

Inhalt

Geschlechtsidentitätsstörung / Geschlechtsdysphorie im Kindesalter

Hartmut A.G. Bosinski

Geschlechtsidentitätsstörung / Geschlechtsdysphorie im Kindesalter

Hartmut A.G. Bosinski

Einleitung

Erwachsene mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen (ICD-10: F64.0; DSM-IV-TR: 302.85), also Menschen, die sich dauerhaft als Angehörige des anderen Geschlechts empfinden, die die körperlichen Merkmale ihres bei Geburt zugewiesenen Geschlechts und die daran geknüpften Rollenanforderungen ablehnen und danach streben, mittels medizinischer (hormoneller und/oder chirurgischer) Behandlungsmaßnahmen die körperlichen Merkmale des anderen Geschlechts zu erlangen und mittels juristischer Maßnahmen in der Rolle des innerlich gefühlten anderen Geschlechts sozial anerkannt zu leben, berichten regelhaft, dass sie sich bereits in ihrer Kindheit eher dem anderen Geschlecht zugehörig fühlten und dessen Spielen, Spielzeugen, Kleidung und Aufmachung den Vorzug vor jenen des Zuweisungsgeschlechts gaben. Sie berichten auch, dass sie unter dieser Situation schon in der Kindheit sehr gelitten hätten. Tatsächlich lassen sich derartige Berichte oft fremdanamnestic oder durch mitgebrachte Kindheitsphotos validieren (Bosinski 1996).

Diese Beobachtung war bereits in den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts Anlass für die prospektive Untersuchungen von Kindern mit ausgeprägt geschlechtsatypischem Sozialverhalten (Green & Money 1961, 1966; Zuger 1966, 1970; Zuger & Taylor 1969). Ein Ergebnis dieser Untersuchungen war die Feststellung, dass diese Kinder therapeutischer Hilfe bedürfen. Das führte nicht nur frühzeitig zur Etablierung entsprechender klinischer Einrichtungen für die Behandlung dieser Kinder (Toronto 1978; Bradley et al. 1978; Amsterdam 1987; de Vries & Cohen-Kettenis 2012), sondern auch zur Aufnahme der Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung

im Kindesalter“ im Jahre 1980 in die 3. Fassung des von der *American Psychiatric Association* (APA) herausgegebenen *Diagnostic and Statistical Manual of the Mental Disorders* (DSM-III).

Nosologie

Das von der WHO herausgegebene ICD-10 (WHO 2000) führt gegenwärtig die Diagnose „Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters“ im Kapitel „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ unter der Code-Nummer F64.2 (s. Kasten 1).

Diese Störung zeigt sich während der frühen Kindheit, immer lange vor der Pubertät. Sie ist durch ein anhaltendes und starkes Unbehagen über das zugefallene Geschlecht gekennzeichnet, zusammen mit dem Wunsch oder der ständigen Beteuerung, zum anderen Geschlecht zu gehören. Es besteht eine andauernde Beschäftigung mit der Kleidung oder den Aktivitäten des anderen Geschlechtes und eine Ablehnung des eigenen Geschlechtes. Die Diagnose erfordert eine tief greifende Störung der normalen Geschlechtsidentität; eine bloße Knabenhaftigkeit bei Mädchen und ein mädchenhaftes Verhalten bei Jungen sind nicht ausreichend. Geschlechtsidentitätsstörungen bei Personen, welche die Pubertät erreicht haben oder gerade erreichen, sind nicht hier, sondern unter F66.- zu klassifizieren.

Exkl.:

Ichdystone Sexualorientierung (F66.1)

Sexuelle Reifungskrise (F66.0)

Kasten 1: Diagnostische Merkmale für „Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters“ gemäß F64.2 ICD-10

Gegenüber diesen eher allgemein gehaltenen Ausführungen hat die 4. revidierte Textfassung des DSM (DSM-IV-TR; APA 2000) den Vorteil der empirischen Fundierung und der Vorgabe differenziert abprüfbarer Kriterien für die Diagnose „Geschlechtsidentitätsstörung des Kindesalters“ (DSM-IV-TR: 302.6). Diese werden zwar gemeinsam mit den Kriterien für die „Geschlechtsidentitätsstörung bei Jugendlichen und Erwachsenen“ (DSM-IV-TR: 302.85) aufgeführt, sind von diesen jedoch deutlich unterschieden (s. Kasten 2).

(A) Starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht (d. h. nicht lediglich das Verlangen nach irgendwelchen empfundenen kulturellen Vorteilen, die die Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht mit sich bringt).

Bei Kindern manifestiert sich die Störung durch mindestens vier der folgende Kriterien:

1. Wiederholt geäußertes Verlangen oder Bestehen darauf, dem anderen Geschlecht anzugehören;
 2. Bei Jungen Neigung zum Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts oder Imitation weiblicher Aufmachung; bei Mädchen das Bestehen darauf, nur eine dem männlichen Stereotyp entsprechende Bekleidung zu tragen;
 3. Starke und andauernde Neigung zum Verstellen als Angehöriger des anderen Geschlechts in Rollenspielen oder anhaltende Phantasien über die eigene Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht;
 4. Intensives Verlangen nach Teilnahme an Spielen und Freizeitbeschäftigungen, die für das andere Geschlecht typisch sind;
 5. Ausgeprägte Bevorzugung von Spielgefährten des anderen Geschlechts
- (B) Anhaltendes Unbehagen im Geburtsgeschlecht oder Gefühl, dass die Geschlechtsrolle dieses Geschlechts unzutreffend ist.

Bei Kindern ist das Störungsbild durch eines der folgenden Merkmale gekennzeichnet:

Bei *Jungen* die Behauptung, dass der Penis oder die Hoden abstoßend seien oder verschwinden werden oder die Behauptung, dass es besser wäre, keinen Penis zu haben, oder eine Aversion gegen Rauf- und Tobespiele und eine Ablehnung von typischem Jungenspielzeug, Jungenspielen und Jungenbeschäftigungen;

bei *Mädchen* Ablehnung des Urinierens im Sitzen, die Behauptung, dass sie einen Penis haben oder ihnen ein solcher wachsen wird, oder die Behauptung, dass sie keine Brust bekommen möchten oder nicht menstruieren möchten, oder eine ausgeprägte Aversion gegen normative weibliche Bekleidung.

(C) Das Störungsbild ist nicht begleitet von einem somatischen Intersex-Syndrom.

