

# 1 Einführung

Die feste innere Gewissheit, nicht dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht, sondern dem Gegengeschlecht anzugehören, bezeichnen wir als Transidentität. Häufig verwendet wird auch der Begriff transgender, der den nur schwer in die deutsche Sprache übersetzbaren angloamerikanischen Begriff »gender« aufnimmt; »gender« beschreibt das psychisch empfundene Geschlecht im Gegensatz zum »sex«, dem körperlichen Geschlecht. Der Begriff transgender erlaubt zudem die Einführung des Gegenbegriffs »cisgender«, also die Übereinstimmung des bei Geburt zugewiesenen und des psychisch erlebten Geschlechts. Analog hat bereits 1995 Sigusch den Begriff »zisexuell« als Gegensatz zu dem mittlerweile nicht mehr verwendeten Begriff »transsexuell« geprägt. Die Begriffe Transsexualität und Transsexualismus werden heute als irreführende und nicht mehr angemessene Bezeichnungen angesehen, da es um die Geschlechtsidentität geht, nicht um die Sexualität. Ein anhaltendes und starkes Unbehagen und Leiden am eigenen biologischen Geschlecht wird heute als Geschlechtsdysphorie bezeichnet; dieser Begriff (gender dysphoria) wird auch im Klassifikationssystem DSM-5 der American Psychiatric Association (APA, 2013) verwendet. Die Weltgesundheitsorganisation WHO führte in ihrem neuen Klassifikationssystem für Krankheiten ICD-11 (WHO, 2018) den Begriff Geschlechtsinkongruenz (gender incongruence) ein.

In der Mehrzahl wünschen transidente Menschen, in allen Lebensbereichen als Person des von ihnen empfundenen Geschlechts zu leben, sie wünschen geschlechtsangleichende medizinische Behandlungen bis hin zu einer operativen Genitalkorrektur. Daneben gibt es aber auch Menschen, die sich einer binären Geschlechterordnung nicht zuschreiben lassen, dementsprechend auch keine oder nur eine partielle geschlechtsangleichende Behandlung wünschen und daher seltener in klinischen Behandlungszentren vorstellig werden; sie bevorzugen für sich die Begriffe »transgender« oder »nicht-binär«. Seltener gesehen werden weiterhin Personen mit wechselndem Geschlechtszugehörigkeitsempfinden, die sich als »gender fluid« bezeichnen (► Tab. 1.1).

Um die stark angewachsene Geschlechtervielfalt und die vielfältigen Formen transidenter Entwicklungen angemessen zu beschreiben, wird in diesem Band das sog. Gender-Sternchen verwendet, wenn mehr als ein Geschlecht beschrieben werden soll, z. B. Patient\*innen. Das alternativ häufig verwendete große Binnen-I (PatientInnen) und der sog. Gender-Gap (Patient\_innen) schreiben im Gegensatz zum Gender-Sternchen die Geschlechtsbinarität fest und werden daher hier nicht verwendet.

Bei Erwachsenen sind transidente Entwicklungen lange bekannt; schon 1926 wurde erstmals über geschlechtsangleichende Operationen berichtet (Mühsam,

Tab. 1.1: Trans\*Nomenklatur

Begriff	Erläuterung
Transidentität	Gewissheit, dem Gegengeschlecht anzugehören
Transsexualität, Transsexualismus, transsexuell	alte Bezeichnung für Transidentität
Geschlechtsdysphorie	psychisches Leiden am biologischen Geschlecht
Geschlechtsinkongruenz	Auseinanderfallen von körperlichen Geschlechtsmerkmalen und Geschlechtsidentität
nicht-binäre Geschlechtsidentität	Geschlechtsidentität jenseits der Dichotomie männlich-weiblich
gender-fluide Geschlechtsidentität	wechselnde Geschlechtsidentität
transgender	sich nicht dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht zugehörig empfindend
cisgender	Übereinstimmung von körperlichen Geschlechtsmerkmalen und Geschlechtsidentität

1926). Transidente Kinder und Jugendliche wurden jedoch kaum beachtet. Erst in den späten 1970er und 1980er Jahren wurde systematisch begonnen, Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie zu behandeln. Es wurden Therapiezentren in New York, Toronto, London, Amsterdam, in Deutschland in Frankfurt, Hamburg, Berlin und in neuerer Zeit in Münster, Leipzig, München, Aachen und Würzburg aufgebaut, bis in die 1990er Jahre noch mit dem Ziel einer Heilung der Transidentität. Es stellte sich jedoch heraus, dass viele transidente Kinder und insbesondere Jugendliche an ihrem inneren Geschlechtszugehörigkeitsempfinden festhielten, nicht »heilbar« waren. Zudem stieg die Zahl Behandlungssuchender transidenter Kinder und Jugendlicher seit der Jahrtausendwende sehr stark an.

