

11. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE KONGRESS INNSBRUCK

24. und 25. Jänner 2025

**Entdeckungsreise Gender: Kinder und Jugendliche auf der Suche
nach ihrer Geschlechtsidentität**

Abschlussvortrag

Wilhelm F. Preuss
willpreuss@gmail.com

**Geschichte, Kontroversen und Verunsicherungen in der Behandlung
besonderer Geschlechtsidentitätsentwicklungen bei Jugendlichen:
Wie kann die Versorgung gesichert und weiter verbessert werden?**

Liebe Kolleginnen und Kollegen, zuerst möchte ich mich bei Ihnen liebe Frau Sevecke und lieber Herr Fuchs, ganz herzlich dafür bedanken, den Abschlussvortrag halten zu dürfen. Ich finde es überaus verdienstvoll, dass Sie diesen Kongress organisiert haben, nachdem die deutschsprachigen Treffen zum Thema, die es seit 2012 jährlich gab, in der Corona-Zeit leider zum Erliegen gekommen waren, obwohl sie angesichts zunehmender „**Kontroversen und Verunsicherungen**“ in unserem Feld dringend notwendig gewesen wären.

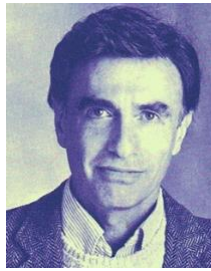
Das Thema meines Vortrags trägt seine Gliederung in sich:

1. Zur **Geschichte der Behandlung besonderer Geschlechtsidentitätsentwicklungen** bei Jugendlichen. Ich werde mich auf die hormonelle Behandlung von Trans*Jugendlichen konzentrieren, denn diesbezüglich gibt es
2. **Kontroversen**: Wie umgehen mit Jugendlichen, die auf irreversible geschlechtsangleichende Maßnahmen drängen?
3. Aus den Kontroversen resultieren **Verunsicherungen** auf Seiten der Trans-Therapeut*innen. Zuletzt die Frage:
4. **Wie kann die Versorgung gesichert und noch weiter verbessert werden?**

1. Zur Geschichte

Bitte erwarten Sie von meinen Ausführungen „zur Geschichte“ keine medizinhistorische Abhandlung; ich kann Ihnen nur einen subjektiven Bericht als Zeitzeuge bieten, der an seinem Platz dazu beigetragen hat, dass 2003 erstmals in Deutschland bei Jugendlichen mit der Prognose, dass sie sich mit großer Wahrscheinlichkeit transident entwickeln würden, zunächst eine pubertätsaufhaltende und dann auch eine gegengeschlechtliche Hormon-Behandlung ermöglicht werden konnte.

Ich beginne bei **Richard Green**.



Richard Green (1936 – 2019)

Er war **Arzt, Sexualwissenschaftler** und zugleich **Jurist**. Mein Lehrer **Gunter Schmidt** war mit ihm befreundet und deshalb kam er ab und zu nach Hamburg. Green hatte noch zusammen mit **Harry Benjamin**, dem Pionier der geschlechtsangleichenden Behandlung von Transsexuellen in der Nachkriegszeit, Patienten gesehen, und leitete zuletzt in London die Klinik, in der zentral für England alle erwachsenen Transsexuellen behandelt wurden. Green war ein Schüler des einflussreichen Sexualwissenschaftlers **John Money** (1921 – 2006), der die Geschlechtsidentitätsentwicklung vorwiegend von sozialen Einflüssen bestimmt sah, was zu schweren Behandlungsfehlern führte.

Green hatte in Nachuntersuchungen von 44 jungen männlichen Erwachsenen, die in ihrer Kindheit mit geschlechtstypisch weiblichem Verhalten aufgefallen waren, gefunden, dass **nur einer** eine Transsexualität (von männlich zu weiblich) entwickelt hatte; alle anderen waren homosexuell oder bisexuell geworden. Daraus wurde geschlossen, dass effeminiertes Verhalten von Jungen für die Vorhersage einer transsexuellen Entwicklung nicht geeignet war. Greens Studie, die er 1987 in seinem berühmt gewordenen Buch „Sissy Boys“ veröffentlicht hatte, bestimmte bis Anfang der 2000-er-Jahre die klinische Praxis.

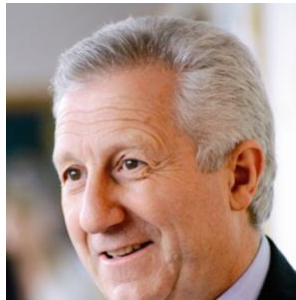
Vom Ende der 90-er-Jahre bis 2003 bestand schon eine Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik. So bemühte ich mich mit dem damaligen Oberarzt **Georg Romer** gemeinsam, geschlechtsdysphorische Jugendliche unter achtzehn allein psychotherapeutisch zu unterstützen, bis sie volljährig geworden waren und als erwachsene Trans*Patient*innen behandelt werden konnten. Diese Strategie wurde nicht nur in Hamburg verfolgt, sondern auch in Frankfurt von **Bernd Meyenburg**, ...



... dem wichtigsten Pionier der Therapie geschlechtsdysphorischer Jugendlicher in Deutschland. Die Zahlen der Patient*innen waren zu dieser Zeit noch gering, ...

wie er in einem Interview mit Peer Briken in der Zeitschrift für Sexualforschung erst kürzlich mitteilte. Lange vor der Ära der hormonellen Behandlung war er der Einzige in Deutschland, der sich um betroffene Jugendliche und ihre Eltern kümmerte und ihnen seit 1987 als Oberarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universitätsklinik Frankfurt Psychodiagnostik, Beratung und Psychotherapie anbot. Bernd Meyenburg verfasste auch die ersten **Leitlinien** zum Thema, die er 2013 zusammen mit Alexander Korte, Birgit Möller und Georg Romer veröffentlichte.

Sein Pendant in London war **Domenico di Ceglie** ...