(D) Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Kasten 2: Diagnostische Merkmale für „Geschlechtsidentitätsstörung bei Kindern“ gemäß 302.6 DSM-IV-TR

(A) Ausgeprägte Inkongruenz zwischen dem erlebten/ausgedrückten und dem zugewiesenen Geschlecht („gender“), die mindestens 6 Monate andauert und sich durch *mindestens 6 der folgenden Kriterien* manifestiert (eines davon muss Kriterium A1 sein):

1. Starker Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören oder ein Bestehen darauf, dass er oder sie dem anderen Geschlecht (oder einem alternativen Geschlecht, das von dem zugewiesenen abweicht) angehört.
2. Bei als Jungen erzogenen Kindern eine ausgeprägte Bevorzugung für das Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung oder die Nachahmung weiblicher Aufmachung; bei als Mädchen erzogenen Kindern ausgeprägte Bevorzugung des Tragens ausschließlich jungentypischer Bekleidung und ein starker Widerstand gegen das Tragen typischer Mädchenbekleidung
3. Ausgeprägte Bevorzugung gegengeschlechtlicher Charaktere in Rollen- oder Fantasienspielen
4. Ausgeprägte Bevorzugung von Spielzeug, Spielen oder Aktivitäten, die für das andere Geschlecht typisch sind
5. Ausgeprägte Bevorzugung von Spielkameraden, die dem anderen Geschlecht angehören
6. Bei als Jungen erzogenen Kindern ausgeprägte Ablehnung von Spielzeug, Spielen oder Aktivitäten, die für Jungen typisch sind und eine ausgeprägte Vermeidung von Rauf- und Tobespielen; bei als Mädchen erzogenen Kindern starke Ablehnung von Spielzeug, Spielen oder Aktivitäten, die für Mädchen typisch sind
7. Starke Abneigung gegen die eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmale
8. Starker Wunsch, diejenigen primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale zu haben, die dem gefühlten Geschlecht („*one's experienced gender*“) entsprechen

(B) Der Zustand geht einher mit klinisch bedeutsamem Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Spezifiziere, ob:

Mit Störung der sexuellen Entwicklung (DSD) (z.B. angeborene adrenogenitale Störung wie 255.2 [E25.0] – Adrenogenitales Syndrom oder 259.50 [E34.50] – Androgen-Insensivitäts-Syndrom)

Kodierungshinweis: Kodiere sowohl die Störung der sexuellen Entwicklung (DSD) als auch die Geschlechtsdysphorie.

Kasten 3: Voraussichtliche diagnostische Merkmale für „Geschlechtsdysphorie bei Kindern“ im DSM-V (vom Autor erstellte Übersetzung der Fassung vom Mai 2011; www.dsm5.org)

Das im Mai 2013 erschienene DSM-V enthält demgegenüber einige bemerkenswerte Änderungen: Die Diagnose erscheint in einem eigenen Unterkapitel und heißt nun (sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen und Erwachsenen) ‚*Geschlechtsdysphorie*‘ (*Gender Dysphoria*). Auch nicht-binäre Geschlechtswünsche berechtigen zur Diagnosevergabe, entscheidend ist, dass das betreffende Kind einen vom Zuweisungsgeschlecht abweichenden Geschlechtszugehörigkeitswunsch und entsprechenden realen oder drohenden Leidensdruck hat. Intersexualität (also Störungen der sexuellen Entwicklung, DSD) ist kein Ausschlusskriterium mehr. Die vorläufige (!) Fassung vom Mai 2011 ist im Kasten 3 aufgeführt.

Gemeinsam ist den aktuellen ICD- und DSM-Klassifikationen für Geschlechtsidentitätsstörungen, dass sie

- für das Kindesalter den Begriff „transsexuell“ strikt vermeiden – **die Diagnose „Transsexualität bei Kindern/im Kindesalter“ gibt es nicht!**
- die Kriterien für (präpuberale) Kinder deutlich von jenen für Jugendlichen trennen; bei Letzteren liegen eher die Merkmale einer Transsexualität *in statu nascendi* vor;
- den Unterschied betonen zwischen einerseits geschlechtsatypischem bzw. Rollen-nonkonformem Verhalten, das für sich genommen *keinen* Störungswert hat und andererseits der mit Leidensdruck einhergehenden Ablehnung der zugewiesenen Geschlechtszugehörigkeit bzw. dem Wunsch nach Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht.

Im Folgenden soll auf die besondere Problematik des Kindesalters eingegangen werden. Dabei werden die Begriffe Geschlechtsidentitätsstörung (GIS) und Geschlechtsdysphorie (GD) synonym für die Diagnose verwendet. Lediglich von der kulturellen Geschlechternorm abweichendes Verhalten ohne Störungswert wird als Geschlechtsvarianz (GV) bezeichnet.

Epidemiologie

Bislang fehlen repräsentative Erhebungen zur Häufigkeit von GIS/GD im Kindesalter. Es finden sich lediglich Angaben zur Häufigkeit von geschlechtsatypischem Verhalten (i.e. GV), das von Eltern nicht klinisch vorgestellter Kinder (im Alter von 4 – 11 Jahre) in der Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Edelbrock 1983) in den Items 5 („*Verhält*

sich wie Kind des anderen Geschlechts“) und 110 (*„Wünscht sich, dem anderen Geschlecht anzugehören“*) angegeben wurde (s. Tabelle 1).

	Jungen	Mädchen
Item 5 (<i>„Verhält sich wie Kind des anderen Geschlechts“</i>)		
Gelegentlich (Score 1)	3,8	8,3
Oft (Score 2)	1,0	2,3
Item 110 (<i>„Wünscht sich, dem anderen Geschlecht anzugehören“</i>)		
Gelegentlich (Score 1)	1,0	2,5
Oft (Score 2)	0	1,0
Kombination Item 5 und Item 110		
Oft (Score 2)	0	0,5

Tabelle 1: Angaben von Eltern 4-11jähriger, nicht klinisch vorgestellter Kinder zu geschlechtsatypischem Verhalten (nach Zucker et al. 1997 in Auswertung von Achenbach & Edelbrock 1981; N jeweils 389; Angaben in Prozent)

Dem entsprechen auch die Daten von van Beijsterveldt und Mitarbeitern (2006): Die Autoren fanden in einer groß angelegten niederländischen Längsschnittstudie mit 7.526 Zwillingspaaren, dass im Alter von 7 Jahren bei 3,2% der Jungen und bei 5,2% der Mädchen in der Kombination von Item 5 und Item 110 Werte von über 1 gefunden wurden, d.h. die Eltern dieser Kinder beschrieben zumindest leichte Formen geschlechtsatypischen Verhaltens. Mit 10 Jahren waren diese Häufigkeiten auf 2,4 % (Jungen) bzw. 3,3% (Mädchen) zurückgegangen. Steensma und Mitarbeiter (2012) untersuchten 1983 in den Niederlanden 879 Kinder unter 12 Jahren (406 Jungen, 473 Mädchen) aus der Normalpopulation und fanden bei 5,8% (Jungen: 2,5%; Mädchen: 8,7%) in den genannten CBCL-Gender-Scores Werte über 1.

Aus Kanada und den Niederlanden, wo es bereits seit Jahrzehnten auf die Diagnostik und Therapie von GIS/GD im Kindes- und Jugendalter spezialisierte Einrichtungen gibt, liegen Zahlen zur klinischen Inanspruchnahme vor. Sowohl die Arbeitsgruppe um Zucker aus Toronto (Wood et al. 2013) als auch jene um Cohen-Kettenis aus Amsterdam (Steensma et al. 2012) berichten,

- (a) dass im Kindesalter Jungen bis zu vier Mal häufiger als Mädchen vorgestellt werden, obwohl geschlechtsatypisches Verhalten im CBCL bei Mädchen öfter als bei Jungen berichtet wurde. Dies wird vor allem durch den Umstand erklärt, dass die gesellschaftliche Toleranz gegenüber sich jungenhaft verhaltenden Mädchen (sog. „Tomboys“) bei weitem größer ist als gegenüber sich effeminiert verhaltenden Jungen. Bei Jugendlichen war dagegen das Geschlechterverhältnis nahezu ausgeglichen;
- (b) dass es in den letzten Jahrzehnten zu einer drastischen Zunahme der Vorstellungsraten gekommen ist. Beispielhaft zeigt dies Abbildung 1 für die Verhältnisse in Toronto.

