

Lost in Transition:

Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter



Alexander Korte ¹

für die Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, -therapie und -wissenschaft
DGSMTW e.V.

Miriam J. Nagel ¹, Heinrich Schmidt ², Stefan Siegel ^{3,4}, Klaus M. Beier ³, Hartmut A.G. Bosinski ⁵

1. Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Universität München (LMU)

2. Abteilung Pädiatrische Endokrinologie, Haunersches Kinderspital München (LMU)

3. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

4. Evangelische Hochschule Nürnberg, 5. Praxis für Sexualmedizin, Kiel

Übersicht

1. Prävalenzanstieg?

Veränderte Sex-Ratio – »Rapid-onset gender dysphoria«

2. Persistenz?

Katamnesen – Verlauf Geschlechtsdysphorie bei Minderjährigen

3. Pubertätsblockade?

Risiken frühzeitiger Hormonbehandlung – Ethische Überlegungen

4. Perspektive?

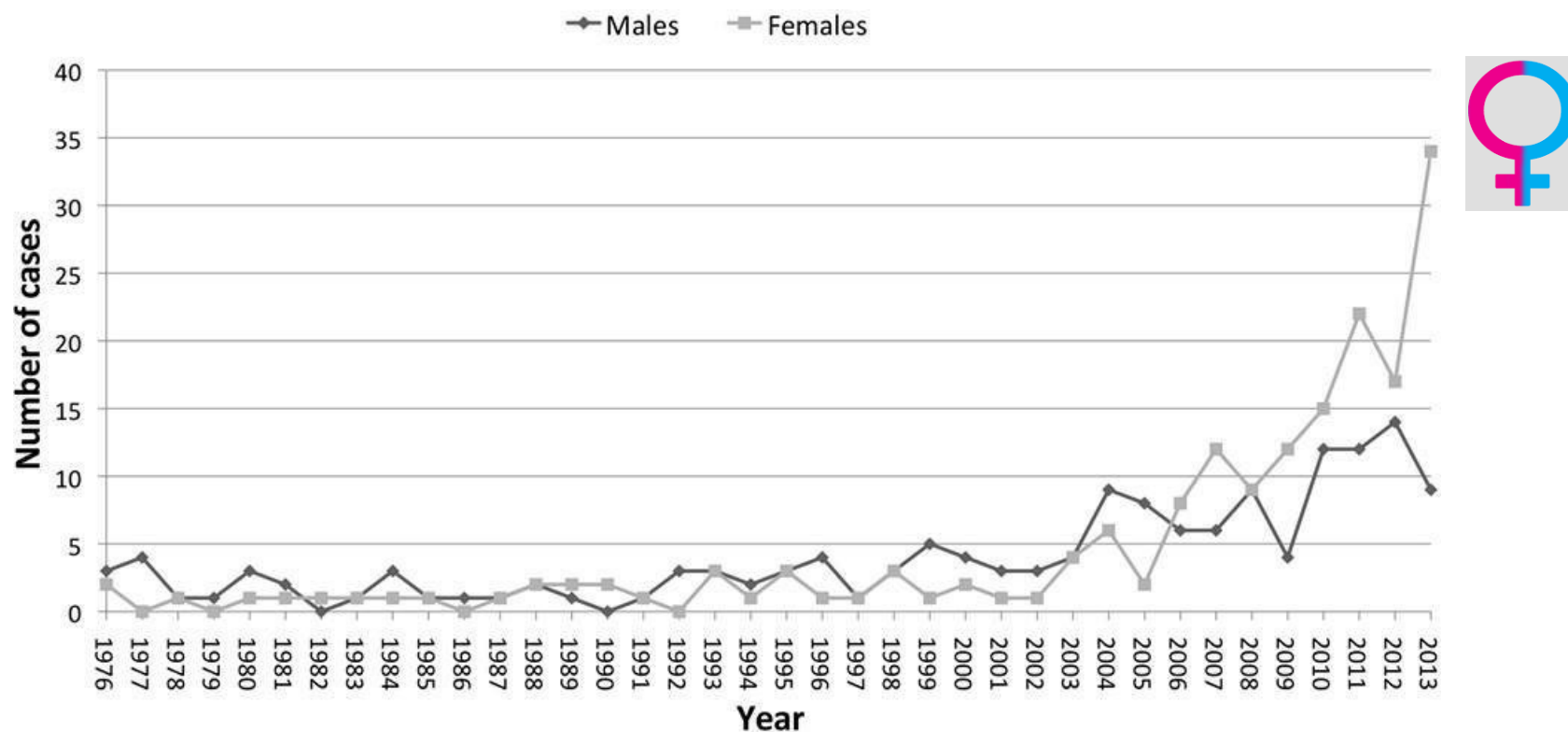
Zusammenfassung & Fazit – Ausblick



Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria

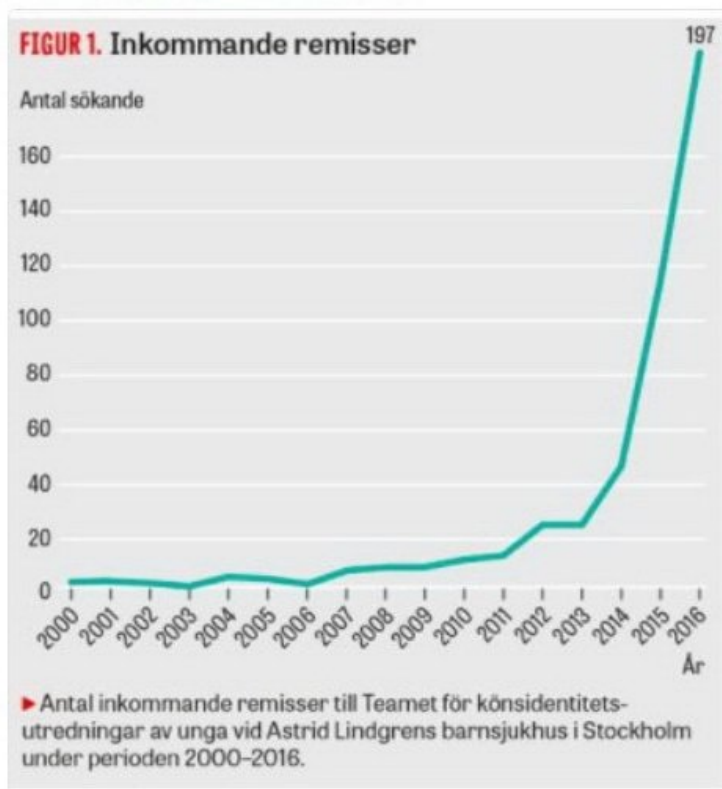
[Aitken M](#)¹, [Steensma TD](#), [Blanchard R](#), [VanderLaan DP](#), [Wood H](#), [Fuentes A](#), [Spegg C](#),
[Wasserman L](#), [Ames M](#), [Fitzsimmons CL](#), [Leef JH](#), [Lishak V](#), [Reim E](#), [Takagi A](#), [Vinik J](#), [Wreford J](#),
[Cohen-Kettenis PT](#), [de Vries AL](#), [Kreukels BP](#), [Zucker KJ](#).