... ein aus Italien stammender Londoner Kinder-Psychoanalytiker. Er gründete 1989 am St. George' s Hospital eine Spezialambulanz, die 1994 unter dem Namen „Gender Identity Development Service“ (GIDS) in die Tavistock Klinik eingegliedert wurde. In den ersten Zeit seiner Spezialambulanz habe er jährlich nur 14 Patienten gesehen. Aus einer Nachuntersuchung seiner Krankenakten von 124 Patient*innen (Freedman, D. 2000), ging hervor, dass nur etwa 5 % sich zu einer Transition entschlossen hatten, und 70 % mehr als fünf „assoziierte Auffälligkeiten“- Komorbiditäten - aufwiesen. Am häufigsten waren: Beziehungsstörungen, familiäre Konflikte und affektive Störungen.

Aber: von den 124 Jugendlichen mit schwerer Geschlechtsdysphorie wurden - verglichen mit Greens Sissy-Boys-Studie – 30 % bis 40 % transsexuell. Heute finden sich in entsprechenden Studien 20% - 30%, transsexuelle Entwicklungen von Mädchen-zu-Junge und von Junge zu Mädchen. Nimmt man diese Zahlen ernst, muss es eine **Kerngruppe** von Trans*Kindern und Trans*Jugendlichen geben. Alles geht nun um diese Frage: wie unterscheidet man Jugendliche, die zu dieser Kerngruppe gehören, von jenen, die sich nicht auf Dauer als transident erweisen und irreversible geschlechtsangleichende Maßnahmen, auf die sie doch drängen, später bereuen würden?

Zur Entwicklung des Amsterdamer Protokolls

Ich werde nun versuchen, zu rekonstruieren, wie 1997 in den Niederlanden alles begann. Die Pionierin der hormonellen Behandlung von transsexuellen Jugendlichen im Rahmen einer psychotherapeutischen Begleitung war **Peggy Cohen-Kettenis**.



Die Kombination von hormoneller Behandlung mit trans-therapeutischer Begleitung, die man auch als „multimodale Behandlung“ bezeichnete, ... wurde von ihr und ihren Mitarbeiter*innen zunächst in Utrecht später in Amsterdam an der Universitätsklinik der Freien Universität entwickelt und als „**Dutch Protocol**“ bekannt. Ich werde hier vom **Amsterdamer Modell** sprechen.

Die wichtigste Mitarbeiterin von Peggy Cohen-Kettenis war die Kinder-Endokrinologin **Henriette Delemarre-van de Waal**, die leider schon 2014 starb.



Henriette Delemarre-van de Waal (1952 – 2014)

Von ihr stammt das folgende Zitat aus einem Fernseh-Interview, auf das ich immer wieder zurückgreife, wenn es um die Kritik an der hormonellen Behandlung von transidenten Jugendlichen geht:

„Viele Kollegen kritisieren uns, wenn wir transsexuellen Kindern (Jugendlichen) eine pubertätsaufschiebende und später eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung ermöglichen. Aber diejenigen, die uns kritisieren, haben noch nie so ein Kind gesehen. Wenn sie eines von ihnen mal wirklich kennen lernen könnten, dann würden sie schnell merken, dass so ein Kind wirklich ein echtes Problem hat!“

Man könnte diesen Satz noch folgendermaßen ergänzen:

„ ... diejenigen, die uns kritisieren, haben auch noch nie miterlebt, wie die so behandelten Jugendlichen aufleben, gedeihen und sich in ihrer gefühlten Geschlechtsidentität gesund weiterentwickeln können, wie die anderen gleichaltrigen Mädchen oder Jungen auch!“

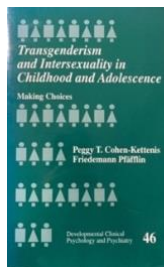
Die Verwendung von Gonadotropin-Releasing-Hormon-Agonisten (GnRH-Agonisten), deren paradoxe Wirkung bei beiden biologischen Geschlechtern die begonnene Pubertät unterdrückt, wurde erstmals 1996 in einer Arbeit von **Louis Gooren ...**



Prof. Louis Gooren (1943 – 2023)

und Henriette Delemarre-van de Waal vorgeschlagen. Louis Goren war der erste Endokrinologe mit einer Professur für Transsexualität. Nach Biggs (2022) wurden in Amsterdam bis zum Jahr 2000 nur 7 Jugendliche mit GnRH-Agonisten behandelt. Zwischen 2000 und 2008 waren es dann schon 111.

2003 erschien das erste **klinische Fachbuch** zur hormonellen Behandlung transsexueller Jugendlicher von Peggy Cohen-Kettenis und **Friedemann Pfäfflin**,



das auf den Erfahrungen mit dem Amsterdamer Modell beruhte. Es wurde leider nicht übersetzt und diente mir 2016 als Vorbild für mein Praxisbuch: „Geschlechtsdysphorie, Transidentität und Transsexualität im Kindes- und Jugendalter. Diagnostik, Therapie und Indikationsstellungen für hormonelle Behandlung“, das 2012 in 3. überarbeiteter Auflage erscheinen ist.

Friedemann Pfäfflin ...

Friedemann Pfäfflin



...hatte sich an der Abteilung für Sexualforschung (wie das Hamburger Institut damals hieß) mit dem Thema Transsexualität habilitiert. Für mich war es eine enorme Herausforderung 1992, in seine großen Fußstapfen zu treten. Er hatte die Abteilung zu einem Zentrum für die Behandlung von Trans-Patient*innen gemacht und hatte Harry Benjamin auf dessen 100. Geburtstag noch kennengelernt. **Friedemann Pfäfflin** war neben **Reimut Reiche**, **Martin Dannecker** und **Sophonette Becker** einer der ersten Psychoanalytiker in Deutschland, der sich nach der Boss-Mitscherlich-Kontroverse Anfang der 50-er Jahre für transsexuelle Patienten wieder interessierte.