In Deutschland bestehen nur sehr wenige spezialisierte Behandlungszentren, nur selten sehen sich Kinder- und Jugendpsychiater\*innen und Psychotherapeut\*innen in der Lage, diese Patient\*innen zu behandeln, sodass lange Zeiten der Suche nach einem Therapieplatz die Folge sind. Sehr oft führt dies zu großer Verzweiflung und starkem psychischen Leiden bis hin zu Suizidalität. Wünschenswert und Anliegen dieses Bandes ist es, Kenntnisse über transidente Entwicklungen im Kindes- und Jugendalter zu vermitteln und psychiatrisch und psychotherapeutisch tätige Kolleg\*innen zu ermutigen, diese Patient\*innen zu behandeln. Dazu gehören auch Kenntnisse über mögliche medizinische geschlechtsangleichende Behandlungen und rechtliche Aspekte, die deshalb ebenfalls in diesem Band dargestellt werden. Für Transidente ist es wichtig, dass ihre Therapeut\*innen mit der Thematik erfahren sind, andernfalls kommt es häufig zu dem Gefühl nicht verstanden zu werden und nicht die richtige Hilfe zu erhalten.

## 2 Erscheinungsbilder

Bei vielen in Spezialsprechstunden, kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen und Praxen vorgestellten Behandlungssuchenden finden sich neben der regelhaft vorliegenden Geschlechtsdysphorie kaum psychische Störungen. Die gewünschte geschlechtsangleichende Behandlung führt bei den Betroffenen meistens zu einem Verschwinden zuvor vorhandener geschlechtsdysphorischer Auffälligkeiten wie Depressionen, selbstverletzendes Verhalten und Suizidgedanken. Allerdings liegen bei etwa der Hälfte der Betroffenen doch erhebliche weitere psychische Auffälligkeiten vor, die eine Behandlung sehr erschweren sowie ein regelhaftes Einhalten von Leitlinienempfehlungen unmöglich machen können.

Als Beispiele dargestellt werden psychisch unauffällige und auffällige transidente Kinder und Jugendliche, Beispiele von persistierenden und desistierenden Verläufen, weiterhin Beispiele von nicht-binären transidenten Entwicklungen und sog. fluider Transidentität, die zunehmend häufig beobachtet werden, wohl immer in größerer Zahl vorhanden waren, es in der Vergangenheit aber nicht wagten, Transidentitätssprechstunden aufzusuchen oder dies als nicht notwendig ansahen.

In den Überschriften werden bei Geburt dem weiblichen Geschlecht zugewiesene, sich als Jungen empfindende Kinder als Transjungen, bei Geburt dem männlichen Geschlecht zugewiesene, sich als Mädchen empfindende Kinder als Transmädchen bezeichnet. Bei Jugendlichen mit klarem geschlechtsbinärem Verlauf wird das in der wissenschaftlichen Literatur übliche Kürzel FtM (Female-to-Male) bzw. MtF (Male-to-Female) verwandt, um nicht die sprachlich unschöne und umständliche Bezeichnung »Transjugendlicher, geburtsgeschlechtlich weiblich resp. männlich« einführen zu müssen.

### 2.1 Erscheinungsbilder in der Kindheit

#### 2.1.1 Transjunge mit persistierendem Verlauf: Max

Vorgestellt wurde der siebenjährige, geburtsgeschlechtlich weibliche Max, der durchgehend seit der frühesten Kindheit den Wunsch geäußert hatte, als Junge zu leben. Max wirkte bereits sehr überzeugend wie ein Junge, dieses auf-

grund seiner Kleidung, seiner kurz geschnittenen Haare und seiner Gestik, Mimik und Sprache. Verbal drückte er sich klar und überzeugend jungenhaft aus, selbst seine Tonlage war bereits die eines Jungen.