[J Sex Med.](#) 2015 Mar;12(3):756-63. doi: 10.1111/jsm.12817.



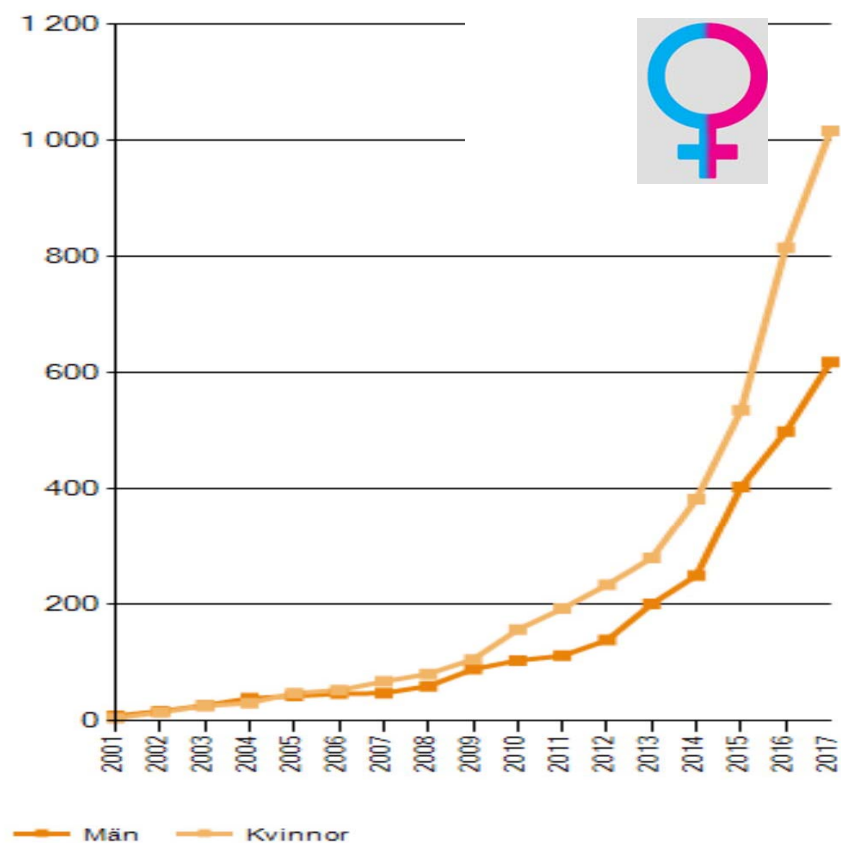


The annual number of referrals to the gender dysphoria specialist team at the Astrid Lindgren Children's Hospital in Stockholm. Article in Swedish: lakartidningen.se/Klinik-och-vet...



Quelle: <http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-over-sikt/2017/02/Kraftig-okning-av-konsdysfori-bland-barn-och-unga/>

Diagnoser i öppen vård, Antal patienter, F64
Könsidentitetsstörningar, Riket, Ålder: 5-24



