

In Anbetracht des Mangels an Erfahrungen im deutschsprachigen Raum und der (evtl. damit zusammenhängenden) Seltenheit von klinisch vorgestellten Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter ist die **Behandlung durch spezialisierte Therapeuten** dringend zu empfehlen (s. auch Bosinski 2000c).

Folgende **psychotherapeutische Settings** haben sich als hilfreich erwiesen (Zucker & Bradley 1995), wobei eine gewisse Methodenpluralität und ein *work in progress* unumgänglich ist:

Einzeltherapie: Ein Therapeut gleichen Geschlechts, der zugleich Rollenmodellcharakter bekommt, sollte eingesetzt werden. Die Therapie bezieht sich auf gemeinsame Spiel- (Zeichen-, Gesprächs-)aktivität, wobei geschlechtskonforme Verhaltensangebote gemacht und **adäquate Verhaltensweisen belohnt** werden (z.B. durch modifizierte *token economy*). Geschlechtsatypische Verhaltensweisen werden nicht beachtet bzw. – beiläufig – **unterbunden** (jedoch nicht sanktioniert).

Gruppentherapie sollte sowohl in der Kindergruppe als auch in einer Eltern-Kinder-Gruppe durchgeführt werden.

➤ **Kinder-Gruppentherapie:** Im Zusammenspiel mit einer gemischtgeschlechtlichen Kleingruppe (max. 5 Kinder, die nicht unbedingt das gleiche Störungsbild aufweisen sollten) werden vom begleitenden Therapeuten geschlechtstypische Spielangebote mit Rollen für beide Geschlechter (z.B. Vater-Mutter-Kind, Indianerdorf usw.) angeboten und ebenfalls **geschlechtskonforme Verhaltensweisen** des betroffenen Kindes durch Lob und Positionsgewinn **verstärkt**, nicht-konforme Verhaltensweisen nicht beachtet bzw. **unterbunden** (aber nicht sanktioniert!).

➤ **Eltern-Kinder-Gruppe:** Da sich Eltern von Kindern mit Geschlechtsidentitätsstörung mit ihrer Problematik häufig allein wähen und nicht sicher beurteilen können, was noch normal und was schon gestört ist, erscheint die Bildung einer Gruppe von Eltern mit betroffenen Kindern hilfreich. Dabei wäre neben dem Beratungs- und Informationsangebot und dem Austausch von Erfahrungen auch das begleitete Spiel der Kinder miteinander sowie die therapeutische Strukturierung von gemeinsamen Eltern-Kind-Aktivitäten zu organisieren. Auch hier werden **geschlechtskonforme** kindliche und zusätz-

lich identifikationsfördernde Eltern-Kind-Aktivitäten verstärkt und nach Sitzungsende nochmals mit den Eltern thematisiert.

Im Zentrum der **begleitenden Eltern-Einzel-Arbeit** stehen die in der Diagnostik-Phase ausgemachten **intrafamiliären Verstärker geschlechtsatypischen Verhaltens**. Hierbei kann das Führen von Tagebüchern bzw. Familienprotokollen hilfreich sein.

Hinweis von mut23:

Dieser Buchausschnitt entstammt folgendem gedruckten Werk:

Sexualmedizin

**Von Klaus M. Beier,
Hartmut A. G. Bosinski,
Kurt Loewit**

888 Seiten

Verlag: Elsevier, München;

Auflage: 2. A.

(1. September 2005)

ISBN-10: 3437228501

ISBN-13: 978-3437228506

Zu den Personen:

Klaus M. Beier

ist der Leiter des Sexualwissenschaftlichen Instituts der Charite Berlin und "lehrt" u.a. über sog. "Geschlechtsidentitätsstörungen".

Kenneth Zucker

ist Leiter des Zentrums für Addiction and Mental Health in Toronto. Ausserdem ist er der Kopf der Gruppe, welche die Einteilung von Transsexualität als Geisteskrankheit im Buch der psychischen Störungen, dem DSM, zu verantworten hat.

Dieser Gruppe gehört auch Friedemann Pfäfflin aus Ulm an.