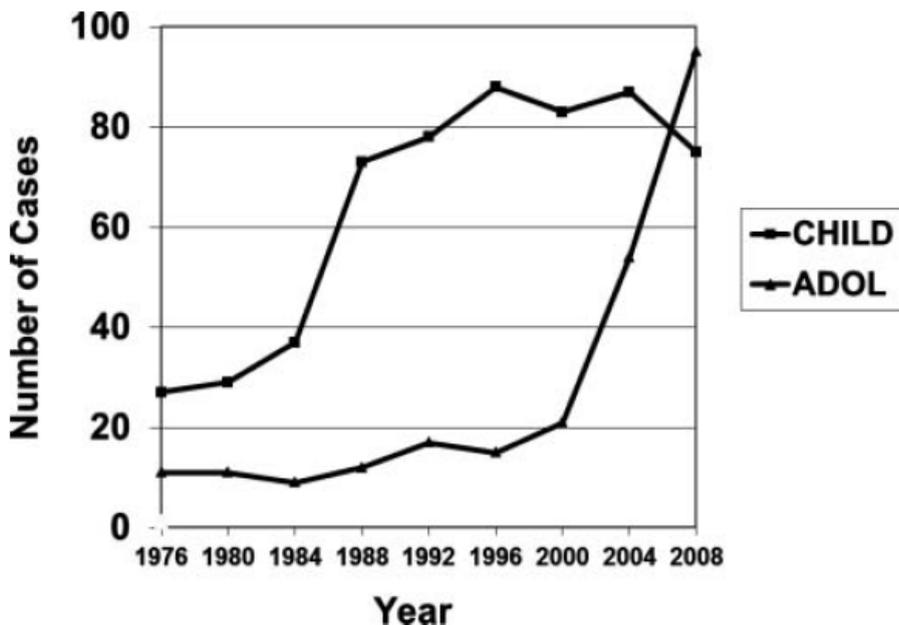


Abbildung 1: Zahl der Vorstellungen in der auf GIS/GD im Kindes- und Jugendalter spezialisierten Einrichtung des Centre for Addiction and Mental Health, Toronto (Canada) (aus Wood et al. 2013, S. 2)

In Deutschland, wo GIS/GD im Kindes- und Jugendalter erst relativ spät in den Fokus klinischer und wissenschaftlicher Aufmerksamkeit gekommen sind, berichtet Meyenburg (2001, S. 540), dass in seiner Spezialsprechstunde in Frankfurt/M. von 1987 bis 2000 insgesamt 21 Kinder und 28 Jugendliche vorgestellt wurden, wovon 10 Kinder und 17 Jugendliche die Kriterien der GIS/GD (gem. ICD-10 bzw. DSM-IV) erfüllten.

Die Kieler Sexualmedizin führte 1994 in Schleswig-Holstein eine Fragebogen-Erhebung bei sämtlichen pädiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen und Niederlassungen sowie bei Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Erziehungsfragen durch (Bosinski et al. 1996). Im Zentrum der Erhebung stand die Frage, wie häufig Kinder (Jungen unter 12, Mädchen unter 11 Jahren) und Jugendliche mit Symptomen einer GIS (definiert nach DSM-IV-Kriterien) ambulant vorgestellt wurden bzw. wie häufig die Untersucher derartige Symptome selbst feststellten. Allein 19 Kinderärzte sahen als Erstbeobachter 101 Kinder und Jugendliche (49 Jungen, 52 Mädchen) mit entsprechenden Symptomen, von denen 35 (23 Jungen und 12 Mädchen) das Vollbild einer GIS aufwiesen. Dabei fanden wir ebenfalls die von anderen Autoren beschriebenen altersabhängigen Geschlechtsunterschiede: Im Kindesalter erfüllten 16 Jungen, aber nur 6 Mädchen alle Kriterien einer GIS, im Jugendalter war das Geschlechterverhältnis mit 7 Jungen und 6 Mädchen annähernd ausgeglichen. Darüber hinaus fand sich eine ganze Anzahl von Jugendlichen, die einzelne Merkmale einer GIS erfüllten, wobei bei Jungen eher sexuelle Verhaltensauffälligkeiten (z.B. transvestitisch-fetischistische Praktiken), bei Mädchen eher altersgebundene Geschlechtsrollenkonfusionen (z.B. problemhaftes Erleben einer Diskrepanz zwischen kindlichem Selbstbild und postpuberalem körperlichem Reifestatus) im Vordergrund standen.

Für die aus Kanada und den Niederlanden berichtete Zunahme von klinischen Vorstellungen von Kindern und Jugendlichen mit GIS/GD-Symptomen, die wir auch in unserer Praxis feststellen, lassen sich verschiedene Faktoren diskutieren, die sehr wahrscheinlich zusammenwirken:

1. Größere Durchlässigkeit der sozialen Geschlechtsrollenkonzepte bei gleichzeitig größerem Problembewusstsein für Geschlechtsidentitätskonflikte aller Altersstufen
2. Neue Behandlungskonzepte für GIS/GD bei Kindern und Jugendlichen
3. Verbreitung von Informationen über GIS/GD im Kindes- und Jugendalter in Medien und Internet, was in stärkerem Maße zu „Selbstdiagnosen“ (durch Eltern oder Jugendliche) führt

So haben wir den Eindruck, dass die seit 2004 zunächst in Fernsehberichten (SPIEGEL-TV, STERN-TV) und sodann in individuellen Blogs thematisierten Verläufe von Kindern bzw. sehr jungen Jugendlichen, bei denen eine pubertätsblockierende Behandlung mit einem Gonadotropin-

Releasinghormon-Agonisten (Gn-rh-Agonisten) durchgeführt wurde, zu einer deutlichen Zunahme der Nachfrage nach derartigen Behandlungen geführt hat. Die Eltern stellen ihre Kinder vor in der Hoffnung auf eine möglichst rasche Linderung des erheblichen Leidensdruckes. Informiert durch die Medien gehen sie davon aus, dass ihr Kind ‚transsexuell‘ sei und deshalb von einer Pubertätsblockade durch Gn-rh-Agonisten profitieren würde. Nicht selten haben sie schon mit Grundschulen (oder sogar dem Kindergarten) vereinbart, dass ihr Kind dort in der gegengeschlechtlichen Rolle auftritt.