Quelle: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_paro/val.aspx

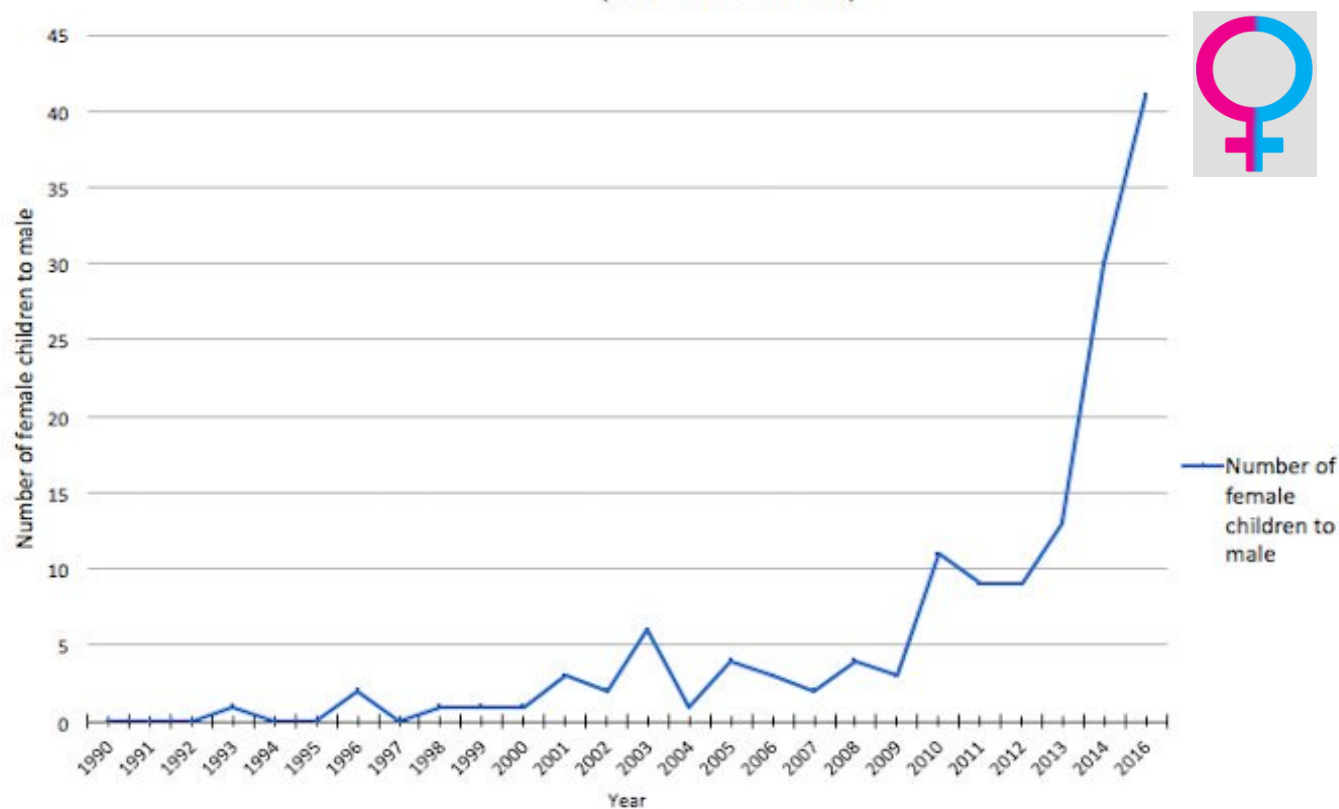


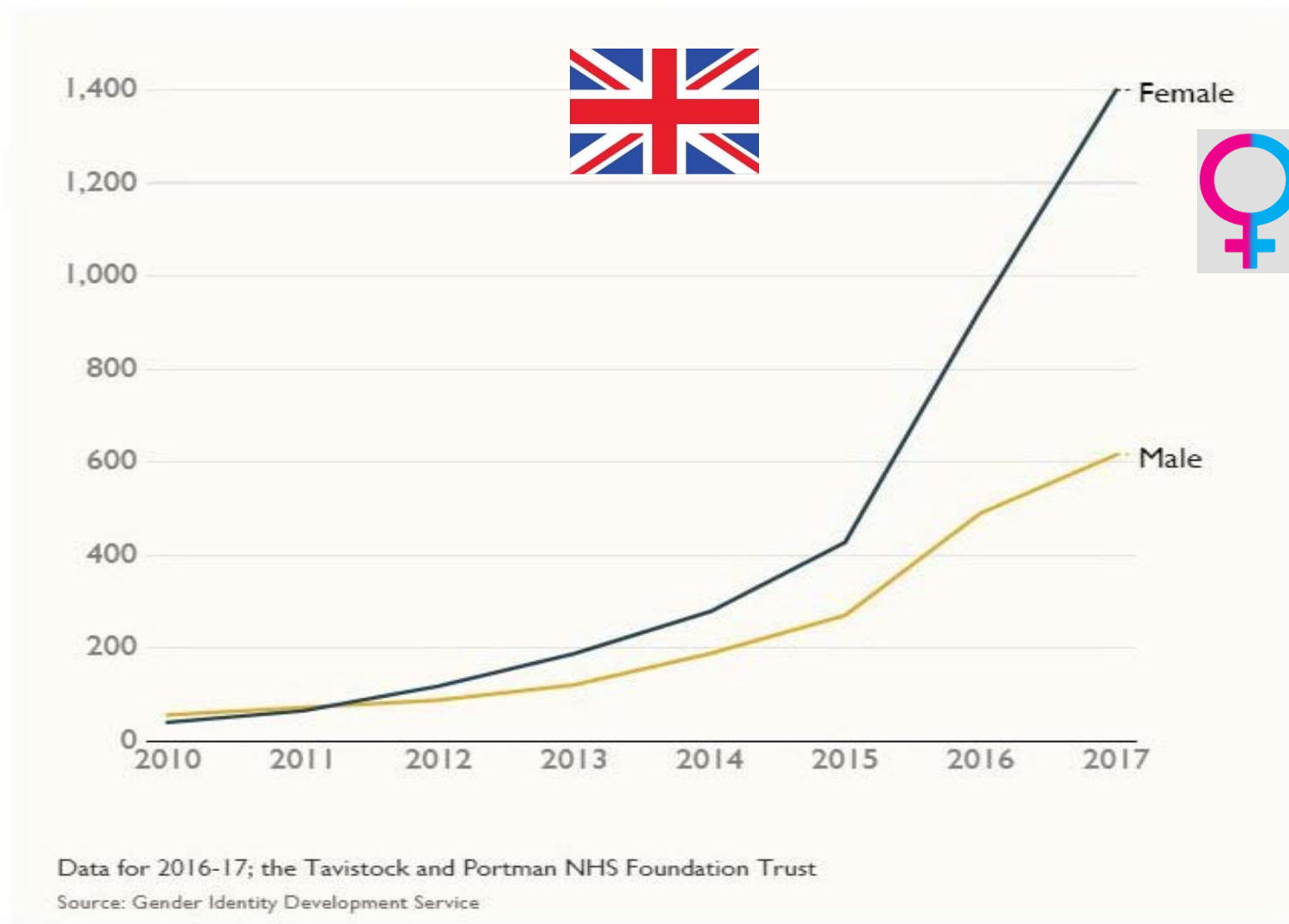
Increasing rates of people identifying as transgender presenting to Endocrine Services in the Wellington region.

[Delahunt JW](#)¹, [Denison HJ](#)², [Sim DA](#)³, [Bullock JJ](#)⁴, [Krebs JD](#)⁵

[N Z Med J.](#) 2018 Jan 19;131(1468):33-42.

Number of females identifying as transgender presenting to the Wellington Endocrine Service each year (1990 to end of 2016):





Ursachen für diese Entwicklung (Inversion) der Sex-Ratio? Ungeklärt!

***Rapid-onset gender dysphoria*: plötzliches trans-Outing in der Adoleszenz**

→ *ohne vorausgegangene GD / Geschlechtsinkongruenz bereits während der Kindheit*

(LITTMAN, 2018: »*social and peer contagion [87%]*«, »*binge-watching Youtube transition videos*«)

Übersicht

1. Prävalenzanstieg?

Veränderte Sex-Ratio – ›Rapid-onset gender dysphoria‹

2. Persistenz?

Katamnesen – Verlauf Geschlechtsdysphorie bei Minderjährigen

3. Pubertätsblockade?

Risiken frühzeitiger Hormonbehandlung – Ethische Überlegungen

4. Perspektive?

Zusammenfassung & Fazit – Ausblick

Ergebnisse Langzeit-Katamnesen



Vier methodisch aufwendigere Follow-Up-Studien neueren Datums:

(1) DRUMMOND et al., 2008; 2017 (Gender Clinic Toronto, CAN)



- **N= 25** Kinder mit GD-Symptomatik, geburtsgeschlechtlich weiblich
Erstvorstellung zwischen 1975-2007; GID-Diagnose bei 66,6%, GID-Symptome bei 33,3% (davon 4 DSD)
Einschlusskriterien: zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung mind. 17 Jahre alt, Teilnahmeeinwilligung, Kontaktherstellung möglich – hohe Drop-out-Rate (ursprünglich N=71)!
Kinder waren bei Erstkontakt zwischen 3-12 Jahre alt; Nachuntersuchung erfolgte 3-27 Jahre später
- lediglich (2+1=) 3/25 (**12 %**) waren als **GD-›Persister‹** zu werten, 22/25 (**88 %**) als **›Desister‹**
4/25 Mädchen gaben zum Follow-Up-Zeitpunkt eine **homo-**, 2/25 eine **bisexuelle Orientierung** an;
hoher Anteil (2/3) an komorbiden psychiatrischen Störungen zum Follow-Up (DRUMMOND et al., 2017)

(2) SINGH, 2012 (Gender Clinic Toronto, CAN)

- **N= 139 (!)** Kinder mit GD, geburtsgeschlechtlich männlich
Erstvorstellung zwischen 1975-2009; GID-Diagnose (DSM-III/IV) bei n=88, GID-Symptome bei n=51
- lediglich 12/88 (**13,6 %**) **›Persister‹** versus 76/88 (**86 %**) **›Desister‹**
unter den Jungen, die nur einzelne GID-Symptome zeigten: 5/51 (9,8 %) **›Persister‹**

Ergebnisse Langzeit-Katamnesen

[Forts.]