Seit der erwähnten **Boss-Mitscherlich-Kontroverse** 1951, in der die „Autorität“ Mitscherlich eine unrühmliche Rolle spielte, hatte die Psychoanalyse ihr Interesse an transidenten Patient*innen verloren und teilweise auch Aversionen gegen sie aufgebaut. Medard Boss, ein Schweizer Psychoanalytiker hatte einem transsexuellen Patienten eine genitalangleichende Operation ermöglicht, was von den Psychoanalytikern, die sich an der Debatte in der Zeitschrift PSYCHE beteiligten, abgelehnt wurde. Leider trug auch Volkmar Sigusch durch seine Beschreibung: **„kühl-distanziert, affektlos, starr, ..., egozentrisch, nötigend, dranghaft, usw.“** zur Pathologisierung transidenter Mensch bei. Diese Charakterisierung hat er immerhin später revidiert.

Zwischenzeitlich ist aber auch eine ganz erfreuliche Entwicklung zu verzeichnen. Zum Beispiel gibt es in der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (**DPV**) eine **Arbeitsgruppe „Sexualitäten“**, zu der auch **Elisabeth Imhorst** gehört, deren Aufsätze zur Behandlung von Trans-Jugendlichen mich enorm weitergebracht haben. Zurück zur Geschichte:

2004 hatte **Barbara Waters** in ihrer Sendung 20/20 des TV-Senders ABC die Not der Transgender-Kids und ihrer Eltern dargestellt. Ihre Reportage gingen um die Welt und trug dazu bei, dass sich weitere Eltern mit geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen meldeten.

Auf einem **Kongress 2007 in London**, an dem ich teilnahm, gab Richard Green seine Skepsis gegen die hormonelle Behandlung von Trans-Jugendlichen auf, ebenso Domenico di Ceglie. Peggy Cohen-Kettenis war mit ihrem Team und zwei erfolgreich behandelten Trans-Jugendlichen aus Amsterdam angereist. Eine Mutter, aus London, die sich wegen mangelnder Behandlungsangebote gezwungen sah, mit ihrem transidenten Sohn zwischen London und Boston hin und her zu fliegen, um ihn dort von **Prof. Spack ...**



mit Testosteron behandeln zu lassen, forderte im Namen einer Selbsthilfegruppe von Eltern geschlechts-dysphorischer Kinder, der Mermaids, eine Spezialambulanz in London.

Dr. Spack behandelte meines Wissens als erster in den USA offiziell Minderjährige nach dem Amsterdamer Modell. Deswegen wurde er, ein bekennender Jude, als „Dr. Frankenstein“ und - schlimmer noch - als „ein Dr. Mengele“ beschimpft. Dieser Kongress führte dann zur Übernahme des Amsterdamer Modells im Gender Identity Development Service (GIDS) an der Tavistock Klinik, dessen Direktorin **Polly Carmichael** wurde.

Zur Entstehung der Spezialambulanz für geschlechtsdysphorische Kinder und Jugendliche an der Universitätsklinik Hamburg.

Eines Morgens im Frühjahr 2003 auf dem UKE-Campus - ich war auf dem Weg zu unserem Institut – ging vor mir eine Mutter mit ihrem Kind an der Hand, einem Mädchen. Beide trugen kurze Röcke. Es waren Johanna (Name geändert) mit ihrer Mutter, die ich gleich zu einem Ersttermin sehen sollte. Die Mutter hatte sich zuvor an Peggy Cohen-Kettenis gewandt, die ihr empfohlen hatte, sich in Hamburg vorzustellen. Sie geriet zuerst an die Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik. Dort wurde Johanna als psychopathologisch unauffällig befundet und dann zu mir weitergeschickt. Das Angebot einer Mitbehandlung wurde nicht gemacht, weil die zuständige Kolleg*in dabei war, die Klinik zu verlassen. So versuchte ich eine Mitbehandlung in der psychoanalytisch geführten Kinder- und Jugendpsychosomatik zu finden, die am ehesten zuständig gewesen wäre, sind doch bei Trans*Jugendlichen psychotherapeutische und somatische Behandlungen erforderlich. Ich wurde mit meinem Anliegen abgewiesen.

Ohne die angenehme Zusammenarbeit mit **Achim Wüsthof**, Kinder-Endokrinologe am UKE, der seinerseits von seinem Klinikdirektor Prof. Willig unterstützt wurde, wäre die Behandlung von Johanna in Hamburg nicht möglich gewesen.



Auf unsere Initiative hin wurde der **Ethikrat** der Universitätsklinik Hamburg einberufen, der Johanna mit ihrer Mutter sowie die Behandler einlud und eine hormonelle Behandlung einstimmig für notwendig und ethisch vertretbar hielt. Zur gleichen Einschätzung kam eine Versammlung der Norddeutschen Kinder-Endokrinologen, vor der Achim Wüsthof den Fall von Johanna vorstellte.

Mit ihrem schriftlichen Einverständnis darf ich hier mitteilen, was Johanna vor kurzem Achim Wüsthof, mit dem sie immer noch in Kontakt steht, schrieb:

„Mir geht es sehr gut. Vor etwa einem Jahr haben mein Mann und ich den kleinen Samuel bei uns aufgenommen. Wir sind sehr glücklich zu dritt und freuen uns auf den baldigen Abschluss der Adoption.“

Mir war von Anfang an klar, dass die Behandlung von geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen in die Hände von kinder- und jugendpsychiatrischen Kolleg*innen gehörte, die sich doch am besten mit kindlichen und adoleszenten Entwicklungen auskennen müssten – wie ich meinte.

Wenig später bemerkte ich, dass sich die Fachliteratur zur psychosexuellen Entwicklung von der Kindheit über die Adoleszenz und das junge Erwachsenenalter hinein nur sehr marginal mit der sexuellen Entwicklung und ihrer Mentalisierung beschäftigt hatte.

Noch später fiel mir auf, dass sich auch die Sexualforschung bis dato kaum für die **individuelle adoleszente Sexualorganisation** interessiert hatte, die mit der oralen, analen und genitalen Phase allein nicht zu verstehen ist.