Komorbide Störungen

Kinder und Jugendliche mit GIS/GD stehen oft unter erheblichem Leidensdruck. Dieser speist sich zum einen aus dem unerfüllten Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören bzw. dessen Aufmachung und Aktivitäten in vollem Umfang teilen zu können, bei Jugendlichen darüber hinaus aus der zunehmenden Diskrepanz zwischen Geschlechtsgefühl und körperlicher Entwicklung. Eine weitere Quelle für Leiden sind Ausgrenzungserfahrungen (als „Tunte“, „Mannweib“ usw.) durch die soziale Umwelt (Peergroup oder auch Herkunftsfamilie).

Dies dürfte eine Erklärung dafür sein, dass mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit GIS/GD mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose aufweisen (Wallien et al. 2007). Dabei finden sich vor allem internalisierende Störungen (Angststörungen, Trennungsängste, Depressionen), aber auch Impulskontrollstörungen (Cohen-Kettenis et al. 2003).

Allerdings ist der kausale Zusammenhang zwischen komorbiden Störungen und GIS/GD nicht unumstritten. So finden sich (z.B. bei jenen Kindern, die in einer supportiven Umgebung aufwachsen), auch Hinweise auf eine *kausale Rolle* vor allem von Angststörungen in der Genese von GIS/GD: Die „*Flucht ins Gegengeschlecht*“ kann dann als Mechanismus der Angstabwehr und zur Überwindung von Trennungsangst und Stressreduktion fungieren.

Ätiologie?

Ein stringentes Bedingungsmodell für GIS/GD liegt bislang nicht vor. Für ein **komplexes biopsychosoziales Ursachengefüge** sprechen mehrere Faktoren:

Die oft profunde Rolle der Trennungsangst weist auch auf temperamentsmäßige Unterschiede und damit auf etwaige biologische Prädispositionen hin. Auf derartige Prädispositionen deuten weitere, allerdings nur ungenügend replizierte Befunde zumal bei Jungen mit GIS/GD: Sie haben ein niedrigeres Geburtsgewicht und haben mehr ältere leibliche Brüder – ein Effekt, der sich nicht bei Stief- oder Adoptionsbrüdern findet, weshalb dafür eine maternale Immunisierung durch fetales HY-Antigen diskutiert wird (Blanchard et al. 2002). Jungen mit GIS/GD werden von uninformierten Bewertern als attraktiver beurteilt, Mädchen mit der gleichen (dem Bewerter unbekanntem) Diagnose hingegen als unattraktiver (Zucker et al. 1993; Fridell et al. 1996; McDermid et al. 1998). Jungen mit GIS/GD weisen eine höhere Rate an Linkshändigkeit, auch im Vergleich zu Jungen mit anderen psychiatrischen Diagnosen (Zucker et al. 2001) auf. Es gibt erste Studien, die einen Zusammenhang zwischen perinatal gemessenem Testosteronspiegel und späteren geschlechtsatypischen Verhaltensweisen zeigen (Lamminmaki et al. 2012). Zwillingsstudien fanden einen Heritabilitätseffekt für geschlechtsnonkonformes Verhalten (Knafo et al. 2005; Knafo & Spinath 2011; Burri et al. 2011; Alanko et al. 2010; van Beijsterveldt et al. 2006; Iervolino et al. 2005) und auch für GIS/GD im Kindes- und Jugendalter (Coolidge et al. 2002). Der Beweis der von einigen behaupteten biologischen „Verursachung“ oder „Verankerung“ einer GIS/GD steht aber nach wie vor aus (Meyer-Bahlburg 2011) und dürfte in Anbetracht der Komplexität des Topos „Geschlechtsidentität“ (Bosinski 2000) auch nicht so leicht zu erbringen sein.

Unübersehbar sind auch die psychosozialen Entwicklungsbesonderheiten von Kindern (zumal Jungen) mit GIS/GD: In ihren Herkunftsfamilien findet sich eine erhöhte Rate maternaler Psychopathologien (Zucker & Bradley 1995; Zucker et al. 2003), Berichte über verzögerte Namensgebung (Zucker et al. 1993) weisen ebenso wie jene über ein die Geschlechtsatypik bestärkendes Erziehungsklima (Bradley & Zucker 1997) auf familiäre Geschlechtsrollenunsicherheiten. Der Befund, dass sich unter Kindern mit GIS/GD mehr Adoptierte finden (Zucker & Bradley 1998, 2003) deutet auf gestörte Triangulierungsprozesse.

Verlauf und Behandlung von GIS/GD im Kindesalter

Die zentrale Fragestellung der Verlaufsstudien zu GIS/GD im Kindesalter war von Beginn an: Was wird aus diesen Kindern? Werden sie transsexu-

ell, bleibt also die GIS/GD über die Adoleszenz bis ins Erwachsenenalter bestehen?

Diese Frage kann mittlerweile – nach 4 Jahrzehnten Längsschnittforschung mit hunderten von Kindern, bei denen GIS/GD diagnostiziert wurde – eindeutig verneint werden:

Lediglich bei einer Minderheit der Kinder persistiert die GIS/GD bis in die Adoleszenz, wo sie dann eine transsexuelle GIS/GD entwickeln: Zucker und Bradley (1995) fassten die Ergebnisse der seinerzeit vorliegenden 6 Follow-up-Studien (mit Nachuntersuchungszeit von 16 bis 36 Jahren) über insgesamt 55 Jungen, die in der Kindheit ausgeprägte GIS/GD-Symptome gezeigt hatten, zusammen. Nur 5 dieser Jungen (9,1%) waren im Erwachsenenalter transsexuell. Green (1987) begleitete die Entwicklung von 66 Jungen mit GIS/GD-Symptomen in der Kindheit. Im Jugend- und Erwachsenenalter bestand nur noch bei einem dieser Jungen (2,3%) eine (dann transsexuelle) GIS/GD. Drummond und Mitarbeiter (2008) verfolgten die Entwicklung von 25 Mädchen, die in der Kindheit GIS/GD-Symptome (bis hin zum Vollbild der GIS/GD bei 15 Mädchen) boten. Im Erwachsenenalter waren nur 3 von ihnen (12%) weiter geschlechtsdysphorisch. Singh (2012) berichtet über die Entwicklung von 139 Jungen, bei denen in der Kindheit GIS/GD diagnostiziert worden war. Im Erwachsenenalter bestand nur bei 17 von ihnen (12,2%) weiterhin eine GIS/GD, während diese bei 122 (87,8%) nicht mehr nachweisbar war. Wallien und Cohen-Kettenis (2008) berichten über den Verlauf bei 77 Kindern (59 Jungen und 18 Mädchen) mit dem Vollbild einer GIS/GD im Kindesalter (5 bis 12 Jahre). Durchschnittlich 10 Jahre später boten noch 12 Jungen (20,3%) und 9 Mädchen (50%) eine (dann adoleszente bzw. adulte) GIS/GD. Der Umstand, dass diese Daten aus den Niederlanden bei gleicher Tendenz teilweise höheren Persistenzraten der GIS/GD zumal bei Mädchen ausweisen, ist wahrscheinlich durch engeren Einschlusskriterien zu Beginn der Untersuchung bedingt.