(3) WALLIEN & COHEN-KETTENIS, 2008 (Utrecht Gender Clinic, NL)



- **N= 77** Kinder mit GID; geburtsgeschlechtlich weiblich N=18, männlich N=59 ;
die Kinder waren bei Erstkontakt zw. 5-12 Jahre alt, Nachuntersuchung erfolgte 10 Jahre später
- ›**Persister**‹-Rate insgesamt (über beide Geschlechter): **27 %**
geburtsgeschlechtlich weiblich: 9/18 (**50 %**) ›**Persister**‹ *versus* 9/18 (**50 %**) ›**Desister**‹
geburtsgeschlechtlich männlich: 12/59 (**20,3 %**) ›**Persister**‹ *versus* 47/59 (~**80 %**) ›**Desister**‹
- Mehrzahl der ›**Desisters**‹ gab zum Follow-Up-Zeitpunkt eine **homosexuelle Orientierung** an

(4) STEENSMA & COHEN-KETTENIS, 2008; 2012 (Gender Clinic Amsterdam, NL)

- **N= 246** Kinder mit Geschlechtsdysphorie, geburtsgeschlechtliche Jungen & Mädchen;
Verwendung der *Utrecht Gender Dysphoria Scale* (12 Items, Range 1–5) und *CBCL-Items* 5 und 110
- lediglich 39/246 (**15,8 %**) ›**Persister**‹ *versus* 207/246 (**84,2 %**) ›**Desister**‹

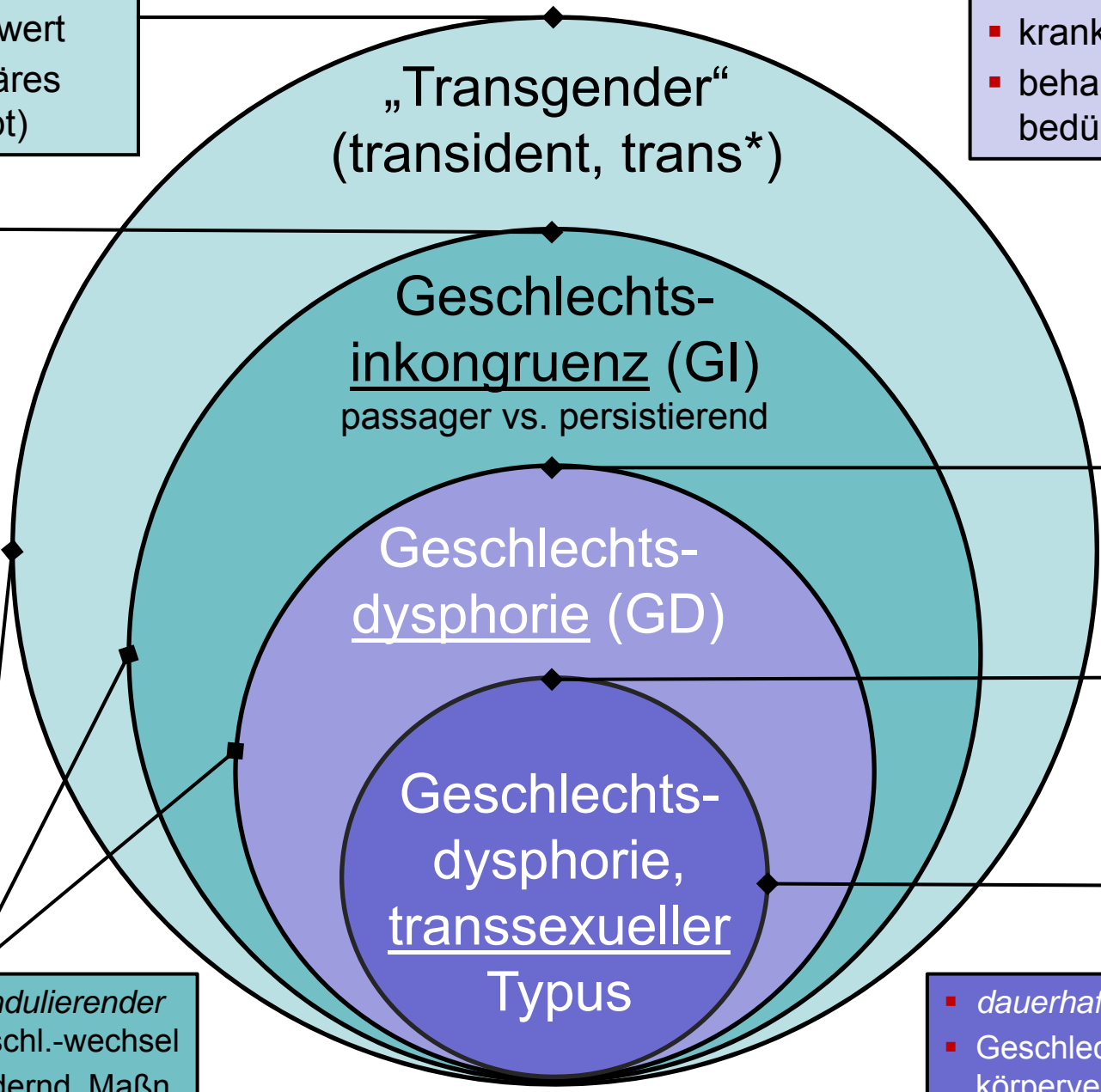


GD im Kindesalter ist ein stärkerer Prädiktor für die spätere Manifestation einer homosexuellen Orientierung als für eine spätere Transsexualität!

