

## 30 Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter

Längsschnittsuntersuchungen (Green 1987) von Jungen mit mädchenhaftem Verhalten im Kindesalter ergaben, dass 75 % später im Erwachsenenalter eine homosexuelle Orientierung ohne Geschlechtsidentitätsstörung aufwiesen. Ca. 20 % dieser Jungen waren im Erwachsenenalter heterosexuell ohne Geschlechtsidentitätsstörung und 5 % zeigten massive Symptome einer transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung im Erwachsenenalter. Die Studie zeigte außerdem, dass die Jungen im Kindesalter besonders unter Ausgrenzung und Hänseleien durch Gleichaltrige litten und komorbide, psychopathologisch relevante Symptome entwickelten. Aufgrund der Ergebnisse dieser in den 60er Jahren durchgeführten Untersuchung wurden *Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter* in beiden Klassifikationssystemen als eigenständige Störung aufgenommen.

### 30.1 Diagnostik bei Kindern

Die Diagnostik einer Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter sollte auf die Exploration, die Verhaltensbeobachtung und die endokrinologisch-pädiatrische Untersuchung zum Ausschluss eines Intersex-Syndroms gestützt sein. Die psychologisch-diagnostische Methodik wird hier als bekannt vorausgesetzt. Erwähnt werden soll jedoch, dass neben der Erhebung der Fremdanamnese durch beide Elternteile bei der Exploration des Kindes vor allem herausgefunden werden sollte, ob das Kind um die Existenz zweier Geschlechter weiß, ob es sie unterscheiden kann, ob es die Konstanz der Geschlechtszugehörigkeit kennt, wie es sich selbst einordnet

und welche Geschlechterrollenvorstellungen das Kind von Mädchen und Jungen hat. Auch sollten Lieblingsspielzeuge, Spielkameraden und Rollen-, Körper- und Kleidungsünsche erfragt werden.

#### 30.1.1 Klassifikation in der ICD-10

Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter werden in der ICD-10 unter der Kategorie F64.2 im Kapitel F6 („Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“) im Anschluss an die nur im Erwachsenenalter diagnostizierbare Transsexualität (F64.0) geführt (s. Tab. 24-1, S. 266 und 30-1, S. 296). Als diagnostisches Kriterium wird genannt, dass die Störung sich während der frühen Kindheit, d. h. noch lange vor der Pubertät, manifestiert haben muss. Ausdrücklich betont wird, dass es sich nicht um eine bloße Fehlanpassung an das stereotype sexuelle Rollenverhalten handeln darf und dass nicht nur eine bloße Knabenhaftigkeit bei Mädchen und ein mädchenhaftes Verhalten bei Jungen vorliegen darf, um die Diagnose zu stellen. Darauf hingewiesen wird auch, dass die Diagnose nach Erreichen der Pubertät nicht mehr gestellt werden darf. Nach dem Forschungskriterium D der ICD 10 muss die Störung mindestens 6 Monate vorliegen.

Unsicherheiten hinsichtlich der Geschlechtsidentität bei Heranwachsenden sind unter der Kategorie F66 „psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung“ zu klassifizieren. Als Unterkategorien werden die sexuelle Reifungskrise (F66.0), die ich-dystone Sexualorientierung (F66.1) und die sexuelle Beziehungsstörung (F66.2) genannt.

Eine sexuelle Reifungskrise ist nach den Ausführungen der ICD-10 dadurch gekennzeichnet, dass die betroffenen Jugendlichen unter einer Unsicherheit hinsichtlich ihrer Geschlechtsidentität oder der sexuellen Orientierung leiden, was zu Ängsten oder Depressionen führe. Solche Krisen kämen meist bei Heranwachsenden vor, die sich hinsichtlich ihrer homo-, hetero- oder bisexuellen Orientierung nicht sicher sind, aber auch bei Menschen, die nach einer Zeit scheinbar stabiler sexueller Orientierung die Erfahrung machen, dass sich ihre sexuelle Orientierung ändert. Bei der ich-dystonen Sexualorientierung (F66.1), so die Erläuterungen der ICD-10, ist die Geschlechtsidentität oder die sexuelle Präferenz zwar eindeutig, aber der Betroffene hat den Wunsch, sie wegen der damit verbundenen psychischen Verhaltens- oder Erlebensstörungen zu ändern und unterzieht sich möglicherweise deshalb einer Behandlung. Bereitet die Geschlechtsidentität bei der Aufnahme und der Aufrechterhaltung einer Beziehung mit einem Sexualpartner Probleme, so ist nach der ICD-10 die Diagnose F66.2 „sexuelle Beziehungsstörungen“ zu stellen.