Die Vorstellung erfolgte auf Anraten seiner Klassenlehrerin in der Grundschule. Hier trat er bereits weitgehend als Junge auf, er hatte nur Jungen als Freunde, spielte am liebsten Fußball, ging nur auf die Jungentoiletten. Zum Sportunterricht zog er sich bei den Lehrer\*innen um, anfangs hatte er sich nur bei den Jungen umziehen wollen. Angesprochen wurde er allerdings noch mit seinem weiblichen Vornamen Clara, er wurde aber von den Mitschülern »der Clara« genannt.

Die Eltern hatten sich drei Jahre zuvor getrennt. Max lebte bei seiner Mutter, die seine jungenhaften Interessen tolerierte. Zum Vater, der einen Bauernhof besaß, hatte Max regelmäßigen Kontakt. Sehr gerne half er seinem Vater bei der Arbeit, am liebsten fuhr er mit auf seinem Traktor und half beim Pflügen der Felder. Auch versorgte er mit Vorliebe die Pferde und Schafe, die der Vater auf seinem Hof hielt. Vom Vater wurde Max allerdings nicht als Junge akzeptiert, er versuchte dagegen zu arbeiten, wollte beispielsweise Max' Wunsch nicht tolerieren, nur die Männertoiletten zu aufzusuchen. Der Vater berichtete, Max werde daraufhin aber sehr verschlossen und bockig, weshalb er schließlich doch nachgab, um sein Kind nicht zu verlieren.

Die psychiatrische Untersuchung ergab neben der Geschlechtsdysphorie keine Auffälligkeiten. Der kognitive Entwicklungsstand war sehr gut. Befragt nach bevorzugten Spielinteressen benannte Max jungentypische Spiele wie Fußball, Spielen mit Autos und Eisenbahn, abgelehnt wurden mädchenstypische Interessen wie Spielen mit Puppen, Ballett und Tanz. Als Menschenzeichnung fertigte er die eines lachenden Jungen an, nach Aufforderung, eine Figur des Gegengeschlechts zu zeichnen, die eines böse dreinschauenden Mädchens.

Wir stellten nach ICD-10 die Diagnose »Geschlechtsidentitätsstörung des Kindesalters«, empfahlen eine ergebnisoffene Therapie, weiterhin, dass Max in der Schule zunächst noch mit seinem Mädchennamen angesprochen werden sollte, um hiermit noch keine richtungsweisende Entscheidung zu treffen. Es sollte allerdings kein Versuch unternommen werden, Max aktiv zum Mädchen sein hinzuführen. Seine Jungeninteressen sollten weiterhin akzeptiert werden.

Wieder vorgestellt wurde Max drei Jahre später im Alter von zehn Jahren. Der Wunsch, als Junge zu leben, bestand unverändert. Es war ein kurzer Therapieversuch unternommen worden. Max lehnte die Therapie jedoch bald ab, auch seine Therapeutin sah angesichts der unverändert nicht vorhandenen psychischen Auffälligkeiten keinen Sinn darin, Max zu einer Therapie zu zwingen. Max war weiterhin sozial sehr gut eingebunden, er hatte viele Freunde und besuchte weiter seinen Fußballverein. Auf Betreiben seiner ihn durchgehend sehr engagiert unterstützenden Klassenlehrerin war vom Jugendamt eine Integrationshelferin zur Verfügung gestellt worden, die Max im Alltagsleben unterstützte, als Junge auftreten zu können, z. B. in seinem Verein.

Die familiäre Situation war unverändert. Max unterhielt weiter regelmäßige Kontakte zum Vater, auf dessen Hof er wie zuvor am liebsten mit auf dem

Traktor fuhr. Der Vater akzeptierte es nur widerstrebend, dass Max bereits weitgehend als Junge lebte. Er wurde von ihm weiterhin mit seinem weiblichen Vornamen angesprochen.

Max war sehr besorgt, weil erste leichte weiblich-pubertäre Veränderungen wie Vergrößerung seiner Mamillen (Brustwarzen) eingetreten waren.