(STEENSMA *et al.*, 2011/2013)

- Varianten der Geschlechtsidentität
- Ø Krankheitswert
- (ggf. non-binäres Rollenkonzept)

- klinisch relevanter Leidensdruck
- krankheitswertig
- behandlungsbedürftig/ berechtigt

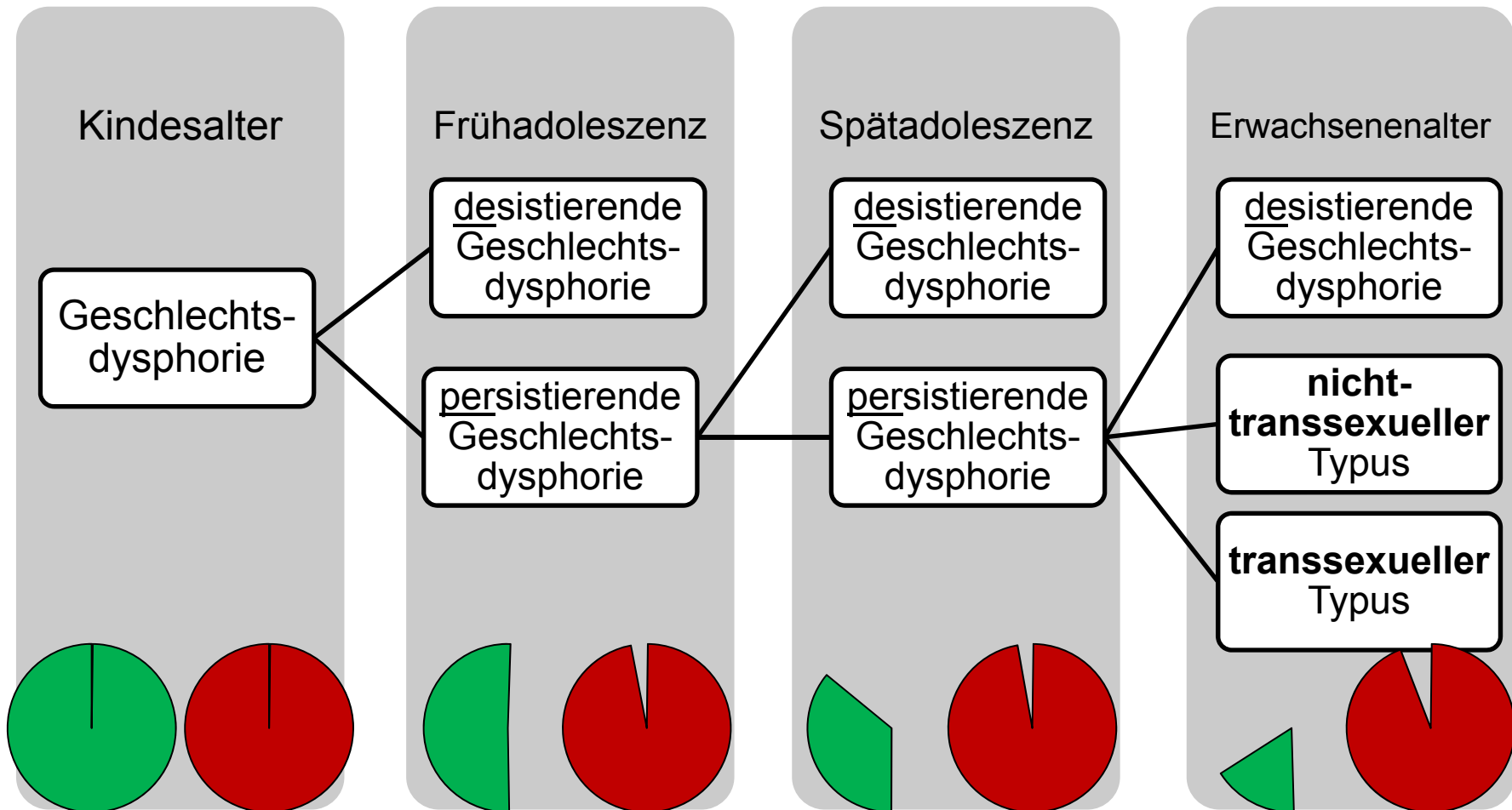


- *temporärer / undulierender Wunsch n. Geschl.-wechsel*
- Ø körperverändernd. Maßn.

- *dauerhaft / irreversibel*
- Geschlechtsangleichung, körperverändernd. Maßn.

Entwicklungsverläufe GD: Persistenzrate

von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter **ohne** vs. **mit** Pubertätsblockade (GnRHa)



„No adolescent withdrew from puberty suppression, and all started cross-sex hormone treatment“ (DE VRIES AL *et al.* (2011): Puberty suppression in adolescents with gender identity

disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med*, 8(8):2276-83. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x)

Übersicht

1. Prävalenzanstieg?

Veränderte Sex-Ratio – ›Rapid-onset gender dysphoria‹

2. Persistenz?

Katamnesen – Verlauf Geschlechtsdysphorie bei Minderjährigen

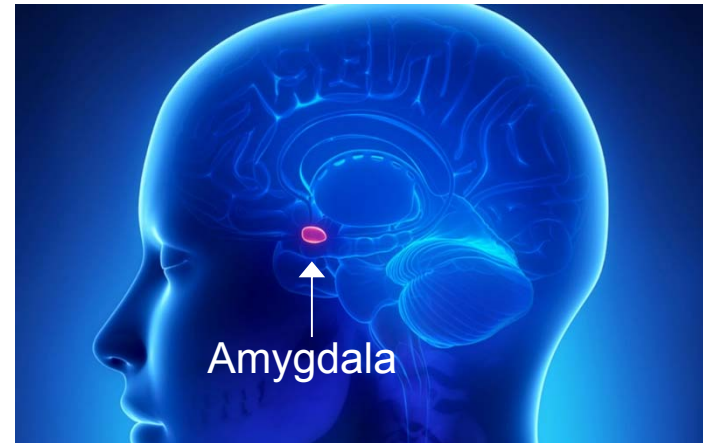
3. Pubertätsblockade?