Der Minderheit an sog. „*Persisters*“ steht eine Mehrheit von bis zu 85% sog. „*Desisters*“ gegenüber, bei denen also im Verlauf eine Aussöhnung mit dem ursprünglichen Zuweisungsgeschlecht stattfindet. Die Mehrzahl dieser „*Desisters*“ werden homosexuell (Davenport 1986, Green 1987, Zuger 1978; Zucker 1990; Wallien & Cohen-Kettenis 2008; Singh 2012). Tatsächlich gehört geschlechtsatypisches Rollenverhalten in der Kindheit zu den häufigsten retrospektiven Angaben erwachsener homosexueller Männer und Frauen (Bailey & Zucker 1995).

Das bedeutet, dass GIS/GD im Kindesalter ein weitaus stärkerer Prädiktor einer späteren Homosexualität als einer späteren Transsexualität ist!

Trotz der Fülle der Daten sind bis heute nur statistische Wahrscheinlichkeitsaussagen über Faktoren, die mit Fortbestehen oder Vergehen der in der Kindheit diagnostizierten GIS/GD einhergehen, möglich (Wallien & Cohen-Kettenis 2008; Steensma et al. 2012; Singh 2012; s. Kasten 4).

- „*Persisters*“ erfüllen eher *alle* diagnostischen GIS/GD-Kriterien, „*Desisters*“ befinden sich eher unterhalb der diagnostischen Schwelle des Vollbildes der GIS/GD.
- ABER: Auch unter den „*Desisters*“ weisen mehr als die Hälfte in der Kindheit das Vollbild einer GIS/GD-Diagnose auf!
- „*Persisters*“ zeigen in der Kindheit eher eine gegengeschlechtliche *Identität* und beklagen die Inkongruenz zwischen Körper und Identität, „*Desisters*“ zeigen demgegenüber in der Kindheit eher eine gegengeschlechtliche *Identifikation* und beklagen die Inkongruenz mit den Rollenanforderungen.
- „*Persisters*“ zeigen in der Kindheit eher frühzeitiges, andauerndes und offenes Ausagieren gegengeschlechtlichen Verhaltens. ABER: Dies fand sich auch unter den im Erwachsenenalter homosexuell orientierten *Desisters*
- „*Persisters*“ stammen eher aus niedrigen, bildungsferneren sozialen Schichten, wobei diskutiert wird, ob die Persistenz der in diesen Schichten größeren Ablehnung einer homosexuellen Orientierung und der größeren Akzeptanz der Transsexualität als einer „richtigen Diagnose mit medizinischen Konsequenzen“ oder den unter diesen Sozialisationsbedingungen größeren innerfamiliären und sozialen Stressoren geschuldet ist.

Kasten 4: Faktoren, die statistisch (!) mit Fortbestehen einer GIS/GD des *Kindesalters* im Jugend-/Erwachsenenalter assoziiert sind

Als **kritische Phase für Entscheidung über Persistenz oder Vergehen der GIS/GD** beschreiben Steensma und Mitarbeiter (2012) das Alter zwischen 10 und 13 Jahren, mithin die **frühe Pubertät**. Wesentlich sind dabei mehrere Faktoren:

- Die teilweise dramatischen Veränderung der Rollenanforderung der sozialen Umwelt
- Das Erleben und verarbeiten der puberalen Körperveränderungen
- Das Erleben erster sexueller Attraktion, erster sexueller Erregung und Verliebtheit: Hier entscheidet sich, ob die körperlichen Insignien des ursprünglichen Zuweisungsgeschlechts lustvoll in das eigene und in das soziosexuelle Liebeserleben integriert werden können, ob es also z.B. möglich ist, als Junge Jungen oder als Mädchen Mädchen zu lieben, ohne den Körper ändern zu müssen.

Das bedeutet: Die Geschlechtsidentitätsformation wird erst im Zuge der Pubertät mit ihren psychosexuellen Erfahrungen abgeschlossen!

Für die Behandlung von Kindern mit GIS/GD ergibt sich daraus folgende Problemlage:

- Für eine *Minderheit* – die „*Persisters*“, bei denen sich die GIS/GD der Kindheit zur transsexuellen GIS/GD des Erwachsenenalter entwickeln wird – wäre die hormonelle Pubertätsblockade mit Gn-rh-Agonisten ein Segen. Dadurch würde die Entwicklung irreversibler Körpermerkmale (bei Jungen vor allem Stimmbruch und Bartwuchs, bei Mädchen vor allem die Brustentwicklung und Mensis, bei beiden Geschlechtern die sexualdimorphen Körperproportionen), welche im weiteren Verlauf von den dann erwachsenen Transsexuellen als extrem belastend erlebt und nur mittels aufwändiger Eingriffe und oft nur unzureichend rückgängig gemacht werden können, verhindert.
- Für eine *Mehrheit* der Kinder mit GIS/GD – den „*Desisters*“, die im Jugend-/Erwachsenenalter homosexuell werden und kein GIS/GD mehr aufweisen – wäre eine hormonelle Pubertätsblockade, welche die für die Formation der Geschlechtsidentität notwendigen psychosexuellen Erfahrungen der Pubertät unterbindet, hin-

gegen ein ethisch äußerst fragwürdiges Homosexualitätsverhinderungsprogramm. Es würde darüber hinaus gravierende somatomedizinische Konsequenzen (mit nachfolgender konträrgeschlechtlicher Hormonbehandlung und ggf. transformationschirurgischen Eingriffen) bahnen. Hinzu kommt, dass die Langzeitwirkungen einer solchen Behandlung mit Gn-rh-Agonisten gegenwärtig noch unbekannt sind (Sadjadi 2013).

Das ethische Dilemma besteht darin, dass gegenwärtig kein prognostisch sicherer Indikator bekannt ist, der die künftigen *Persisters* (die Minderheit der Kinder mit GIS/GD, die von einer Pubertätsblockade profitieren würde) von den *Desisters* (die Mehrheit, bei denen die Pubertätsblockade ein schwules oder lesbisches Coming-out verhindern würde) trennt!

Wegen dieser diagnostischen und prognostischen Unsicherheit erscheint eine pubertätsblockierende Hormonbehandlung von präpuberalen Kindern mit GIS/GD nicht vertretbar. So formuliert es auch eine internationale Arbeitsgruppe von Endokrinologen und Gender-Spezialisten (Hembree et al. 2009¹) sowie eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der APA (Byne et al. 2012).

Diagnostik

Diese sollte breit angelegt sein. Neben der üblichen KJPP-Diagnostik (mit besonderer Berücksichtigung komorbider Störungen) geht es dabei vor allem um eine *systematische* Erfassung der Geschlechtsidentitätsentwicklung und ihrer Störung und der sie beeinflussenden Faktoren (Peer-Group, Familiensystem, Elternerwartungen, soziale Reaktionen usw.). Auch der etwaigen Funktionalität der Störung im System Familie oder für die innerpsychische Stabilisierung des Kindes ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Die Diagnostik sollte an den (diesbezüglich aussagekräftigeren) DSM-IV/V-Kriterien ausgerichtet sein und insbesondere

¹ „Because a diagnosis of transsexualism in a prepubertal child cannot be made with certainty, we do not recommend endocrine treatment of prepubertal children.“ (Hembree et al. 2009)

die Abgrenzung tatsächlicher GIS/GD von lediglich Geschlechtsrollen-nonkonformem Verhalten (im Sinne einer Geschlechtsvarianz) im Blick haben.