Zu den 12 Vorbedingungen, die vor der Indikation einer hormonellen Behandlung gegeben sein mussten, gehörte, dass im Behandlungsverlauf klar geworden war, dass die **schwere und anhaltende** Geschlechtsdysphorie sowie die daraus entstandene **Blockierung der psychosexuellen Entwicklung** mit psychotherapeutisch nicht aufzulösen war. Das Amsterdamer Modell orientierte sich an der körperlichen sexuellen Entwicklung (bzw. den Tanner-Stadien) und am numerischen Alter, wohingegen wir in Hamburg sehr auf das psychosexuelle Entwicklungsalter und entwicklungsdynamische Aspekte achteten. Sehr vereinfacht ausgedrückt, haben wir das Amsterdamer Modell entwicklungs- und psychodynamisch modifiziert, was in einem zusätzlichen **Abwägungskriterium** zu Ausdruck kommt:

„Eine geschlechtsangleichende Behandlung bei Kindern und Jugendlichen sollte nur dann indiziert werden, wenn alle Beteiligten (der Patient, beide Eltern, alle behandelnden Ärzte und, die Kinder- und Psychotherapeut*in, die Transgender-Therapeut*in und die Kinder-Endokrinolog*in) darin übereinstimmen, dass eine Nicht-Behandlung zu einer Verschlimmerung des Leidens an Geschlechtsdysphorie und zu einem absehbar größeren seelischen Schaden ... führen würde, als das Restrisiko einer sich möglicherweise später doch noch zeigenden Fehlindikation der somatischen Behandlung.

Meine frustrierende Suche nach kinder- und jugendpsychiatrischen Kooperationspartnern fand ein Ende, als 2006 **Birgit Möller** aus den USA kam, wo sie mit **Prof. Herbert Schreier** ...



zusammengearbeitet hatte, der sich in Oakland bei San Francisco um Trans-Kinder und Jugendliche kümmerte. Ich sah mit **Birgit Möller** -



- Seite an Seite - eine Reihe von geschlechtsdysphorischen jugendlichen Patient*innen, und wir lernten voneinander und von unseren jugendlichen Patient*innen. Es waren immer noch wenige. Birgit - jetzt **Prof. Birgit Möller-Kallista, an der Fachhochschule Sozialwesen Münster**, war Mitglied der Kommission für die AWMF-Leitlinien Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen.

Unsere enge Zusammenarbeit führt 2006 mit großer Unterstützung engagierter Kolleg*innen und der zuständigen Klinik-Leiter*innen zur Gründung der **„Interdisziplinären Sprechstunde für Kinder und Jugendliche mit Problemen der Geschlechtsidentität“**, wobei sich die Bezeichnung „interdisziplinär“ auf die Zusammenarbeit mit der Ambulanz für erwachsene transsexuelle Patienten des Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie bezog.

Im **Juni 2010** luden wir Peggy Cohen-Kettens, Domenico di Ceglie, Herbert Schreier und Bernd Meyenburg ein, der ebenfalls mit der hormonellen Behandlung von Trans-Jugendlichen begonnen hatte, um im Rahmen eines „Task Force Treffens“ - es war bereits das siebte - unser Team fachlich voranzubringen. Danach schlossen sich verschiedene Zentren in einem Arbeitskreis **GIS** zusammen. („Geschlechtsidentitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen“). Man versuchte nun die Indikationsstellungen abzusichern, indem man die Jugendlichen, bei denen eine pubertätsaufhaltende Behandlung in Frage kam, zu einer Zweitsicht in einem weiteren Zentrum vorstellig werden ließ. Das ließ sich nicht lange durchhalten. **Georg Romer** plädierte für eine dauerhafte Kooperation der KJP-Klinik mit dem Institut für Sexualforschung, das bis heute die Zweitsichten für die jugendlichen Trans-Patient*innen übernimmt. Leider gingen er und Birgit Möller 2013 weg an die Universitätsklinik Münster.

Die Leiterin der Spezialambulanz wurde die Psychoanalytikerin **Saskia Fahrenkrug. Carola Bindt**, unter der neuen Klinikdirektorin Prof. Sarah Hohmann, weiterhin leitende Oberärztin, förderte die Spezialambulanz sehr engagiert und sehr umsichtig bis heute.

Ganz im Gegensatz zu früher - erinnern wir uns an die abweisenden Reaktion der Kinder- und Jugend-Psychosomatik im Geiste von Alexander Mitscherlich - entwickelte eine wachsende Zahl von KJP-Psychotherapeut*innen ein erfreuliches

Interesse an der psychotherapeutischen Behandlung transidenter und non-binärer jugendlicher Patient*innen.

Ein herausragendes Beispiel: Sehr engagierte Kolleg*innen von der **Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten** in Deutschland e.V. (**VAKJP**) haben 2024 unter der Federführung von Thomas Lehmann eine eigene **Leitlinie zur kinder- und jugendpsycho-analytischen Behandlung der Geschlechtsdysphorie** erarbeitet.

Auch in den Ausbildungsinstituten änderten sich die Einstellungen. So gaben die altgedienten und verdienten Trägerinnen des Kinder- und Jugendpsychoanalytischen Zweiges des Micheal-Balint-Institutes ihre Reserve auf und übertrugen der jüngeren Kollegin **Karin Heister-Grech** die Aufgabe, sich um das brisante Thema zu kümmern.

2. Kontroversen

Solange die hormonelle Behandlung von Trans*Jugendlichen praktiziert wird, gibt es heftige Kritik und Anzweiflungen von außen. Cohen-Kettenis und Pfäfflin gehen in ihrem Buch 2003 ausführlich auf Argumente ein, die **für** eine frühe hormonelle Intervention und die **gegen** eine solche sprechen: die gleichen Argumente, die wir bis heute diskutieren.

Pro: mit einer frühen hormonellen Behandlung könne man nicht nur die quälende Geschlechtsdysphorie lindern und damit eine annähernd normale psychosexuelle Entwicklung ermöglichen, sondern eine gewünschte körperliche Verweiblichung bzw. eine Vermännlichung erzielen und so das Passing lebenslang verbessern.