Die Kategorien F66.0 oder F66.1 gelten als Ausschlussdiagnosen für eine Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter.

### 30.1.2 Klassifikation im DSM-IV-TR

Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter werden im DSM-IV-TR gemeinsam mit der Störung im Erwachsenenalter (302.85) beschrieben, aber unter der Nummer 302.6 kodiert. Bei Jugendlichen können die klinischen Merkmale abhängig vom individuellen Entwicklungsniveau denen des Kindes- oder denen des Erwachsenenalters ähneln. Die Kriterien und Kodierungen sollten dementsprechend angewendet werden.

Zur Diagnosestellung wird im DSM-IV-TR unter Kriterium A gefordert, dass mindestens

vier der in Tabelle 30-1 aufgeführten fünf Merkmale gegeben sein müssen. Kriterium B fordert, dass ein anhaltendes Unbehagen im Geburtsgeschlecht oder das Gefühl vorhanden sein muss, dass die Geschlechterrolle des eigenen Geschlechts als nicht die richtige empfunden wird, was sich bei Kindern durch verschiedene Äußerungen, die in Tabelle 30-1 (S. 296) wiedergegeben werden, zeigen kann. Kriterium C verlangt den Ausschluss eines somatischen Intersex-Syndroms und Kriterium D ein klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

## 30.2 Epidemiologie

Genaue Zahlen zur Prävalenz von Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter liegen nicht vor. Allerdings werden in ambulanten Einrichtungen Jungen drei- bis sechsmal häufiger wegen Geschlechtsidentitätsstörungen vorgestellt als Mädchen (Bosinski et al. 1996). Dies kann mit der größeren Toleranz gegenüber sich jungenhaft verhaltenden Mädchen zusammenhängen, aber nach Beier et al. (2005) auch damit, dass sowohl die pränatale somatosexuelle als auch die postnatale psychosexuelle Entwicklung beim männlichen Geschlecht komplizierter ist als beim weiblichen.

Nach Schätzungen beträgt die Prävalenz der Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter ca. 40:100.000. Bei ca. 700.000 Geburten pro Jahr wären demzufolge in Deutschland jährlich ca. 280 Kinder betroffen (Beier et al. 2005).

## 30.3 Ätiologie

Auch die Ursachen der Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter sind nur ungenügend geklärt.

Abweichende **biomedizinische** Befunde konnten bis auf die höhere Zahl älterer Brü-

der bei Jungen mit Geschlechtsidentitätsstörungen, die den Befunden bei erwachsenen homosexuell orientierten Männern entsprechen (Blanchard et al. 1995), nicht gefunden werden.

Bezüglich der **familiären Einflüsse** wird immer wieder eine wohlwollende Toleranz seitens der Eltern und oft auch der Großeltern gegenüber dem Cross gender-Verhalten der Kinder beschrieben. Bei Jungen wurden auch Hinweise auf größere Nähe und eine engere Beziehung zwischen Mutter und Sohn verbunden mit häufigerer Abwesenheit des Vaters gefunden, der damit weniger als männliches Identifikationsmodell zur Verfügung stand. Die Mütter der Jungen zeigten öfter Rollenunsicherheiten im eigenen Geschlecht sowie depressive und andere Persönlichkeitsstörungen. Mädchen wurden in der Regel zumindest bis zur Pubertät durch ihre Väter in ihrem „Wildfang“-Verhalten bestärkt, wobei sich dies in der Regel während und nach der Pubertät schlagartig änderte.

Hinsichtlich der Frage, ob Traumatisierungen und soziale Ängste bei der Entwicklung von Geschlechtsidentitätsstörungen eine Rolle spielen, zeigen Befunde, dass sie nur bei ca. 20 % der Betroffenen vor allem in Familien mit niedrigem Sozialstatus nachzuweisen sind (Meyenburg 2001, Fiedler 2004). Aus den dargestellten Befunden zur Familiensituation lassen sich allerdings keinerlei Kausalzusammenhänge schlussfolgern, denn bei der überwiegenden Zahl von Kindern mit ähnlichen Sozialisationsbedingungen liegen keine Geschlechtsidentitätsstörungen vor.