Mittlerweile liegen einige systematische Fragebogen-Verfahren für die Diagnostik der GIS/GD im Kindesalter vor (Gender Identity Interview for Children – GIIC, Wallien et al. 2009; Gender Identity Questionnaire for Children – GIQC, Johnson et al. 2004; Utrecht Gender Dysphoria Scale – UGS, Cohen-Kettenis & van Goozen 1997), deren Validierung für den deutschsprachigen Raum jedoch noch aussteht.

Zusätzlich hat sich der Mensch-Zeichen-Test *ohne* Geschlechtsvorgabe als gutes projektives Verfahren zur Erfassung der Geschlechtsidentität bewährt: Die Mehrheit der Kinder zeichnet eine Person der eigenen Geschlechtsidentität (Fleming et al. 1979; Zucker et al. 1983; Rekers et al. 1990; Brems et al. 1993).

An ein – insgesamt seltenes – DSD/Intersex-Syndrom (z. B. einen 17 β -Hydroxysteroid-Dehydrogenase-Mangel oder ein 5- α -Reduktase-Mangel) sollte vor allem bei Mädchen mit GIS/GD gedacht und dies anamnestisch (und ggf. klinisch) ausgeschlossen werden (Bosinski 2005).

Therapie

Gegenwärtig werden **drei Behandlungswege für Kinder mit GIS/GD** praktiziert und diskutiert (Zucker 2008; Byne et al. 2012):

- (1) **Psychotherapie:** Ihr Ziel ist nicht eine „Umpolung“ der Geschlechtsidentität, sondern die Minderung des Leidensdrucks und die Minimierung einer als Risiko betrachteten transsexuellen Persistenz der GID/GD ins Jugend- und Erwachsenenalter, um so dem Kind eine massive Umwandlungsbehandlung zu ersparen. Es geht um die therapeutische Erarbeitung lebbarer Alternativen. Eine Übersicht über Behandlungssetting und –schritte, das sich am Vorgehen der von Zucker geleiteten Klinik für GIS im Kindes- und Jugendalter in Toronto (Kanada) orientiert, findet sich in Kasten 5 (s. auch Bosinski 2008).
- (2) **Abwartende Haltung:** Es wird nichts unternommen, um die Geschlechtsidentitätsentwicklung und das geschlechtsatypische Verhalten zu beeinflussen (weder bestärkend noch minimierend), der Fokus ist einzig auf die Minderung der Komorbidität und der Auswirkungen der

Ausgrenzungserfahrungen sowie auf die Steigerung des Selbstbewusstseins und der Selbstschätzung des Kindes gerichtet (z.B. Ehrensaft 2012).

Behandlung in „natürlicher Umgebung“/Peer-Group-Bezug

- Bestärkung gleichgeschlechtlicher Gruppenbeziehungen
- Verstärkung geschlechtstypischer und „geschlechtsneutraler“ Aktivitäten
- Limitierung geschlechtsatypischen / gegengeschlechtlichen Verhaltens
- „Geschlechterdialog“ zwischen Eltern und Kind, „Aushandeln“ von gestuften Formen des geschlechtsatypischen Auftretens (z.B. 1x/Woche zu Hause, nicht aber in der Öffentlichkeit etc.)

Therapeutische Arbeit mit den Eltern

- Rollenerwartungen und -modelle: Relativierung und Entängstigung
- Geschlechterwünsche – für sich selbst, für das Kind
- Aktivitäten mit dem Kind, Rolle des gleichgeschlechtlichen Elternteils
- Rollenkonflikte in der Beziehung?
- Funktionalität der kindlichen GIS/GD im System Familie?
- GIS/GD und sexuelle Orientierung – Abwehr homosexueller Entwicklungen?

Therapeutische Arbeit mit dem Kind

- Minderung des Leidensdruckes, Erfassung, kausale Zuordnung und therapeutische Bearbeitung komorbider Störungen
- Erfassung und Bearbeitung, ggf. Relativierung von Wünschen, Hoffnungen, Idealisierungen, Illusionen, Repräsentanzen der Geschlechterschemata, von Befürchtungen, Ängste, Konfusionen....
- Bearbeitung und Relativierung geschlechtsrollentypischer Stereotype und Zuschreibungen
- Erarbeitung von altersadäquaten alternativen Rollenmodellen und Kompromissbildungen zum Geschlechtsrollenverhalten

Kasten 5: Themen der therapeutische Arbeit mit Kind und Eltern, um die GIS/GD und die sie begleitenden Probleme zu lindern und das Risiko einer transsexuellen Persistenz zu minimieren

- (3) Transident-bestärkende Haltung:** Sie geht von der – empirisch unbelegten – Meinung aus, dass Kinder mit dem Vollbild der GIS/GD zukünftige Transsexuelle seien. Gelegentlich wird dabei auch auf – ebenfalls nicht belegte – biologische Vorfestlegungen der Geschlechtsiden-

tität (im Gehirn) rekurriert. Aus der zutreffenden Beobachtung, dass es für ein Kind belastend ist, in seinem Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, nicht ernst genommen zu werden, wird die kurzschlüssige Empfehlung abgeleitet, das Kind frühzeitig in Kleidung und Aufmachung des gewünschten Geschlechts auftreten zu lassen und es mit dem gewünschten Namen anzusprechen (auch in Kindergarten oder Schule).

Letztgenanntes Vorgehen wird von den Autoren mit der meisten klinischen Erfahrung im Umgang mit GIS/GD im Kindesalter kritisiert, da es zum einem dem Kind beinahe unmöglich macht, bei etwaigem Einstellungswandel (etwa der Entdeckung eigener homosexueller Wünsche) wieder in der ursprünglichen Zuweisungsrolle aufzutreten (Steensma & Cohen-Kettenis 2011², s.a. Korte et al.2008).

Zum zweiten geht diese „Therapie“ mehr oder weniger automatisch in eine pubertätsblockierende Hormon-Behandlung über (die von den Protagonisten dieses Vorgehens auch als völlig problemlos dargestellt wird), präjudiziert somit eine Persistenz der GIS/ GD zur Transsexualität und damit eine – mit Risiken und Nebenwirkungen behaftete – Transformationsbehandlung.

Fazit

- (1) GIS/GD im Kindesalter ist ein seltenes, jedoch für das einzelne Kind oft mit erheblichem Leidensdruck und diversen komorbiden Erscheinungen verbundenes Störungsbild.
- (2) Deshalb benötigen diese Kinder eine professionelle kinderpsychiatrische Diagnostik und ein ebensolches kinderpsychotherapeutisches Hilfsangebot, das auch das System Familie und die Peer-Group-Bezüge in den Blick nimmt.
- (3) Nur eine Minderheit der Kinder mit GIS/GD wird später transsexuell, die Mehrzahl wird homosexuell ohne Persistenz der GIS/GD.
- (4) Gegenwärtig verfügen wir nicht über sichere Kriterien, die es uns erlauben, diejenigen Kinder, bei denen die GIS/GD im Jugend- und Er-

² „Because the chances are high that the gender dysphoria will disappear by early adolescence, it seems advisable to be very careful when taking steps that are difficult to reverse.“ (Steensma & Cohen-Kettenis 2011)

wachsenenalter persistieren wird, von denjenigen zu unterscheiden, bei denen die GIS/GD vergehen wird.