Angesichts der sehr eindeutigen transidenten Entwicklung empfahlen wir, Max solle nach dem in Kürze anstehenden Schulwechsel voll in der männlichen Geschlechtsrolle leben, nur noch mit seinem männlichen Vornamen gerufen werden. Er sollte somit gänzlich in die Phase der Alltagserprobung eintreten. Dieses gelang auch problemlos, die weiterführende Gesamtschule verhielt sich sehr kooperativ.

Ein Jahr darauf, im Alter von elf Jahren, wurde nach vorausgehender pädiatrisch-endokrinologischer Untersuchung eine pubertätshemmende Hormonbehandlung begonnen. Es war zu einem leichten, allerdings kaum sichtbaren Brustwachstum gekommen, die Menarche war noch nicht eingetreten. Max befand sich somit im Tanner-Stadium II, ab dem nach AWMF- und WPATH-Leitlinien (► Kap. 3) diese Therapie empfohlen wird. Für Max war diese Therapie sehr entlastend. Er konnte weiter mit Badehose schwimmen gehen, er wurde und wird bis heute allgemein problemlos als Junge akzeptiert. Es kam jedoch zu einem Zerwürfnis mit dem Vater, der ihn bis heute nicht als Junge akzeptiert, ihn weiterhin betont als Clara ansprach, solange noch Kontakt bestand. Da das Sorgerecht bei der Mutter lag, konnte der Vater die von ihm abgelehnte pubertätshemmende Behandlung nicht verhindern.

Zuletzt vorgestellt wurde Max ein weiteres Jahr später im Alter von gut zwölf Jahren. Er war groß gewachsen, er wirkte älter als seinem kalendarischen Alter entsprechend. Auffallend war seine recht tiefe männliche Stimme. Max hatte zusammen mit seiner Mutter den Antrag auf Vornamens- und Personenstandesänderung nach dem sog. Transsexuellengesetz gestellt, notwendig hierfür waren zwei Fachgutachten. In beiden Gutachten wurde eine mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit unumkehrbare transidente Entwicklung attestiert, dem Antrag wurde stattgegeben.

Als nächster Schritt stand jetzt der Beginn der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung mit Androgenen an, für die bei Max angesichts des sehr klaren, zweifelsfreien Verlaufs seiner transidenten Entwicklung die in den Leitlinien (noch) empfohlene Altersgrenze von 16 Jahren sicher unterschritten werden konnte. Wichtig ist es in dieser Entwicklungsphase, es transidenten Jugendlichen zu ermöglichen, nicht auffällig hinter die pubertäre Entwicklung in ihrer Peergruppe zurückzufallen.

Max ist ein Beispiel eines sich psychisch gesund entwickelnden Transjungen mit einem seine Transidentität klar ablehnenden Elternteil. Diese Situation ist insbesondere bei getrennt lebenden Eltern nicht selten anzutreffen und erfordert intensivere Elternarbeit. Es wurden hier zusätzliche Beratungsgespräche mit den Eltern durchgeführt, in denen der Versuch unternommen wurde, den sich ablehnend verhaltenden Vater davon zu überzeugen, es werde zu starkem Leiden führen, wolle man Max davon abhalten, in dem von ihm als richtig empfunde-

nen männlichen Geschlecht zu leben. Im Allgemeinen versuchen wir dieses den Eltern zu verdeutlichen, indem wir sie beispielsweise auffordern sich vorzustellen, sie würden gezwungen, als Person des Gegengeschlechts zu leben. Wo möglich empfehlen wir auch, die an vielen Orten bereits existierenden Selbsthilfegruppen aufzusuchen.

Leider gelang es bei Max nicht, den Vater von seiner ablehnenden Haltung abzubringen, es kam zum Bruch der Beziehung. Es lag allerdings das alleinige Sorgerecht bei der Mutter, so dass der Vater die Behandlung nicht verhindern konnte. Liegt das Sorgerecht bei beiden Eltern, ergibt sich eine sehr schwierige Situation. In manchen Fällen ist die einzig mögliche Lösung der Gang zum Familiengericht, um dem ablehnenden Elternteil das Sorgerecht zu entziehen. Begründet werden kann dieses mit einer erheblichen Gefährdung der seelischen Gesundheit des Kindes, falls eine geschlechtsangleichende Behandlung nicht zugelassen wird.