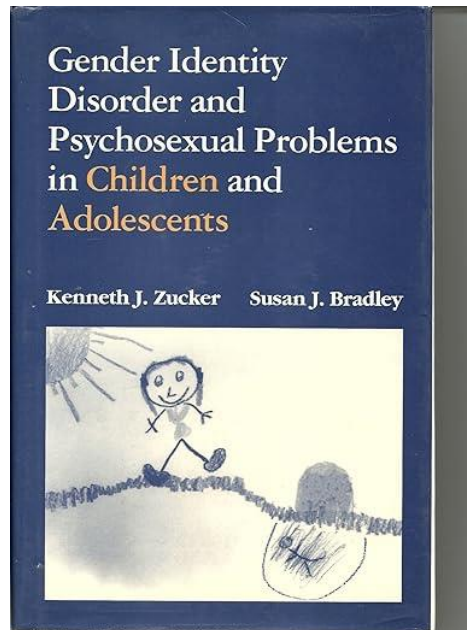
Kontra: Die Reversibilität der pubertätsaufhaltenden Behandlung würde nichts bringen, weil sie die Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen und chirurgischen Transformationen bahne, deren Auswirkungen im Grunde nicht vorhergesehen werden könnten. Die Chance, dass geschlechtsdysphorische Jugendliche ihren abgelehnten Geschlechtskörper doch noch annehmen könnten, werde damit vertan.

Kenneth Zucker war ein Schüler von Richard Green ...



... und Chef-Redakteur der „Archives of Sexual Behavior.“ Ich habe ihn wegen seiner zahlreichen methodisch einwandfreien Studien zum Thema bewundert.

Er hatte schon 1995 zusammen mit Susan J. Bradley das Buch: „Gender Identity and Psychosexual Problems in Children and Adolescents“ herausgegeben.



Das Cover dieses Buches beschäftigt mich bis heute. Die Kinderzeichnung auf dem Buchdeckel - offensichtlich die eines Jungen, der sich als Mädchen fühlt - , zeigt anrührend, welches Leid dieses Kind durchgemacht haben muss. Auf seiner Zeichnung hat es sich als vergnügtes Mädchen unter den wärmenden Strahlen der Sonne porträtiert, wohingegen es sich auf der rechten Bildhälfte als kümmerliches männliches Strichmännchen gezeichnet hat; beerdigt in der kalten Erde unter einem Grabstein, als unabänderliches Zeichen, dass es sich als Junge nicht entwickeln und nicht wachsen kann.

Ken Zucker war 2015 seines Amtes als Direktor der Spezialambulanz für Geschlechtsidentitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen Toronto enthoben worden, weil er seine jugendlichen Patient*innen „nur“ psycho-therapeutisch und nicht nach dem neuen Amsterdamer Modell behandelte. Einige wenige waren ihm später dankbar dafür; die meisten aber nicht. Seine Abteilung, das renommierte „Clarke Institute“, wurde in Anspielung auf den Film „Jurassic Park“ als „Jurassic Clarke“ verspottet. Eltern von Trans*Kids strengten über das Stadt-Parlament von Toronto eine externe Untersuchung gegen ihn an, die zunächst zu seiner Entlassung führte. Die Fachwelt und auch ich waren geschockt. Man warf Zucker vor, dass er Konversionsbehandlungen durchführe, was sich am Ende nicht als haltbar erwies.

Die Ausarbeitung der Leitlinie „Geschlechtsdysphorie im Kindes und Jugendalter“ gemäß der Anforderungen der **AWMF, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften**, dauerte sieben lange Jahre. Ich finde es bewundernswert, dass die Kommission trotz **heftiger Kontroversen** zu einem breiten Konsens gefunden hat; auch wenn zwei Fachgesellschaften vor Abschluss der Arbeit meinten, aussteigen zu müssen.

Aus Fehlern lernen heißt, auch von seinen Kritikern lernen. **Alexander Korte** gehört derzeit zu den heftigsten Kritikern an der hormonellen Behandlung transidenter Jugendlicher. Bedauernswerterweise hat er die AWMF-Leitlinien-Kommission im letzten Jahr verlassen. In seinem 2024 erschienenen Buch: „**Hinter dem Regenbogen. Entwicklungs-psychiatrische, sexual- und kulturwissenschaftliche Überlegungen zur Genderdebatte und zum Phänomen der Geschlechtsdysphorie bei Minderjährigen.**“ hat er viele bedenkenswerte Kritikpunkte an der hormonellen Behandlung von Trans*-Jugendlichen formuliert und beachtenswerte Studien zusammengetragen. **Leider bringt er kaum Fallgeschichten!** Darüber hinaus hat er sich in den Bereich der **Kulturkritik** begeben und damit gleichsam den „**Behandlungsraum**“ verlassen. Wenn man das Buch durchliest, erfährt man, dass er in seltenen Fällen bei minderjährigen Patienten mit schweren anhaltenden Geschlechtsdysphorien eine hormonelle Behandlung als „**ultima ratio**“ befürwortet. Korte schlägt vor (S. 367): „In diesen seltenen Fällen sollte erwogen werden, **zusätzlich** zur Diskussion in einem multiprofessionellen Team das Votum einer klinischen Ethikkommission einzuholen.“

3. Verunsicherungen auf Seiten der Trans-Therapeut*innen

Die Gründe für **Verunsicherungen** liegen tiefer als Zweifel an der Aussagekraft von klinischen Studien und der Wahrnehmung, dass das Pendel gerade zurückzuschwingen scheint. Ich meine damit das „**Unheimliche**“, das Therapeut*innen und ganz normale Menschen erfasst, wenn es um irreversible geschlechtsangleichende Operationen geht. Dann werden wir mit Kastrations- und Verstümmelungsängsten konfrontiert, die ins Bewusstsein drängen und *horribile dictu* komplementär dazu auch noch mit Kastrations- und Verstümmelungsimpulsen, die man leicht an die Geno-Chirurg*innen delegieren kann.

2020-21 berichtete die BBC über **Keira Bell**, die den „Gender Identity Development Service“ (GIDS) der Tavistock-Klinik in London, erfolgreich verklagte, weil ihr im Alter von 15 Jahren nach nur vier Sitzungen eine Testosteronbehandlung und eine Mastektomie ermöglicht worden waren.