- (5) Als entscheidend für die Differenzierung von (später transsexuellen) „Persistern“ und (später zumeist homosexuellen) „Desistern“ hat sich die Pubertät mit ihren psychosexuellen Erfahrungen erwiesen.
- (6) In Anbetracht dessen verbietet sich eine Pubertätsblockade in der Kindheit. Die hormonelle Blockade der Pubertät *vor* Erleben sexueller Entwicklungsschritte (Fantasien, Attraktion, Erregung) verhindert die Etablierung einer „eigenen“ Geschlechtsidentität – dazu gehört essenziell eine eigene Psychosexualität!
- (7) Überdies ist stets zu bedenken, dass die Annahme einer „Diagnose Transsexualität im Kindesalter“ (die es tatsächlich nicht gibt!) mit ihren somatomedizinischen Konsequenzen (Hormonbehandlung und Transformationschirurgie) zwar einen durchaus schwerwiegenden und komplikationsreichen Entwicklungsweg präformiert, der jedoch für einige Eltern (zumal mit archaisch-konservativem religiös-kulturellem Hintergrund) akzeptabler erscheint als eine als „sündhaft“ betrachtete Homosexualität.
- (8) Auch die Förderung eines frühzeitigen und vollständigen Geschlechtsrollenwechsels im Kindesalter erscheint vor diesem Hintergrund höchst problematisch: Zwar kann er zunächst zur Minderung des akuten Leidensdruckes beitragen. Prognostisch haben diese Kinder jedoch größte Schwierigkeiten, im weiteren Verlauf, etwa bei Wahrnehmung einer eigenen homosexuellen Orientierung, wieder in die ursprüngliche Geschlechterrolle zurück zu wechseln.
- (9) Es wäre fatal, wenn anstelle einer adäquaten kinderpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung dieser Kinder eine scheinbare „Easy-to-fix-Lösung“ im Sinne einer vorschnellen hormonellen Pubertätsblockade träte. Es ist zu hoffen, dass die gegenwärtig in der Überarbeitung befindlichen Leitlinien der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie für den Umgang mit GIS/GD im Kindesalter dem Rechnung tragen.

Literatur

- Achenbach, T. M., Edelbrock, C.S.* (1981): Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 46 (1): 1-82
- Achenbach, T. M., Edelbrock, C.S.* (1983): *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Alanko, K., Santtila, P., Harlaar, N., Witting, K., Varjonen, M., Jern, P., Johansson, A., von der Pahlen, B., Sandnabba, N. K.* (2010): Common Genetic Effects of Gender Atypical Behavior in Childhood and Sexual Orientation in Adulthood: A Study of Finnish Twins. *Arch Sex Behav* 39 (1): 81-92
- American Psychiatric Association (APA)* (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th Edition - Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Press
- American Psychiatric Association (APA)* (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd Edition (DSM-III). Washington DC: American Psychiatric Press
- Bailey, J. M., Zucker, K. J.* (1995): Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review. *Developmental Psychology*, 31, 43–55
- Blanchard, R., Zucker, K. J., Cavacas, A., Allin, S., Bradley, S. J., Schachter, D. C.* (2002): Fraternal birth order and birth weight in probably prehomosexual feminine boys. *Horm Behav* 41 (3): 321-327
- Bosinski, H.A.G.* (1996): Sexualmedizinische Untersuchungen zu Ursachen und Verlauf transsexueller Geschlechtsidentitätsstörungen. *Med. Habilschr. Mediz. Fakultät der CAU zu Kiel*
- Bosinski, H.A.G.* (2000): Determinanten der Geschlechtsidentität – Neue Befunde zu einem alten Streit. *Sexuologie* 7: 96-140
- Bosinski, H.A.G.* (2005): Psychosexuelle Probleme bei Intersex-Syndromen. *Sexuologie* 12: 31-59
- Bosinski, H.A.G.* (2008): Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter. In: Lauth, G.W., Linderkamp, F., Schneider, S., Brack, U. (Hrsg.): *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz-PVU, 2. Aufl., 432-443
- Bosinski, H.A.G., Arndt, R., Sippell, W. G., Wille, R.* (1996): Geschlechtsidentitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Nosologie und Epidemiologie. *Monatsschr Kinderheilkd* 144: 1235-1241
- Bradley, S. J., Steiner, B., Zucker, K., Doering, R. W., Sullivan, J., Finegan, J. K., Richardson, M.* (1978): Gender identity problems of children and adolescents: the establishment of a special clinic. *Can Psychiatr Assoc J* 23 (3): 175-183
- Bradley, S. J., Zucker, K. J.* (1997): Gender identity disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36 (7): 872-880

- Brems, C., Adams, R.L., Skillman, G.D.* (1993): Person drawings by transsexual clients, psychiatric clients, and nonclients compared: Indicators of sex-typing and pathology. *Arch Sex Behav* 22: 253-264
- Burri, A., Cherkas, L., Spector, T., Rahman, Q.* (2011): Genetic and environmental influences on female sexual orientation, childhood gender typicality and adult gender identity. *PLoS One* 6 (7): e21982
- Byne, W., Bradley, S.J., Coleman, E., Eyler, A.E., Green, R., Menvielle, E.J., Meyer-Bahlburg, H.F., Pleak, R.R., Tompkins, D.A.* (2012): Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of Gender Identity Disorder. *Arch Sex Behav* 41 (4): 759-796
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., Zucker, K. J.* (2003): Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol* 31 (1): 41-53
- Cohen-Kettenis, P.T. & van Goozen, S.H.* (1997): Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36 (2): 263-271
- Coolidge, F. L., Thede, L. L., Young, S. E.* (2002): The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behav Genet* 32 (4): 251-257
- Davenport, C.W.* (1986): A follow-up study of 10 feminine boys: *Arch Sex Behav* 15 (6): 511-517
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., Zucker, K. J.* (2008): A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol* 44 (1): 34-45
- Ehrensaft, D.* (2012): From Gender Identity Disorder to Gender Identity Creativity: True Gender Self Child Therapy. *J Homosexuality* 59 (3): 337-356
- Fleming, M.Z., Koocher, G., Nathans, J.* (1979): Draw-a-person test: Implications for gender identification. *Arch Sex Behav* 8: 55-61
- Fridell, S. R., Zucker, K. J., Bradley, S. J., Maing, D. M.* (1996): Physical attractiveness of girls with gender identity disorder. *Arch Sex Behav* 25 (1): 17-31
- Green, R. & Money, J.* (1961): Effeminacy in prepubertal boys. Summary of eleven cases and recommendations for case management. *Pediatrics* 27: 286-291
- Green, R. & Money, J.* (1966): Stage-acting, role-taking, and effeminate impersonation during boyhood. *Arch Gen Psychiatry* 15 (5): 535-538
- Green, R.* (1987): *The "Sissy Boy Syndrom" and the development of homosexuality.* New York: Yale University Press
- Hembree, W.C.* (2011): Guidelines for pubertal suspension and gender reassignment for transgender adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 20 (4): 725-732
- Iervolino, A. C., Hines, M., Golombok, S. E., Rust, J., Plomin, R.* (2005): Genetic and environmental influences on sex-typed behavior during the preschool years. *Child Dev* 76 (4): 826-840