### 2.1.2 Transmädchen mit persistierendem Verlauf: Lena

Die zehnjährige Lena wurde von ihrer alleinerziehenden Mutter vorgestellt. Lena berichtete, sie sei seit der frühesten Kindheit fest davon überzeugt gewesen ein Mädchen zu sein. Die Schule habe sie zunächst noch auf Drängen der Mutter als Junge gekleidet besucht. Ab der zweiten Klasse habe sie aber darauf bestanden, die Schule als Mädchen zu besuchen. Seitdem lebe sie durchgehend als Mädchen. Der Rollenwechsel habe laut Mutter zu einer deutlichen psychischen Entlastung Lenas geführt, wenn auch andere Kinder zunächst sehr negativ darauf reagiert hätten, sie beschimpft hätten. Gebessert habe sich dieses nach einem Klassenwechsel.

Der Mutter war es anfangs schwergefallen, die weibliche Identität ihres Kindes zu akzeptieren. Eine Erzieherin im Kindergarten habe ihr sehr geholfen und sei auch sehr hilfreich gewesen, kompetente Behandler\*innen zu finden. Lena wurde bei mehreren mit der Thematik Transidentität erfahrenen Fachärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen vorgestellt, auch in einer Beratungsstelle für Transidentität. Niemand habe Zweifel an der transidenten Entwicklung geäußert. Von einem ebenfalls konsultierten pädiatrischen Endokrinologen war jedoch vor der anstehenden pubertätshemmenden Behandlung und aufgrund des jungen Alters das Einholen einer Zweitmeinung von einer/einem Gender-Spezialist\*in empfohlen worden.

Zur Vorgeschichte der Identitätsentwicklung berichtete die Mutter, dass Lena schon in der frühesten Kindheit in die Schuhe der Mutter schlüpfte, fantasievoll mit Tüchern weibliche Kleidung imitierte, gerne die Haare lang tragen wollte. Dieses ließ die Mutter ab dem Alter von vier Jahren auch zu. Auf alten Fotos, auf denen Lena noch mit kurzgeschnittenen Haaren zu sehen war, wollte sie sich heute nicht wiedererkennen, das sei nicht sie! Bevorzugt habe sie Mädchenspielsachen wie Puppen, gespielt habe sie meist mit Mädchen. Auch im Kindergarten waren ihre mädchenhaften Interessen sofort auffällig. Sie habe leidenschaftlich gerne in der Puppenecke gespielt, sich immer

als Mädchen gekleidet, habe verlangt, nur mit ihrem Mädchennamen Lena gerufen zu werden. Nur sehr ungern habe sie sich im ersten Schuljahr als Junge gekleidet; von der Mutter war befürchtet worden, sie werde ausgegrenzt, komme in eine soziale Außenseiterposition. Zu Beginn der zweiten Klasse habe sie dann ihr Lieblingskleid angezogen und sei nur noch als Mädchen aufgetreten.

Lena war ein schmalwüchsiges, noch recht kindlich wirkendes Mädchen. Sie trug engsitzende Mädchenhosen, einen pinkfarbenen Wollpullover mit Glitzersteinen, ihre blonden Haare trug sie lang. Mehrfach flocht sie während des für sie viel zu lang dauernden Untersuchungsgesprächs daraus Zöpfe. In Gestik, Mimik und Sprachduktus wirkte sie sehr authentisch mädchenhaft.

Sie berichtete, meist gut als Mädchen anerkannt zu werden. Es gebe aber doch Schüler\*innen, die »ganz schlimme Sachen« über sie sagten. Sie benannte eine große Zahl von besten Freundinnen, die alle Bescheid wüssten und sie gut akzeptierten. In der Schule kleide sie sich zum Sportunterricht bei den Mädchen um. Ihre Schulleistungen seien sehr gut, sie komme sicher aufs Gymnasium. Sie sei stellvertretende Klassensprecherin.

Die psychiatrische Untersuchung ergab keinerlei Auffälligkeiten. Altersentsprechend wirkte Lena noch kindlich, jedoch waren Ansätze pubertärer Interessen sichtbar, beispielsweise betont modisch-mädchenhaftes Auftreten. Themen wie Liebe, Sexualität waren sehr schambesetzt. Einer ihrer größten Wünsche sei es, dass ihre Brüste (wie schon bei einigen ihrer Freundinnen) wüchsen.