Risiken frühzeitiger Hormonbehandlung – Ethische Überlegungen

4. Perspektive?

Zusammenfassung & Fazit – Ausblick

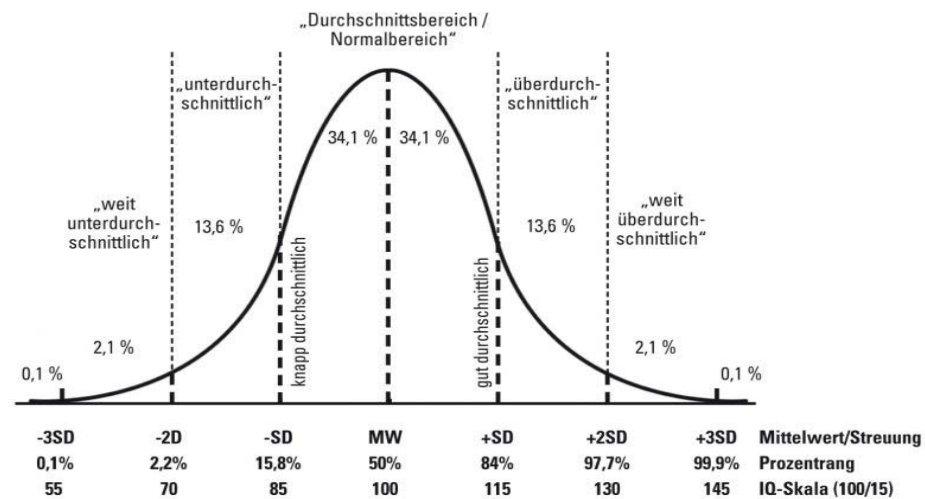
Pubertätssuppression - Risiken (1)



Tiermodell (juvenile Schafe unter GnRH-Analoga-Behandlung)

- Beeinträchtigung der ➡ **Emotions- und Verhaltenskontrolle**
(WOJNIUSZ *et al.*, 2011)
- Verschlechterung des ➡ **Langzeit-Raumgedächtnisses** (HOUGH *et al.*, 2017a),
die auch nach Absetzen der GnRH-Analoga persistierte! (HOUGH *et al.*, 2017b)
- geschlechtsspezifische Effekte auf ➡ Volumen von **Amygdala & graue Substanz**
(SEX ON BRAIN EUROPEAN RESEARCH GROUP, SOBER *et al.*, 2013)
- Veränderungen des ➡ Gen-Expressionsmusters der **Amygdala**
(NURUDDIN *et al.*, 2013)

Pubertätssuppression - Risiken (2)



Kinder mit Pubertas praecox unter GnRH-Analoga-Therapie

- ➔ **Minderung des IQ** (Wechsler), etwa $\frac{1}{2}$ Standardabweichung insbesondere Handlungsteil (*Performance IQ*)
(MUL *et al.*, 2001; WOJNIUSZ *et al.*, 2016; HAYES, 2017)

Pubertätssuppression - Risiken (3)



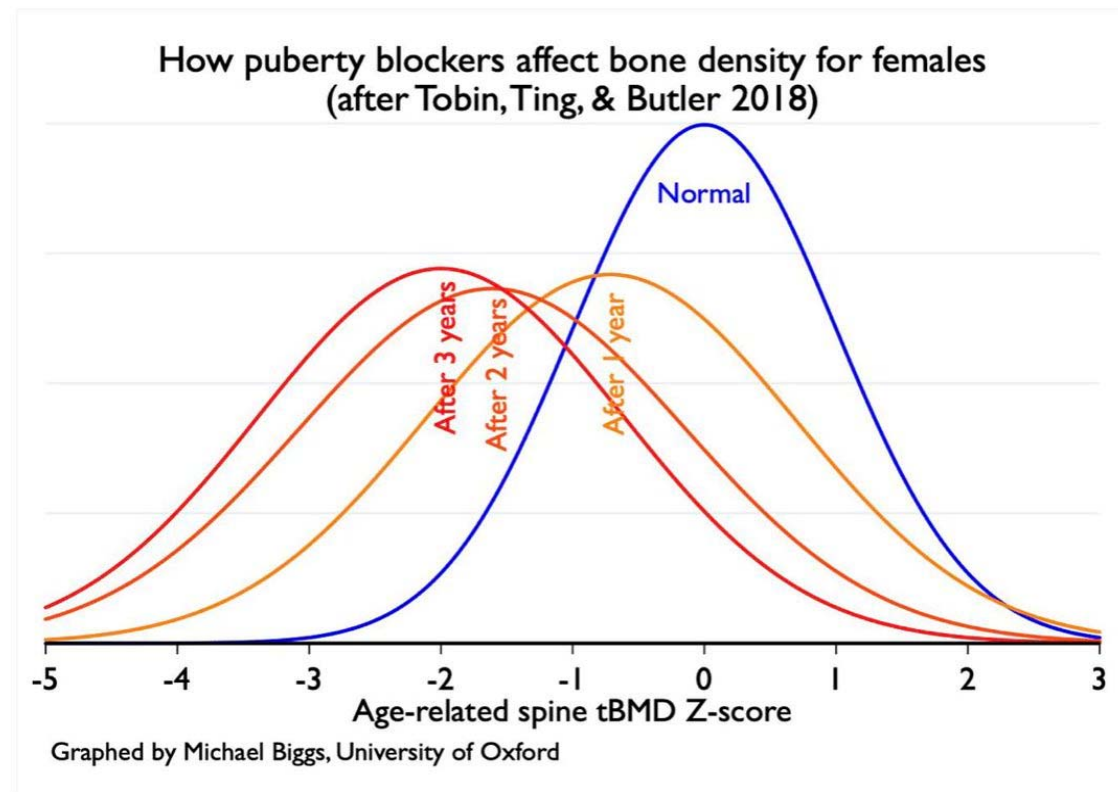
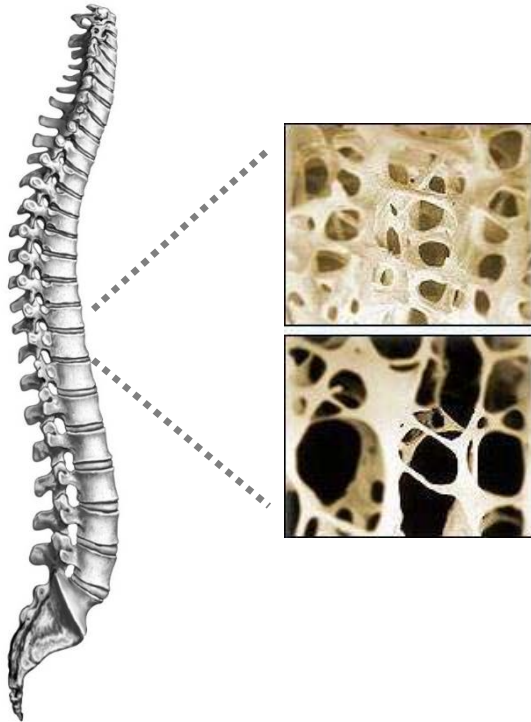
© DER SPIEGEL