Keira Bell als Mädchen nach dem Rollenwechsel als Klägerin vor dem High Court

Durch die berechtigte Kritik des „**fast trackings**“, d.h. des schnellen Durchschleusens zu irreversiblen geschlechtsangleichenden Maßnahmen, die der Psychoanalytiker **David Bell** öffentlich kritisierte, geriet die Spezialambulanz der Tavistock-Klinik im März 2023 in eine schwere Krise.

Nach der gutachterlichen Prüfung von Dr. **Hilary Cass** (Cass-Review) wurde die Spezialambulanz im April 2024 für neue Patient*innen geschlossen.

Hanna Barnes eine erfahrende Wissenschaftsjournalistin veröffentlichte 2023 ihr Buch: „**Time to Think. The Inside Story of the Collapse of the Tavistock’s Gender Service for Children.**“ Ich kann es vor allem Kolleg*innen, die in Kliniken arbeiten, empfehlen, weil es unheilvolle Verkettungen von Fehlern in hoch spezialisierten Institutionen aufzeigt.

Wir haben hier **Nele Jongeling** kennenlernen dürfen und von ihr aus erster Hand erfahren, was es bedeutet, eine **Detransition** durchmachen zu müssen. Was können wir aus den Behandlungsfehlern, die bei Keira Bell und Nele Jongeling offensichtlich gemacht wurden, lernen? Vieles aber vor allem das eine; dass zumindest Keira Bells Therapeut*in sich **nicht ausreichend Zeit und nicht genug Therapiesitzungen** genommen **hatte**, sie genauer kennenzulernen, um die Entwicklung **ihrer** Geschlechtsdysphorie und **ihrer** Komorbidität (z. B. eine schwere Depression) zu erfassen.

Nach niederländischen Studien bereuen ca. 10 % der Erwachsenen, die sich für transsexuell hielten, ihren Geschlechtsrollenwechsel. Nur ein kleinerer Teil von ihnen unternimmt eine Detransition. Nach allem, was ich in Erfahrung bringen konnte, ist die Rate der Detransitionen bei Patient*innen, die als Jugendliche eine medizinische Transition unternommen haben, nicht höher als bei Patient*innen, die im Erwachsenenalter mit geschlechtsangleichenden Maßnahmen behandelt wurden.

Die exponentielle Zunahme von schweren Geschlechtsdysphorien vor allem bei geburtsgeschlechtlichen Mädchen muss sehr komplexe Ursachen haben.

Ich beschränke mich auf Erkenntnisse, die ich im Verlauf von psychotherapeutischen Behandlungen mit jungen Menschen weiblichen Geburtsgeschlechts machte, die sich als non-binär bezeichneten (Preuss 2023).

In der Pubertät kommt es manchmal zu Konfusionen einer noch nicht klaren sexuellen Orientierung mit einem noch nicht stimmigen Geschlechtsidentitätsgefühl. In diesem Dilemma gelingt es Adoleszenten nicht, ihren sich ausbildenden Geschlechtskörper anzunehmen bzw. libidinös zu besetzen. Ganz im Gegenteil: So werden zum Beispiel Brüste gehasst, wobei der Hass aus intrapsychischen Quellen kommen kann. Viele empfindsame Jugendliche – auch jene, die keine psychotherapeutische Hilfe such - schützen sich mit Selbstbezeichnungen nonkonformer Geschlechter vor Sexualängsten und Sexualisierungen durch Personen aus ihrem Umfeld und vor hetero-normativ empfundenen Erwartungen. So schaffen sie sich selbst ein **Moratorium für ihre individuelle sexuelle Entwicklung**. Ich halte Neo-Geschlechtsidentitäten wie „Non-Binarität“ für kreative Konstrukte. Sie haben für meistens die Funktion von **Übergangsidentitäten** und ermöglichen damit vital wichtige Bindungen an Peer-Gruppen aus dem Gender-Spektrum. Andererseits sehen wir Menschen, die sich ehemals als „transsexuell“ bezeichneten oder bezeichnen mussten, die sich im Nachhinein als „non-binär“ verstehen.

Zu bedenken ist, dass es eine **konstitutionelle Geschlechtervielfalt** gibt. Diesen Begriff habe ich von **Saskia Fahrenkrug**, die ihn von **Ilka Quindeau** übernommen hat: eine schöne begriffliche Verdichtung von „Geschlechtervielfalt“ mit der „konstitutionellen Bisexualität“, die wir – wie **Freud** schon 1915 – vom körperlichen auf den psychischen Bereich „übertragen“ dürfen.

4. Wie kann die Versorgung gesichert und weiter verbessert werden?

Nach dem Vortrag eingefügt: In Deutschland sprechen Patient*innen und leider auch manche Psychotherapeut*innen von „Gutachten“, wenn sie „Operationsindikationen“ meinen. Indikationsstellungen für irreversible geschlechtsangleichende Maßnahmen können **nicht** als Psychotherapie verstanden werden. Sie sind Aufgabe allein von Trans*Gender-Therapeut*innen oder Trans*Gender-Spezialist*innen, die gleichwohl in Personalunion auch die Aufgabe eine begleitenden Psychotherapie übernehmen können. Versorgungstechnisch schaffen es Trans*Gender-Therapeut*innen nicht, für alle ihre Patient*innen auch noch die notwendige Psychotherapie zu leisten. Dafür werden niedergelassene Psychotherapeut*innen bei der psychotherapeutischen Versorgung von Trans*Patient*innen dringend gebraucht. Sie können ihre Aufgabe aber nur erfüllen, wenn sie **abstinent** bleiben, und sich enthalten, Stellungnahmen abzugeben, ob sie Hormonbehandlungen oder Brust- oder genitalangleichender Operationen zustimmen oder nicht. Damit ist allen Beteiligten gedient. Die Patient*innen müssen sich vom Psychotherapeut*in (als **Gate-Keeper**) nicht abhängig fühlen und können sich leichter öffnen. Die Psychotherapeut*in steht nicht unter dem Stress, mitentscheiden zu müssen, ob die/der Patient*in die „Erlaubnis“ Hormone oder für eine Operation bekommt. Die/der Transgender-Therapeut*in kommt nicht in die Situation, dass die Psychotherapeut*in gegen geschlechtsangleichende Maßnahmen auf Therapeuten-Ebene agiert. Über die Handhabung der Arbeitsteilung zwischen Trans-Therapeut*innen müssen die Patient*innen vollumfänglich aufgeklärt werden.