Jungen mit und ohne Geschlechtsidentitätsstörungen zeigen hinsichtlich einiger **Temperamenteigenschaften** Unterschiede. So wurde in Untersuchungen gefunden, dass geschlechtsidentitätsgestörte Jungen ein niedrigeres Aktivitätsniveau haben und aggressive und kämpferische Spiele eher vermeiden (s. auch Kap. 2.2.5). Hier könnten genetische und hormonelle Einflüsse vorliegen, auf die in Kapitel 4.2 hingewiesen wurde.

## 30.4 Symptomatik bei Kindern

Kinder mit Geschlechtsidentitätsstörungen äußern von sehr früher Kindheit (2.–4. Lebensjahr) an, dass sie mit ihrem eigenen Geschlecht nicht zufrieden sind und dass sie lieber dem anderen Geschlecht zugehören möchten. Sie beschäftigen sich beständig mit Tätigkeiten, Spielen oder Aufmachung des anderen Geschlechts und lehnen die Aktivitäten und äußeren Merkmale des eigenen Geschlechts ab. Auch bevorzugen sie in ausgeprägter Weise Spielgefährten des anderen Geschlechts (s. Tab. 30-1). Besonders Jungen sind etwa ab dem Alter von 7 oder 8 Jahren Hänseleien und sozialen Ausgrenzungserfahrungen ausgesetzt, durch die ein Leidensdruck entsteht, charakteristischerweise aber nicht aus der Geschlechtsidentitätsstörung selbst. Mädchen sind weniger von sozialer Ächtung und Spott betroffen als Jungen. Typischerweise werden die Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung aufgrund der Besorgnis der Eltern, dass „diese Phase“ nicht vorübergeht, einer Beratungsinstitution vorgestellt.

In seltenen Fällen ist bei beiden Geschlechtern die Geschlechtsidentitätsstörung mit einem anhaltenden Nichtanerkennen des angeborenen Geschlechts verbunden. In solchen Fällen behaupten Mädchen z. B., dass sie einen Penis haben oder einen bekommen werden, oder sie lehnen es ab, sitzend zu urinieren, Brüste zu bekommen und zu menstruierten. Bei Jungen kann es zu Äußerungen kommen wie, dass sie sich körperlich zu Frauen entwickeln werden, dass die Geschlechtsteile abstoßend seien und verschwinden werden oder dass es besser wäre, keinen Penis und keine Hoden zu haben.

Tab. 30-1 Diagnostik von Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter

DSM-IV-TR 302.6	ICD-10 F64.2
<p>A. Bei Kindern manifestiert sich das Störungsbild durch vier (oder mehr) der folgenden Merkmale:</p> <p>(1) wiederholt geäußertes Verlangen oder Bestehen darauf, dem anderen Geschlecht anzugehören,</p> <p>(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,</p> <p>(3) starke und andauernde Neigung zum Auftreten als Angehöriger des anderen Geschlechts in Phantasie- und Rollenspielen oder anhaltende Phantasien über die eigene Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht,</p> <p>(4) intensives Verlangen nach Teilnahme an Spielen und Freizeitbeschäftigungen, die für das andere Geschlecht typisch sind,</p> <p>(5) ausgeprägte Bevorzugung von Spielgefährten des anderen Geschlechts.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• anhaltendes und starkes Unbehagen über das angeborene Geschlecht</li> <li>• starker Wunsch oder die Beteuerung, dem anderen Geschlecht anzugehören</li> <li>• beständige Beschäftigung mit der Kleidung oder den Aktivitäten des anderen Geschlechts oder eine Ablehnung des eigenen Geschlechts</li> <li>• Manifestation typischerweise erstmals im Vorschulalter oder während der frühen Kindheit, jedoch immer lange vor der Pubertät,</li> <li>• Das Cross dressing erzeugt keine sexuelle Erregung.</li> <li>• Während der ersten Schuljahre kommt es meist zu einer sozialen Ächtung, die in den späteren Jahren der Kindheit durch demütigenden Spott der anderen Jungen ihren Höhepunkt erreicht.</li> <li>• Bei Jungen kann offenkundig feminines Verhalten während der frühen Adoleszenz nachlassen.</li> <li>• Etwa ein bis zwei Drittel der Jungen mit einer Geschlechtsidentitätsstörung in der Kindheit weisen während und nach der Adoleszenz eine homosexuelle Orientierung auf; im Erwachsenenleben entwickeln sehr wenige einen Transsexualismus.</li> <li>• Mädchen mit Geschlechtsidentitätsstörungen erleben meist nicht denselben Grad sozialer Ächtung wie Jungen, obwohl sie unter Neckereien in der späten Kindheit oder Adoleszenz leiden können.</li> </ul>
<p>B. Anhaltendes Unbehagen im Geburtsgeschlecht oder Gefühl der Person, dass die Geschlechtsrolle des eigenen Geschlechts für sie nicht die richtige ist.</p> <p>Bei Kindern ist das Störungsbild durch eines der folgenden Merkmale gekennzeichnet:</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die meisten Mädchen geben das übertriebene Verlangen nach männlichen Aktivitäten oder Kleidung auf, wenn sie sich der Adoleszenz nähern, einige behalten eine männliche Identifikation und können später eine homosexuelle Orientierung zeigen.</li> <li>• In seltenen Fällen ist bei beiden Geschlechtern die Geschlechtsidentitätsstörung verbunden mit einem anhaltenden Nichtanerkennen des angeborenen Geschlechts. Bei Mädchen kann sich dies in der wiederholten Behauptung äußern, dass sie einen Penis haben, oder einer wachsen wird. Sie lehnen es ab, sitzend zu urinieren, Brüste zu bekommen und zu menstruieren. Bei Jungen kann sich dies in der wiederholten Behauptung äußern, dass sie sich körperlich zu Frauen entwickeln werden, dass Penis und Hoden abstoßend seien und verschwinden werden und dass es besser wäre, keinen Penis und keine Hoden zu haben.</li> </ul>