- Johnson, L. L., Bradley, S. J., Birkenfeld-Adams, A. S., Kuksis, M. A., Maing, D. M., Mitchell, J. N., Zucker, K. J.* (2004): A parent-report gender identity questionnaire for children. *Arch Sex Behav* 33 (2): 105-116
- Knafo, A. & Spinath, F. M.* (2011): Genetic and environmental influences on girls' and boys' gender-typed and gender-neutral values. *Dev Psychol* 47 (3): 726-731
- Knafo, A., Iervolino, A. C., Plomin, R.* (2005): Masculine girls and feminine boys: genetic and environmental contributions to atypical gender development in early childhood. *J Pers Soc Psychol* 88 (2): 400-412
- Korte, A., Lehmkuhl, U., Goecker, D., Beier, K. M., Krude, H., Gruters-Kieslich, A.* (2008): Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Dtsch Arztebl Int* 105 (48): 834-841
- Lamminmaki, A., Hines, M., Kuiri-Hanninen, T., Kilpelainen, L., Dunkel, L., Sankilampi, U.* (2012): Testosterone measured in infancy predicts subsequent sex-typed behavior in boys and in girls. *Horm Behav* 61 (4): 611-616
- McDermid, S. A., Zucker, K. J., Bradley, S. J., Maing, D. M.* (1998): Effects of physical appearance on masculine trait ratings of boys and girls with gender identity disorder. *Arch Sex Behav* 27 (3): 253-267
- Meyenburg, B.* (2001): Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: Sigusch, V. (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart, New York: Thieme, 538-553
- Meyer-Bahlburg, H. F.* (2011): Transsexualism ("Gender Identity Disorder") - A CNS-Limited Form of Intersexuality? *Adv Exp Med Biol* 707: 75-79
- Rekers, G.A., Rosen, A.C., Morey, S.M.* (1990): Projective test findings for boys with gender disturbance: Draw-a-person test, it-scale, and make-a-picture story test. *Percept Motor Skills* 71: 771-779
- Sadjadi, S.* (2013): The Endocrinologist's Office-Puberty Suppression: Saving Children from a Natural Disaster? *J Med Humanit* 34(2), 255-260
- Singh, D.* (2012): A follow-up study of boys with Gender Identity Disorder. Doctoral Thesis. Department of Human Development and Applied Psychology; Ontario Institute for Studies in Education
- Steensma, T. D. & Cohen-Kettenis, P. T.* (2011): Gender transitioning before puberty? *Arch Sex Behav* 40 (4): 649-650
- Steensma, T. D., van der Ende, J., Verhulst, F. C., Cohen-Kettenis, P. T.* (2012): Gender Variance in Childhood and Sexual Orientation in Adulthood: A Prospective Study. *J Sex Med* (epub ahead of print)
- van Beijsterveldt, C. E., Hudziak, J. J., Boomsma, D. I.* (2006): Genetic and environmental influences on cross-gender behavior and relation to behavior problems: a study of dutch twins at ages 7 and 10 years. *Arch Sex Behav* 35 (6): 647-658
- Wallien, M. S. & Cohen-Kettenis, P. T.* (2008): Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47(12): 1413-1423

- Wallien, M. S., Quilty, L. C., Steensma, T. D., Singh, D., Lambert, S. L., Leroux, A., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Bradley, S. J., Cohen-Kettenis, P. T., Zucker, K. J. (2009): Cross-national replication of the gender identity interview for children. *J Pers Assess* 91 (6): 545-552
- Wallien, M. S., Swaab, H., Cohen-Kettenis, P. T. (2007): Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46 (10): 1307-1314
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). In: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Hrsg): Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Wood, H., Sasaki, S., Bradley, S. J., Singh, D., Fantus, S., Owen-Anderson, A., Di Giacomo, A., Bain, J., Zucker, K. J. (2013): Patterns of Referral to a Gender Identity Service for Children and Adolescents (1976 - 2011): Age, Sex Ratio, and Sexual Orientation. *J Sex Marital Therapy* 39 (1): 1-6
- Zucker, K. J., Beaulieu, N., Bradley, S. J., Grimshaw, G. M., Wilcox, A. (2001): Handedness in boys with gender identity disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 42 (6): 767-776
- Zucker, K. J., Bradley, S. J. (1998): Adoptee overrepresentation among clinic-referred boys with gender identity disorder. *Can J Psychiatry* 43 (10): 1040-1043
- Zucker, K. J., Bradley, S. J. (2003): Adoption in boys with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42 (6): 622
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Ben-Dat, D. N., Ho, C., Johnson, L., Owen, A. (2003): Psychopathology in the parents of boys with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42 (1): 2-4
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Sanikhani, M. (1997): Sex differences in referral rates of children with gender identity disorder: some hypotheses. *J Abnorm Child Psychol* 25 (3): 217-227
- Zucker, K. J., Wild, J., Bradley, S. J., Lowry, C. B. (1993): Physical attractiveness of boys with gender identity disorder. *Arch Sex Behav* 22 (1): 23-36
- Zucker, K.J. & Bradley, S.J. (1995): Gender identity disorders and psychosexual problems in children and adolescents. New York, London: Guilford Press
- Zucker, K.J. (1990): Psychosocial and erotic development in cross-gender identified children. *Can J Psychiatry* 35 (6): 487-495
- Zucker, K.J. (2008): Children with gender identity disorder: Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 56: 358-364
- Zucker, K.J., Finegan, J.A., Doering, R.W., Bradley, S.J. (1983): Human figure drawings of gender-problem children: A comparison to sibling, psychiatric, and normal controls. *J Abnorm Child Psychol* 11:287-298

- Zucker, K.J., Bradley, S.J., Ipp, M.* (1993): Delayed naming of a newborn boy: Relationship to the mother's wish for a girl and subsequent cross-gender identity in the child by the age of two. *J Psychol Human Sexuality* 6: 57-68
- Zuger, B., Taylor, P.* (1969): Effeminate behavior present in boys from early childhood. II. Comparison with similar symptoms in non-effeminate boys. *Pediatrics* 44 (3): 375-80
- Zuger, B.* (1966): Effeminate behavior present in boys from early childhood. I. The clinical syndrome and follow-up studies. *J Pediatr* 69 (6): 1098-1107
- Zuger, B.* (1970): The role of familial factors in persistent effeminate behavior in boys. *Am J Psychiatry* 126 (8): 1167-1170
- Zuger, B.* (1978): Effeminate behavior present in boys from childhood: ten additional years of follow-up. *Compr Psychiatry* 19 (4): 363-369

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski

Sektion für Sexualmedizin

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel

Tel.: 0431/597 3650

Fax: 0431/597 3984

Email: hagbosi@sexmed.uni-kiel.de