Andere Varianten einer Zusammenarbeit sind möglich. So könnte die/der Psychotherapeut*in, die/der eine Psychotherapie übernimmt, vor einer Hormon- oder einer Operationsindikation eine Option bekommen, vor einer geschlechtsangleichenden Maßnahme dieser zuzustimmen, eine Option, die ergriffen werden kann aber nicht ergriffen werden muss. Falls sie genutzt wird, bedeutet das wiederum, dass die Psychotherapeut*in sich im Klaren sein muss, punktuell die psychotherapeutische Abstinenz aufzugeben. Wichtig ist volle Transparenz vom Beginn einer aufgeteilten Behandlung. Wünschenswert wäre, dass sich die Psychotherapeut*in und die Trans-Therapeut*in über die Form ihrer Zusammenarbeit verständigen und einander vertrauen. In günstigen Verläufen ergibt sich von Seiten der Patientin bzw. des Patienten eine elterliche Übertragung auf beide Behandler: die Psychotherapeut*in und den Trans-Therapeuten bzw. die Trans-Therapeutin.

Bevor ich eine Reihe von Vorschlägen mache, wie die Versorgung gesichert und weiter verbessert werden kann, möchte ich würdigen, wie viel nach den Anfängen vor über 20 Jahren in der Versorgung von geschlechtsdysphorischen Jugendlichen bereits erreicht worden ist, allein schon von den Anwesenden, die hier versammelt sind!

Es braucht Transgender-Spezialist*innen und entsprechende Spezialambulanzen - in Universitätskliniken und großen Städten. Die Befürwortung einer Hormonbehandlung und erst recht einer OP-Indikation muss in eine entwicklungs-fördernde psychotherapeutische Behandlung eingebettet sein.

Dieses Prinzip, das uns hier auf dem Kongress so selbstverständlich erscheint, wird von vielen leider nicht beachtet. Ein „**informed consent**“ hinsichtlich der begehrten irreversiblen Körperveränderung reicht bei Jugendlichen **nicht!**

Tabelle: Vorschläge zur Sicherung und Verbesserung der Versorgung

1. **Obligatorische katamnestische Nachuntersuchungen in langlaufenden multizentrischen Forschungsprojekten.**
2. **Etablierung einer trans*therapeutischen Zusatzqualifikation, zertifiziert von den zuständigen Kammern.**
3. **Spezialambulanzen für Leidenszustände aus dem gesamten Genderspektrum.**
4. **Fortbildungen gemeinsam für Transgender-Therapeut*innen aus dem Kinder- und Jugendlichen-Bereich UND dem Erwachsenenbereich: regional und in überschaubaren Formaten.**
5. **Bildung lokaler Supervisionsgruppen und Intervisionsgruppen.**
6. **Jährliche Treffen der deutschsprachigen Arbeitsgruppen zu unserem Thema.**

Ad 1.

Obligatorische katamnestische Nachuntersuchungen in langlaufenden multizentrischen Forschungsprojekten. Wenn ich zurückschaue, bereue ich am meisten, dass ich es bei meinen jugendlichen Patient*innen nicht schaffte, systematische Nachuntersuchungen zu organisieren. Ich dachte nicht daran, dass ich einmal als 72-jähriger Rentner ein Interesse dafür entwickeln würde, was aus ihnen geworden sein könnte. So fühlte ich mich jedoch sehr entlastet, als etwa ab 2012 Inga Becker-Hebly, eine empirische Begleitforschung aufbaute, die von Lena Herrmann weitergeführt wird. Es sollte selbstverständlich werden, dass alle behandelten Trans-Jugendlichen mit ihrem Einverständnis bis ins Erwachsenenalter katamnestisch nachuntersucht werden; wenn es sein **muss mittels flächendeckender langlaufender Forschungsprojekte, die vor allem behandlungs-spezifische Faktoren erfassen sollten**, wie Pfäfflin das schon 1992 gefordert hatte.

Ad 2:

Am dringendsten erscheint mir die Etablierung einer **psychotherapeutischen Zusatzqualifikation** zur Indikationsstellung geschlechtsangleichender Maßnahmen. Darüber bin ich mir **mit Achim Wüsthof einig**, der berichtet, dass er zunehmend gänzlich ungenügende Indikationsschreiben bekommt. Die zuständigen Fach- und Berufsverbände sollten sich bei den jeweiligen Ärzte- und Psychotherapeuten-Kammern um die Anerkennung einer solchen Zusatzqualifikation kümmern, sofern nicht schon erfolgt. **Der Zeitpunkt dafür** erscheint mir nach dem Erscheinen der Leitlinien „Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter“ günstig. Diese und ein bereitliegender Lehrplan für einen zweiten Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung „Transidentität-Intergeschlechtlichkeit-Non-Binarität“ (TIN) könnten die Grundlage für ein Curriculum zur Fortbildung bieten, das von den Kammern zertifiziert werden kann.

Ad 3.

Spezialambulanzen sollten sich für Leidenszustände **aus dem gesamten Genderspektrum zuständig fühlen**, d. h. für Trans*, Inter* und Non*Binarität und auch um die Patient*innen, in Geschlechtsidentitätsbildungskrisen; wozu auch diejenigen gehören, die eine **Detransition** unternommen haben.

Ad 4.

Fortbildungen sollten grundsätzlich für Psychotherapeut*innen für Transgender-Therapeut*innen **aus dem Kinder- und Jugendlichen-Bereich und dem Erwachsenenbereich gemeinsam organisiert werden**. Ein großer Bedarf besteht vor allem an **regionalen Fortbildungsangeboten in überschaubaren Formaten**.

Ad. 5.