Tab. 30-1 Fortsetzung

DSM-IV-TR 302.6	ICD-10 F64.2
C. Das Störungsbild ist nicht von einem somatischen Intersex-Syndrom begleitet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charakteristischerweise behaupten Kinder mit Geschlechtsidentitätsstörungen, dadurch nicht beunruhigt zu sein, trotzdem können sie durch Konflikte mit den Erwartungen ihrer Familie und ihrer Altersgenossen oder durch Neckereien bzw. Ablehnung verstört sein.</li> <li>• In ambulanten Einrichtungen kommen Störungen der Geschlechtsidentität bei Mädchen seltener vor als bei Jungen; nicht bekannt ist, ob sich diese Geschlechtsverteilung auch in der Durchschnittsbevölkerung findet.</li> </ul>
D. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.	<p><b>Differenzialdiagnose:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Erreichen der Pubertät darf diese Diagnose nicht mehr gestellt werden.</li> <li>• Bloße Knabenhaftigkeit bei Mädchen und ein mädchenhaftes Verhalten bei Jungen reicht zur Diagnosestellung nicht aus.</li> </ul> <p><b>Ausschlussdiagnosen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sexuelle Reifungskrise (F66.0)</li> <li>• ich-dystone Sexualorientierung (F66.1)</li> </ul>

## 30.5 Verlaufsprognosen bei Kindern und Jugendlichen

Bei ca. 20 % der Jungen lässt das mädchenhafte Verhalten während der frühen Adoleszenz nach und es entwickelt sich eine heterosexuelle Geschlechtspartnerorientierung mit einer dem biologischen Geschlecht entsprechenden Identität. Bei etwa drei Viertel der Jungen mit einer Geschlechtsidentitätsstörung in der Kindheit entwickelt sich während und nach der Adoleszenz eine homo- oder bisexuelle Orientierung, jedoch ohne gleichzeitige Identitätsstörung. Nur bei ca. 5–6 % (Zucker und Bradley 1995) entsteht im zunehmenden Alter eine transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörung. Auch von den meisten Mädchen wird das Cross-gender-

Verhalten aufgegeben, wenn sie sich der Adoleszenz nähern. Nur einige wenige behalten eine männliche Identifikation bei und können später eine homosexuelle Orientierung zeigen. Diesbezügliche Prozentsätze sind allerdings bisher nicht bekannt.

Wie bei den Erwachsenen handelt es sich auch bei Störungen der Geschlechtsidentität in der Kindheit nicht um ein homogenes Störungsbild.

Wie erwähnt ist eine spätere Transsexualität im Unterschied zu den anderen möglichen Entwicklungen eine Verlaufsform, die nur eine kleine Minderheit betrifft.

In seltenen Fällen können Geschlechtsidentitätsstörungen und Geschlechtsdysphorie bis ins hohe Erwachsenenalter hinein andauern, wobei manchmal auch noch später ein Coming out in Richtung Homosexualität, Bisexualität oder Transsexualität auftreten kann.