Adoleszente mit Geschlechtsdysphorie unter GnRH-Analoga

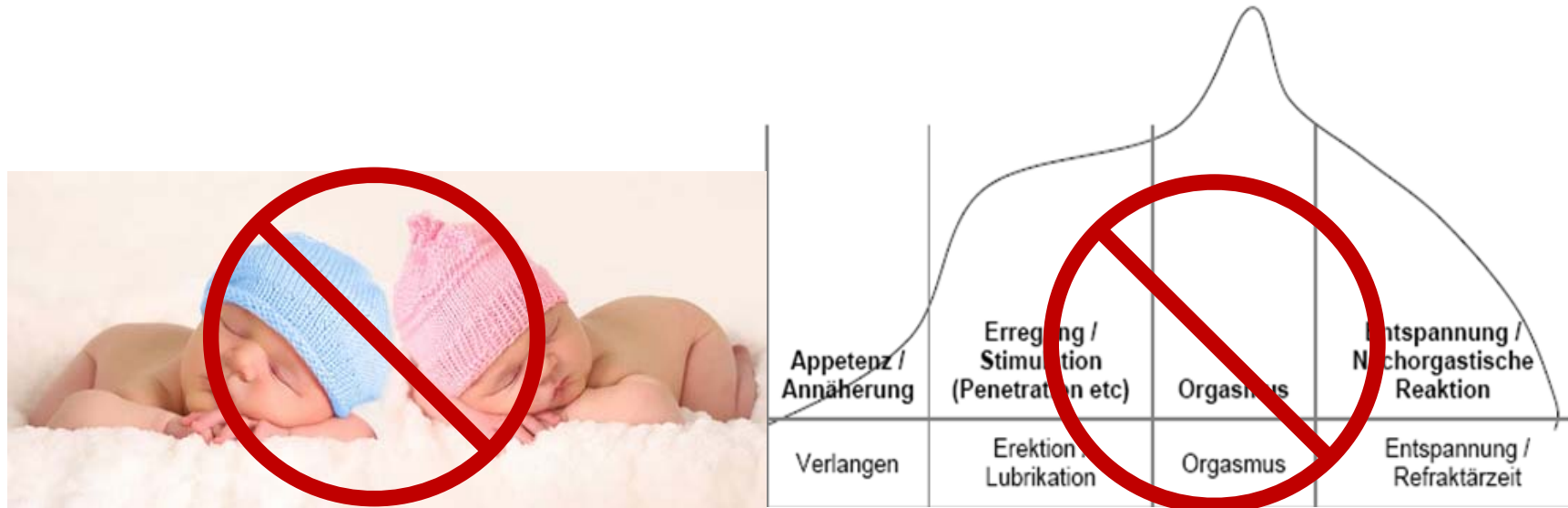
- keine Negativ-Auswirkungen auf Exekutivfunktion (*Tower-of-London task*), aber
➔ **geschlechtsatypische Hirn-Aktivierungsmuster** während Test-Durchführung
(STAPHORSIUS *et al.*, 2015)
- Fall-Studie → Signifikante Verschlechterung des
➔ **Arbeitsgedächtnisses** und
➔ **Gesamt-IQ** – *nicht reversibel* nach Beendigung der GnRH_a-Behandlung!
(SCHNEIDER *et al.*, 2017)

Pubertätssuppression - Risiken (4)



- „PB halts the rapid increase in bone density that should be occurring during this critical time“
(WILLIAM MALONE, Pediatric Endocrinologist)
- Knochendichte im Bereich der Wirbelsäule (L1-L4) ist bei behandelten Transfrauen und -männern niedriger als bei altersgleichen Kontrollprobanden
➔ **unzureichender Aufbau der Knochenmasse** durch „künstliche“ Hormonsubstitution ?
(KLINK *et al.*, 2017, JCE&M)

Pubertätssuppression - Risiken (5)



- sichere Folge von Pubertätsblockade durch GnRH-Analoga im Falle von konsekutiver gegengeschlechtlicher Hormontherapie bei GD-Patient_innen
➔ **bleibende Infertilität, Verlust der Reproduktionsfunktion – Verstoß gegen → §2 KastrG und → §1631c BGB !**
- mögliche / wahrscheinliche Folge von Pubertätssuppression bei GD-Patient_innen
➔ **dauerhafte Beeinträchtigung der sexuellen Erlebnisfähigkeit, Anorgasmie**

Vier ethische Bewertungsperspektiven

BEAUCHAMP T.L. & CHILDRESS J.F. (1977): *Principles of biomedical Ethics*



ad I. (Respekt vor) Autonomie

→ negative Freiheitsrechte: Freiheit von äußerem Zwang und manipulativer Einflussnahme;

- Idee einer „angeborenen GI“ und Figur des „Transgender-Kindes“ – vermeintliche Wahrheiten
➔ **reproduzieren Geschlechter-Stereotypen** ⇒ suggeriert Betroffenen, sie seien „trans*“ („im falschen Körper“), und allein die Körpermedizin könne das Problem/Unbehagen lösen!

→ positive Freiheitsrechte: Verpflicht., Entscheidungsprozess durch Aufklärung zu unterstützen;

- ➔ **wegen fehlender Evidenz (*long-term effects*) ⇒ *informed consent* zur frühzeitigen hormonellen Intervention (GnRH-Analoga) schlechterdings nicht möglich!**



Kinder und (teils) -Jugendliche können Bedeutung, Tragweite & Folgen einer medizinischen Transitionsbehandlung (⇒ **Infertilität, lebenslange Substitution**) *nicht* hinreichend erfassen; **sie sind deshalb i.d.R. nicht autonom einwilligungsfähig!** (*mental & emotional capacity*)

Vier ethische Bewertungsperspektiven

[Forts.]



ad II. / III. Non-Malefizienz / Benefizienz

- Da im individuellen Fall nicht sicher vorhergesagt werden kann, ob die GD persistieren wird, bestehen starke, am Wohlergehen der Betroffenen (*Schadensvermeidungsprinzip*) orientierte
➔ **ethische Gründe gegen die Befürwortung geschlechtsangleichender Maßnahmen**
- Möglichkeit der Desistenz als „*Game-changer*“: Vorteile einer frühzeitigen Weichenstellung / Geschlechtsangleichung für Betroffene mit anhaltender GI-Transposition (*Persister*) heben die
➔ **Nachteile für potenzielle *Desisters* nicht auf** → kognitive und sexuelle Entwicklung



Pubertätsblockierende Behandlung (GD) in Kindheit/Frühadoleszenz zieht faktisch immer (partiell) *irreversible* konträrgeschlechtlich-hormonelle + chirurgische Maßnahmen nach sich; nimmt den Betroffenen die Möglichkeit einer Überwindung der Geschlechtsdysphorie

Vier ethische Bewertungsperspektiven

[Forts.]



ad IV. Gerechtigkeitsprinzip

- gegenüber der individuellen Wohlergehens-Perspektive sind mögliche, zum Beispiel
➔ **gesellschaftspolitische oder ideologisch begründete Interessen Dritter** an frühzeitigen und häufig/-er durchgeführten geschlechtsangleichenden Maßnahmen (oder gegen diese) **ethisch nachrangig!**



Forderung nach Ent-Pathologisierung von „trans*“ gefährdet vermutlich die **Kostenübernahme durch GKV** (und PV) – Geschlechtsangleichung durch teure Hormonbehandlung oder chirurgische Maßnahmen zukünftig als IGeL-Leistung?