In einem in der Frankfurter Sprechstunde entwickelten Interessenwahlverfahren für transidente Kinder wählte sie bevorzugt mädchentypische Interessen wie Schmuck, Kosmetik, Tanz, abgelehnt wurden jungentypische Interessen wie Autos, Eisenbahn, Kampfsport. In einem ebenfalls in der Frankfurter Sprechstunde entwickelten Eigenschaftswahlverfahren schrieb sie sich sowohl weiblich als auch männlich konnotierte Eigenschaften zu: warmherzig, brav, kinderlieb, aber auch technisch begabt, stark, mutig und durchsetzungsfähig.

Gerade dieses nicht geschlechtsstereotype Selbstbild, ihr eindeutig mädchenhaftes Erscheinungsbild und Auftreten, ihr Insistieren, nur als Mädchen die Schule besuchen zu wollen und der durchgehende Verlauf seit der frühesten Kindheit ließen keine Zweifel an einer Transidentität aufkommen. Empfohlen wurde der Beginn einer pubertätshemmenden Behandlung nach den AWMF-Leitlinien nach Erreichen des pubertären Tanner-Stadiums II (► Kap. 3). Dieses war nach Einschätzung des pädiatrischen Endokrinologen in spätestens einem Jahr zu erwarten, somit im 11. Lebensjahr Lenas. Im weiteren Verlauf war bei Lena sicher zu erwarten, dass schon vor dem 16. Lebensjahr die Behandlung mit weiblichen Sexualhormonen begonnen wurde, um ihr eine halbwegs normale pubertäre Entwicklung zu ermöglichen. Dieses geschah auch bereits im Alter von 14 Jahren; Lena war zuvor in zwei Gender-Zentren vorgestellt worden. Heute (2019) steht sie kurz vor einer genitalangleichenden plastisch-chirurgischen Behandlung, die mit Erreichen der Volljährigkeit geplant ist.

Lena befand sich bereits in psychotherapeutischer Behandlung. Sie ist jedoch wie Max ein Beispiel dafür, dass eine Regelbehandlung bei ihr nicht notwendig ist. Ausreichend ist bei ihr eine niedrigfrequente Begleitung in monatlichen Abständen, so dass eine zeitnahe Anbindung im Krisenfall gewährleistet ist.

Es folgen zwei Beispiele desistierender transidenter Entwicklungen, beide bei geburtsgeschlechtlichen Jungen. Die Intensität des Wunsches, als Mädchen zu leben war unterschiedlich stark ausgeprägt; eben diese Intensitätsausprägung wird oftmals als prädiktiver Faktor für eine Persistenz transidenter Entwicklungen angesehen. Bei beiden Jungen war sie deutlich weniger intensiv ausgeprägt als bei den beiden vorausgehenden Beispielen für persistierende transidente Entwicklungen.

### 2.1.3 Transmädchen mit desistierendem Verlauf: Alex

Der fünfjährige Alex wurde in der Transidentitätssprechstunde vorgestellt, weil er seit dem zweiten Lebensjahr wünschte, eine Hexe möge kommen, die ihn zu einem Mädchen mache. Alex liebte Puppen, rosafarbene Kleider, er spielte am liebsten mit Mädchen, daheim am liebsten mit seiner Puppenküche. Er liebte Windeln, zog sich auch selbst Windeln an und sagte, er wäre gerne ein Baby. Er trug jedoch in der Öffentlichkeit durchgehend Jungenkleidung. Zudem war er sehr trennungsängstlich. Die Mutter klagte, sie könne nicht einmal alleine die Wäsche aufhängen, denn Alex habe Angst, dass sie nicht zurückkomme. In letzter Zeit zeige er aber doch auch Interesse an Jungenspielen wie Lego und Fußball.

