, eine Vagina statt einem Penis zu haben ▪ Versuchen, den Penis und Testikel zu verstecken, um so eine Vagina zu simulieren. ▪ Simulation von Brüsten. ▪ Im Sitzen urinieren. ▪ Der Wunsch, ein Baby bekommen zu können und es zu stillen <p>Bei Mädchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es besteht der Wunsch, die Vagina durch einen Penis zu ersetzen. ▪ Es versucht, einen Penis mit verschiedenen Gegenständen zu simulieren, ▪ Urinieren im Stehen. ▪ Es besteht ein Unbehagen beim Gedanken an wachsende Brüste. ▪ Sehr junge Kindern Versuchen die Realität des anatomischen Geschlechts verbal zu verleugnen. <p>2. GROSS-DRESSING</p> <p>Bei Burschen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein Interesse an weiblicher Kleidung, oder, das Tragen von weiblicher Kleidung, einschließlich hochhakiger Schuhe, Make up und Schmuck ▪ Simulation von weiblicher Kleidung oder langem Haar (z. B. mit Handtüchern). <p>Bei Mädchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Vorliebe für burschenhafte Kleidungsstücke 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kleider, sogar zu besonderen Gelegenheiten, werden als äußerst unangenehm erlebt. ▪ Mangelndes Interesse an Schminke und Schmuck. ▪ Eine Vorliebe für kurzes Haar. <p>3. IDENTITÄTSAUSSAGEN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wird der Wunsch formuliert, ins andere Geschlecht wechseln zu wollen. ▪ Sehr junge Kinder können einfordern, dass sie schon dem anderen Geschlecht zugehören, oder sich im Verlauf des Älter Werdens zum entgegengesetzte Geschlecht hin verwandeln werden. <p>4. MANNIERISMEN</p> <p>Bei Burschen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestik und Stimmlage nehmen eine feminine Qualität an. <p>Bei Mädchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es besteht der Versuch, sich besonders männlich zu geben und mit tiefer Stimme zu sprechen. <p>5. PEER-GROUP</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Vorliebe für gegengeschlechtliche Spielkameraden. ▪ Vermeidung von gleichgeschlechtlichen Spielkameraden (bei Burschen öfter). ▪ soziale Isolation kann charakteristisch sein (besonders bei älteren Burschen). 	<p>6. SPIELE /TEILNAHME AN SPORTLICHEN AKTIVITÄTEN</p> <p>Bei Burschen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es besteht eine heftige Abneigung gegen engen körperlichen Kontakt, besonders bei wilden Spielen oder Gruppenwettkampfsportarten. ▪ Einige Burschen haben besonders Angst vor körperlichen Verletzung. ▪ Einzelsportarten hingegen werden bevorzugt (z.B. Schwimmen) <p>Bei Mädchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In der späteren Kindheit sind einige Mädchen sehr oft in Wettkampfsportarten zu finden. Wobei nicht klar ist, ob dies ein wirklicher Unterscheidungsfaktor sein kann. <p>7. SPIELZEUGVORLIEBEN</p> <p>Bei Burschen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es besteht eine Vorliebe für Spielzeug, das im kulturellen Rahmen hauptsächlich Mädchen vorbehalten ist, besonders weibliche Puppen und weibliche Superheldenfiguren, mädchenhaftes Rollenspiel. <p>Bei Mädchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es besteht eine Vorliebe für die Spielzeuge der Burschen und ein mangelndes Interesse an Spielsachen der Mädchen - Superhelden sind männlich (z.B. Superman).
<p>Quelle: Zucker, K. (1985) In B. Steiner, Ed. <i>Genus Dysphoria: Entwicklung, Forschung, Management</i> (S. 75-174). New York: Plenums -Press.</p>		

DSM-IV-Kriterien für Geschlechtsidentitätsstörung

- A. Die Erkrankung ist gekennzeichnet durch eine starke und beharrliche gegengeschlechtliche Identifizierung (nicht nur ein Verlangen, aufgrund von kulturellen Vorteilen, wenn man dem anderen Geschlecht angehört.).

Bei Kindern liegt diese Störung vor, wenn mindestens vier (oder mehr) Punkte zutreffen:

1. Immer wieder angegebenes Verlangen ein anderes Geschlecht zu haben, oder dem anderen Geschlecht anzugehören
2. Bei Jungen: Vorliebe für Cross-dressing oder für die Nachahmung weiblicher Kleidung; Mädchen beharren auf das Tragen typischer männlicher Kleidung.
3. Beharrliches Bevorzugen von gegengeschlechtlichem Rollenverhalten im Spiel, und/oder die beharrlichen Fantasien sich und anderen Glauben zu machen dem anderen Geschlecht anzugehören.
4. Heftiges Verlangen an einschlägigen Spielen und Zeitvertreib des anderen Geschlechtes teilzunehmen.
5. Starke Vorliebe für Freunde aus dem anderen Geschlecht

Im Jugend- und Erwachsenenalter ist das Bedürfnis das andere Geschlecht zu sein, ebenso wie das Verlangen, im anderen Geschlecht zu leben und so behandelt zu werden, und/oder die Überzeugung, dass er oder sie die typischen Gefühle und Reaktionen des anderen Geschlecht hat, manifestiert,

- B. Beharrliches Unbehagen mit seinem oder ihrem Geschlecht und/oder dem Gefühl der Unangepasstheit im aktuellen Geschlecht.

Bei Kindern manifestiert sich die Störung unter Auftreten folgender Symptomatik:

Bei Jungen

1. unter der Behauptung dass sein Penis und/oder Hoden eklig seien, und/oder dass sie verschwinden werden, oder dass es besser wäre, keinen Penis zu haben.
2. Es besteht weiteres eine Abneigung gegen wilde und raue Spiele und gegenüber typisch, einschlägigem Bubenspielzeug, Spiele, und Aktivitäten;

Bei Mädchen

1. besteht eine Ablehnung, im Sitzen zu urinieren und sie behaupten, das sie einen Penis haben oder einen Penis bekommen werden.
2. Sie lehnt die wachsenden Brüste und ihre Menstruation ab, ebenso wie sie einschlägig weibliche Kleidung ablehnt.

Bei Jugendlichen und Erwachsenen ist das Erscheinungsbild gekennzeichnet durch die Auseinandersetzung mit den primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen begleitet von dem Wunsch nach Hormonen, chirurgischen Eingriffen, oder andere Verfahren zu körperlicher Veränderung, um beim anderen Geschlecht besser anzukommen. Es besteht der Glaube, im falschen Geschlecht geboren worden zu sein.

- C. Die Störung geht nicht mit Zwittergeschlechtlichkeit einher.
- D. Die Störung verursacht klinisch relevante Beschwerden und Beeinträchtigungen im gesellschaftlichen, beruflichen, oder anderen wesentlichen Gebieten