Am einfachsten ist es, **lokale Intervisionsgruppen** zu bilden, die sichere Rahmen für Fallarbeit bieten, in denen das Denken über Geschlecht, Geschlechtlichkeit, Trans*Identität, Non-Binarität usw. ständig offengehalten werden kann.

Ad. 6.

Für unverzichtbar halte ich zukünftig **jährliche Treffen der deutschsprachigen Arbeitsgruppen zu unserem Thema**. Dieser Kongress hat nach einer langen Pause wieder einen Anfang dazu gemacht!

Zum Abschluss noch eine **Fallvignette**:

Ich erinnere mich an einen 15-jährigen Patienten - erst Lea dann Leo - mit der typischen Vorgeschichte einer transsexuellen Entwicklung von Mädchen zu Junge. Seine geschiedenen Eltern stritten um die elterliche Fürsorge. Die Mutter, bei der Leo lebte, **litt mit** an seiner ausgeprägten Geschlechtsdysphorie und unterstützte eine möglichst baldige Testosteron-Behandlung. Der besorgte Vater war damit nicht einverstanden. Er versicherte aber seiner heranwachsenden Tochter, nach Erreichen des 18. Geburtstages ihre Entscheidung für eine Hormonbehandlung voll und ganz zu akzeptieren. Leo war schon reif genug, gut für sich zu sorgen, indem er das kleinere Übel, „auf Testosteron bis zum 18. Lebensjahr warten zu müssen“, dem größeren Übel „Stress durch die streitenden Eltern“ vorzog. Eigentümlicherweise wurde er auch ohne Hormone immer männlicher, sodass die Testosteronbehandlung nur zum i-Tüpfelchen wurde, das ihm zu einem gelingenden Coming-Out an seiner Schule und zur vollen Anerkennung durch den Vater verhalf.

Diese Fallvignette eignet sich **als Gleichnis** für die aktuelle Situation in unserem Fachgebiet: Therapeutinnen und Therapeuten **streiten sich darum**, wie ihre geschlechtsdysphorischen Patientinnen und Patienten am besten behandelt werden sollten. Beide Seiten meinen, es nur gut zu meinen und sind sich über den medizinischen Grundsatz „primum nihil nocere“ – „vor allem nur nicht schaden“ einig.

Ich komme zum Ende: Wenn wir uns hier im Saal einmal als Großgruppe betrachten, so bewundere ich Ihren Mut lieber **Herr Fuchs** und liebe **Frau Sevecke**, diesen wichtigen Kongress organisiert zu haben: in Zeiten, die in allen sozialen Bereichen von Spaltungen bedroht sind, unerschrocken vor **Kontroversen, die hier ausgetragen werden konnten**, nur mit Blick auf die jugendlichen Patienten, um die wir uns zu kümmern haben, aus welchen Ecken des deutschsprachigen Kultur-Raumes wir auch kommen.

Herzlichen Dank Ihnen beiden und Ihren Kolleg*innen
und herzlichen Dank Ihnen allen für Ihr Interesse!

Literatur:

Biggs, M. (2022). The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(4), 348–368. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2121238>

Burzig, G. (1982) Der Psychoanalytiker und der transsexuelle Patient. Ein Beitrag zur notwendigen Auseinandersetzung mit »psycho«-chirurgischen Eingriffen an den Geschlechtsmerkmalen. *Psyche*. September 1982, 36. Jahrgang, Heft 9, 848-856.

Cohen-Kettenis, P.T. & Pfäfflin F. (2003) *Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence: Making Choices*. Sage Publications, London.

Delemarre-Van De Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155 (Supplement_1) S.131-S.137.

Di Ceglie, D. & Freedman, D. (1998) *A Stranger in My Own Body: Atypical Gender Identity Development and Mental Health*. Karnac Books, London, 1998.

Fahrenkrug, S. (2022) Zwischen Stillstand und Neuerung. Zur Dynamik des Diskurses über Transsexualität und Geschlechtsdysphorie. *PDP Psychodynamische Psychotherapie*. November 2022, Heft 4, pp 328-338.

Gooren, L., & Delemarre-van de Waal, H. (1996). The feasibility of endocrine interventions in juvenile transsexuals. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 8, 69–74. <https://www.youtube.com/watch?v=zK99l8zbNOU>

Green, R. (1987) *The Sissy-Boy-Syndrome” and the development of homosexuality*. New Haven. CT: Yale University Press.

Imhorst, E. (2019). Wir wären so gerne eindeutig! Geschlecht – Gender – Identität. In Moeslein-Teising et al. (2019), 41-53.

Lehmann, T. F., Maas-Tannchen, A., Kallenbach, G. (2024) Psychoanalytische Leitlinie der VAKJP Geschlechtsinkongruenz. In: *Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Fachzeitschrift für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie*, Heft 203 Transgender II, 55. Jg., 3/2024. E-Journal (pdf).

Leonhardt, A., Fuchs, M., & Sevecke, K. (2024). Das Unbehagen am eigenen Geschlecht - Geschlechtsinkongruenz in der ICD-11. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 73(8), 737-752.

Korte, A. (2024). *Hinter dem Regenbogen. Entwicklungspsychiatrische, sexual- und kulturwissenschaftliche Überlegungen zur Genderdebatte und zum Phänomen der Geschlechtsdysphorie bei Minderjährigen*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2024.

Meyenburg, B., Korte, A., Möller, B., & Romer, G. (2014). Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter (F64) Leitlinien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(6), 542-552.

Pfäfflin, F. & Junge, A. (1992) *Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität*. Schattauer, Stuttgart.

Preuss, W. F. (2021) *Geschlechtsdysphorie, Transidentität und Transsexualität im Kindes- und Jugendalter. Diagnostik, Therapie und Indikationsstellungen für hormonelle Behandlung*. 3. Überarbeitete Auflage. Ernst Reinhardt Verlag. München.

Preuss, W. F. (2023). Geschlechtsangst und Geschlechtsdysphorie. *PDP-Psychodynamische Psychotherapie*, 22(2), 118-130.

Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A. & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129, 418–425. doi:10.1542/peds.2011-0907

Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. Guilford Press.