Übersicht

1. Prävalenzanstieg?

Veränderte Sex-Ratio – ›Rapid-onset gender dysphoria‹

2. Persistenz?

Katamnesen – Verlauf Geschlechtsdysphorie bei Minderjährigen

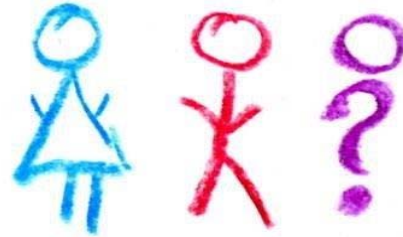
3. Pubertätsblockade?

Risiken frühzeitiger Hormonbehandlung – Ethische Überlegungen

4. Perspektive?

Zusammenfassung & Fazit – Ausblick

Pubertätsblockade – CONTRA-Argumente



- (1) ➔ **fehlende emotional-kognitive Reife / fehlende Einsichtsfähigkeit des Kindes**, um in eine mit lebenslangen Konsequenzen verbundene Behandlung einzuwilligen
 - ↔ Recht des Kindes auf Partizipation an Entscheidungen
(MÖLLER, GÜLDENRING, WIESEMANN, ROMER, 2018; WIESEMANN & PETERS, 2013)
 - aber: Kindes-*wille* ist jedoch nicht gleich Kindes-*wohl* !!! – besondere Schutzwürdigkeit!

- (2) ➔ **mögliche kognitive & psychiatrische Nebenwirkungen, reduz. Knochendichte**
 - ernstzunehmende Hinweise auf ungünstige Langzeit-Effekte
(MUL *et al.*, 2001; WOJNIUSZ *et al.*, 2016; HAYES, 2017; SCHNEIDER *et al.*, 2017; KLINK *et al.*, 2017)



bisher *keine* hinreichenden Erkenntnisse bzgl. Auswirkungen von GnRH-Analoga auf Re-Organisation des adoleszenten Gehirns und weitere Identitätsentwicklung

→ Persistenz der Geschlechtsdysphorie iatrogen induziert, indem Sexualsteroid-Effekt verhindert wird, der ›*cis-gender*‹-Entwicklung im Laufe der Pubertät befördern könnte?

(GIED *et al.*, 2015; SISK, 2017)

Pubertätsblockade – CONTRA-Argumente

[Forts.]



- (3) GnRH-Analoga & Antiandrogene beeinflussen sexuelles Erleben (Fantasie/Verhalten)
 - ➔ **beeinträchtigen die sexuelle Appetenz und Funktionsfähigkeit**
 - differenzialdiagnostisch wichtige Aufschlüsselung der sex. Präferenzstruktur unmöglich

- (4) der eintretende Libido-Verlust unter Suppressionsbehandlung / Pubertätsblockade
 - ➔ **verunmöglicht altersgerechte (sozio-)sexuelle Erfahrungen**
 - keine Gelegenheit, Erfahrungen für eine homosexuelle Identitätsfindung zu machen



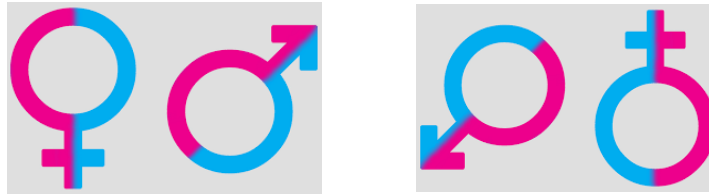
potenzielle Verhinderung einer (Konsolidierung von) Homosexualität

zugunsten einer transsexuellen Entwicklung ist ethisch sehr bedenklich !

→ lebenslange Hormonsubstitution, komplikationsanfällige geschlechtsangleichende genital-chirurgische und ggf. weitere ästhetisch-medizinische Behandlungen

(KORTE A. *et al.*, 2008; KORTE A. *et al.*, 2014)

Fazit:



- ➔ **Trans-affirmative Therapie und Pubertätsblockade** ebenso wie die Verkürzung des
→ komplexen bio-psycho-sozialen Prozesses der Identitätsentwicklung (inklusive der GI) auf ein automatisch ablaufendes „biologisches Programm“, sind **ethisch höchst problematisch**
→ sowohl aus der **Wohlergehens-perspektive**, als auch aus der **Autonomie-perspektive**
- ➔ **konträrgeschlechtliche Sexualsteroid**e bei Jugendlichen mit persistierender GD
→ nach klinischem Ermessen, **strenge Indikation** (›*second look*‹), Berücksichtigung des Entwicklungsalters, mindestens 1-jährige, psychotherapeutisch begleitete Alltagserprobung;
→ irreversible, chirurgische Maßnahmen – auch Mastektomie – nicht vor der Volljährigkeit !



ergebnisoffene, gender-kritische intensive Psychotherapie mit der Möglichkeit der Auflösung der GD ist *keine* Verletzung der Persönlichkeitsrechte des Kindes, sondern eine am **Fürsorgeprinzip** orientierte legitime Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung;
→ Ziel: Alternativen aufzeigen – Augenmerk auch auf andere Entwicklungsaufgaben !

(KORTE A., BEIER K.M., BOSINSKI H.A.G., 2016)

Ausblick – Offene Fragen:



➔ großer Forschungsbedarf hinsichtlich der Verlaufsprädiktoren

→ ›desisting‹ versus ›persisting‹ gender dysphoria (Fallkontrollstudien);
Implikationen einer frühzeitigen Transition (Rollenwechsel im Kindesalter)

➔ sowie der Langzeitauswirkungen von GnRH-Analoga / Hormonen

→ Gehirnreifung, mögliche kognitive & psychiatrische Nebenwirkungen, Knochenmatrix,
Fertilität, sexuelle Erlebnisfähigkeit, Krebs- und kardiovaskuläre Risiken



zukünftig weiterer Prävalenz-Anstieg durch anhaltenden Medien-Hype?

unklar, welche Konsequenzen der (vermeintliche) Paradigmenwechsel »*trans**« auf
Minderjährige mit Genderdysphorie haben wird: drastische **Zunahme De-transitioner?**

(PIQUE RESILIENCE PROJEKT, 2019; CALLAHAN, 2018; D'ANAGELLO, 2018; HERZOG, 2017; MARCHIANI, 2017)