Alex ist Einzelkind, er lebte mit seiner Mutter und deren Partner. Vom Vater trennte sich die Mutter nach Alex' zweitem Geburtstag. Der Vater war Arzt, ein sehr maskuliner Mann, zu dem Alex engen Kontakt hielt. Ein Trennungsgrund war die berufsbedingte häufige Abwesenheit des Vaters. Selbst wenn er daheim gewesen sei, habe er sich viel zurückgezogen und seinen Hobbies gewidmet. Der Vater wurde von Alex ungemein verehrt, er sei »sein Gott«. Vom Vater wurden Alex' feminine Interessen wie lange Haare und Lackieren von Fuß- und Fingernägeln stark missbilligt, woraufhin Alex dieses aufgab.

Alex war ein hübscher, fröhlich und unbeschwert wirkender Junge. Zunächst mochte er nicht über seine Interessen an Mädchendingen sprechen, er äußerte dann aber doch, er wäre viel lieber ein Mädchen, wenn er noch einmal auf die Welt kommen könnte. Befragt nach seinen Spielinteressen nannte er sowohl mädchentypische Interessen wie das Puppenhaus und Handarbeiten als auch jungentypische Interessen wie Fußball, Waffen, Klettern.

Alex wurde ein Jahr lang psychotherapeutisch behandelt, parallel fanden Gespräche mit beiden Elternteilen statt. Angeboten wurden in den wöchentlichen Therapiestunden sowohl Mädchenspielsachen wie Puppen und ein Puppenhaus als auch Jungenspielsachen wie Fußball, Autos. Sehr rasch ging sein Interesse an Mädchendingen zurück, es war sehr schnell eine eher überschießende männliche Identifizierung sichtbar wie kräftiger Händedruck, fast rü-



pelhaftes Gebaren. Dieses überschießend männliche Gebaren milderte sich im Verlauf der Therapie ab, Alex war am Ende gänzlich positiv jungenhaft identifiziert.

Dazu bei trug sicher, dass es im Laufe des Therapiejahres zu einer schrittweisen Ablösung von dem überidealisierten Vater gekommen war, als der neue Lebenspartner der Mutter, ein deutlich weicher als der Vater wirkender Mann, an die Stelle des leiblichen Vaters getreten war.

14 Jahre später konnten wir anlässlich einer Katamnesestudie mit dem jetzt 21-jährigen Alex telefonieren. Er lebte mit einer Freundin zusammen, hatte einen handwerklichen Beruf erlernt. Er hatte keinerlei Erinnerung an die Behandlung in unserer Klinik mehr.

Es lag bei Alex keine grundlegende Identifizierung mit dem Gegengeschlecht vor, vielmehr ist anzunehmen, dass die Phase femininer Interessen eine Reaktion auf die Trennung der Eltern war. In Alex' Erleben wurden starke Männer von der Mutter abgelehnt, er suchte Sicherheit in der weiblichen Rolle. In seinem Inneren blieb er jedoch männlich identifiziert, es kam zu einem schnellen Rückgang seiner femininen Interessen nach Beginn der Therapie mit einem hierauf offen reagierenden Therapeuten und auch nach Ablösung vom leiblichen Vater und Annäherung an den weicheren Stiefvater. Die Diagnose einer transidenten Entwicklung war somit bei Alex als in atypischer Form vorliegend zu stellen, denn es lag keine feste innere Überzeugung vor, dem Gegengeschlecht anzugehören.

Die besondere familiäre Dynamik machte in Alex' Fall eine intensivere familientherapeutische Arbeit besonders wichtig. Sie half Alex, eine gesündere Beziehung zum zuvor überidealisierten Vater zu finden und sich somit sicherer in seiner männlichen Identität zu fühlen. In der Einzeltherapie mit Alex war sicher auch das Geschlecht des Behandlers von Bedeutung, mit dem sich Alex zu identifizieren begann. Es liegt hier eine ähnliche Entwicklung wie bei dem von Ralph Greenson (1966) behandelten Jungen vor, bei dem als wesentliche Dynamik, die zur Auflösung des transidenten Wunsches führte, die »dys-identification from mother« beschrieben wird. Anzumerken ist jedoch, dass das Geschlecht des Therapeuten in der Regel nicht bedeutsam ist, es sind keine Unterschiede der Behandlungsergebnisse weiblicher vs. männlicher Therapeut\*innen bekannt.

### 2.1.4 Transmädchen mit desistierendem Verlauf: Noah

Der sechsjährige Noah wurde von seinen Eltern vorgestellt, weil er den Wunsch hatte, ein Mädchen zu sein. Schon im frühesten Kindesalter war aufgefallen, dass er gerne lange Frauenstiefel anzog. In seinem Zimmer seien nur Mädchenspielsachen zu finden, insbesondere viele Barbiepuppen und Ponymäppchen. Die Eltern berichteten, Noah sei ein sehr fantasiereiches Kind, stundenlang könne er sich in Fantasiegeschichten hineinversenken. Meistens übernehme er dann die Rolle eines Mädchens oder einer Frau. Im Kindergar-

ten spiele er bevorzugt mit Mädchen. Zum Fasching habe er sich als Zauberer oder als Hexe verkleidet. Er singe und tanze gern, sei sogar bei einer größeren Veranstaltung auf die Bühne gesprungen und habe ein Schlagerlied einer bekannten Sängerin gesungen. Dieses sei nach Ansicht der Eltern so besonders erstaunlich gewesen, weil er sonst ein eher schüchternes Kind sei. In letzter Zeit habe Noah verstärkt, fast täglich, den Wunsch geäußert als Mädchen zu leben, er wolle kein Junge mehr sein, sich den Penis abschneiden. Besorgt waren die Eltern wegen der jetzt bevorstehenden Einschulung, denn Noah hatte schon den Wunsch geäußert, in Mädchenkleidern in die Schule zu gehen.

Noah ist der jüngere von zwei Söhnen, der drei Jahre ältere Bruder entwickelte sich unauffällig jungenhaft, sei beispielsweise ein begeisterter Fußballspieler, was Noah gar nicht möge. Beide Eltern sind Akademiker, arbeiteten im Wirtschaftsbereich.

Noah war ein altersgemäß entwickelter Junge, er verhielt sich sehr kommunikationsfreudig. Er war jungenhaft gekleidet, trug kurze Hosen und ein T-Shirt. Die Haare trug er mittellang. In Gestik und Mimik wirkte er nicht auffällig feminin, teilweise sogar deutlich jungenhaft, wenn er sich durchzusetzen versuchte und rief: »Endlich aufhören hier!«

Noah berichtete er wisse, warum er hier sei: er solle erzählen, dass er lieber ein Mädchen sein wolle. Das stimme auch. Er berichtete, er spiele am liebsten mit Mädchenspielsachen, insbesondere mit Barbiepuppen und Playmobilfiguren. Gerne möchte er zaubern können. Seine drei magischen Wünsche waren:

1. viel Geld, davon würde er viel Essen kaufen, Barbiepuppen und noch mehr Ponyfiguren,
  2. ein Schloss,
  3. lange Haare,
- spontan fügte er noch die Wünsche nach »ganz schönen Stöckelschuhen« und einem hübschen Kleid hinzu.

Noah war sehr wohl in der Lage, die anatomischen Geschlechtsunterschiede zu benennen. Er wünschte, seinen Penis weg haben zu wollen. Vorteile, einen Penis zu haben, konnte er nicht benennen.

Noah schien nicht interessiert, einen Mädchennamen zu führen. Er habe sich auch noch keinen Mädchennamen ausgedacht. Er werde überall mit seinem Jungennamen gerufen.

Formal war nach Abschluss der Erstuntersuchung zwar (nach ICD-10) die Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung des Kindesalters zu stellen. Mehrjährig durchgehend hatte Noah den Wunsch geäußert, ein Mädchen sein zu wollen, er wünschte den Penis abgeschnitten zu bekommen. Andererseits war auffällig, dass Noah nicht daran dachte, sich mit einem Mädchennamen ansprechen zu lassen, wie es sehr häufig bei Kindern mit persistierendem Verlauf der Fall ist (siehe vorausgehender Fall Lena). Auch wirkte er vom äußeren Erscheinungsbild, von Gestik und Mimik her jungenhaft. Diskutiert wird zudem seit langer Zeit, ob eine Verlaufsprognose aufgrund der Aussagen gemacht werden kann, dass der *Wunsch* geäußert wird, dem Gegengeschlecht anzugehören, oder aber die feste innere Überzeugung, ein Kind des Gegengeschlechts zu *sein* (wie im Fall Lenas). Hierzu liegen jedoch keine validen Studien vor, hilfreich