

Aus dem Fachbereich Medizin
der JOHANN WOLFGANG GOETHE-UNIVERSITÄT
Frankfurt am Main

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des
Kindes- und Jugendalters
DIREKTORIN: PROF. DR. MED. DIPL.-THEOL. C. M. FREITAG

**Katamnese und Lebenszufriedenheit von Kindern und
Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
des Fachbereiches Medizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

vorgelegt von
Rebecca Barbara Neugebauer
aus Kirchheimbolanden

Frankfurt am Main, 2014

Dekan: [Prof. Dr. Josef M. Pfeilschifter]
Referent: [Prof. Dr. med. Dipl.- Theol. Christine M. Freitag]
Korreferent: [Herr Prof. Dr. Dipl. Psych. Ralph Grabhorn]
Tag der mündlichen Prüfung: [06.10.2016]

INHALTSVERZEICHNIS

Abkürzungsverzeichnis	7
Begriffsdefinitionen	9
1 Einleitung	11
2 Hintergrund und Stand der Forschung	12
2.1 Symptomatik.....	12
2.2 Diagnostik.....	14
2.3 Prävalenz	15
2.4 Ätiologie	17
2.5 Komorbidität.....	19
2.6 Therapie und Verlaufsstudien.....	19
2.7 Persistenz der GIS und sexuelle Orientierung.....	23
2.8 Tabellarische Übersicht Follow-up und retrospektive Studien	25
3 Fragestellungen und Hypothesen	27
4 Methode	29
4.1 Rekrutierung und Merkmale der Stichprobe	29
4.2 Fragebögen	31
4.2.1 <i>Katamnesefragebogen</i>	32
4.2.2 <i>Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen</i>	32
4.2.3 <i>Child Behavior Checklist, Youth Self Report und Adult Self Report</i>	33
4.3 Einsatz der Fragebögen	34
4.4 Datenschutz und Ethik.....	36
4.5 Auswertung.....	36
4.5.1 <i>Drop-out-Analyse</i>	37
4.5.2 <i>Deskriptive Analyse</i>	37
4.5.3 <i>Zweiteilung Geschlechtswechsel</i>	37

4.5.4	<i>Zweiteilung Psychotherapie</i>	38
4.5.5	<i>Therapiezufriedenheit</i>	38
4.5.6	<i>Statistische Analyse</i>	38
5	Ergebnisse	42
5.1	Drop-out-Analyse.....	42
5.2	Deskriptive Analyse zur Charakterisierung der nachuntersuchten Stichprobe ...	44
5.3	Überprüfung der Hypothesen.....	53
6	Diskussion	58
6.1	Einschränkungen und Drop-out-Analyse.....	58
6.2	Eigenschaften der Stichprobe, Katamnese und deskriptive Analyse.....	59
6.3	Diskussion der Überprüfung der Hypothesen.....	61
6.4	Kritik und Fazit.....	64
7	Zusammenfassung	67
8	Summary	69
9	Literaturverzeichnis	70
10	Anhang	76
10.1	Abbildungen und Tabellen.....	76
10.1.1	<i>Drop-out-Analyse: Tabellen 16 und 17</i>	81
10.1.2	<i>Rollen- und Geschlechtswechsel: Tabellen 18 bis 21</i>	84
10.1.3	<i>Sexuelle Orientierung: Tabellen 22 bis 24</i>	86
10.1.4	<i>Sozialstatus: Tabellen 25-28</i>	87
10.1.5	<i>Psychotherapie und seelische Gesundheit: Tabellen 29 und 30</i>	89
10.2	Fragebögen.....	96
10.3	Auskunft zur schriftlichen Nachuntersuchung.....	113
11	Schriftliche Erklärung	114

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Gruppeneinteilung der Zielstichprobe	29
Tabelle 2: Rücklauf	31
Tabelle 3: Untersuchungsplan	35
Tabelle 4: Studienabbrecher und -teilnehmer im Vergleich.....	42
Tabelle 5: Geschlechtswechsel bei Studienteilnehmern und -abbrechern.....	43
Tabelle 6: Katamnesedauer	44
Tabelle 7: Biologisches Geschlecht der Studienteilnehmer	45
Tabellen 8: Biologisches Geschlecht der Personen mit und ohne Geschlechtswechsel.	45
Tabelle 9: Aufteilung in Personen mit und ohne Geschlechtswechsel.....	46
Tabelle 10: Aufteilung in die Gruppen wenig/ viel Therapie.....	49
Tabelle 11: Fallbetrachtung	50
Tabellen 12: Stationäre psychiatrische Behandlung.....	50
Tabelle 13: Veränderung der Psychopathologie gesamt	51
Tabelle 14: Vergleich der Psychopathologie zur Erstvorstellung (T ₁).....	52
Tabelle 15: Vergleich der Psychopathologie zur Nachuntersuchung (T ₂).	52
Tabellen 16: Drop-out-Analyse: Fallbetrachtung.....	81
Tabellen 17: Drop-out-Analyse: Fallbetrachtung: Gründe für Ablehnung.	82
Tabellen 18: Rollenwechsel.....	84
Tabelle 19: Vornamensänderung.....	85
Tabelle 20: Personenstandsänderung.....	85
Tabelle 21: Zufriedenheit mit dem Rollenverhalten.....	85
Tabelle 22: Sexuelle Orientierung der Erwachsenen	86
Tabellen 23: Sexuelle Orientierung der Erwachsenen mit Geschlechtswechsel.....	86
Tabelle 24: Sexuelle Orientierung der Jugendlichen.....	86
Tabellen 25: Sozialstatus Erwachsene.....	87
Tabellen 26: Sozialstatus Jugendliche	87
Tabellen 27: Sozialstatus Kinder	88
Tabelle 28:Familienstand Erwachsene	89
Tabellen 29: Psychotherapie.....	89
Tabellen 30: Stationäre psychiatrische Behandlung und Suizid	91

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Entscheidungsbaum bei GIS im Kindes und Jugendalter	15
Abbildung 2: Stichprobe der Nachuntersuchung.	30
Abbildung 3: Sexuelle Orientierung der Teilnehmer der Studie im Vergleich.....	43
Abbildung 4: Soziale Probleme bei viel und wenig Therapie	54
Abbildung 5: Aggressives Verhalten bei viel und wenig Therapie.....	54
Abbildung 6: Aggressives Verhalten mit und ohne Geschlechtswechsel	55
Abbildung 7: Soziale Probleme mit und ohne Geschlechtswechsel.....	56
Abbildung 8: Diagnostische Merkmale für GIS laut DSM-IV-TR.....	76
Abbildung 9: Diagnostische Merkmale für GIS laut ICD 10.....	77
Abbildung 10: Streudiagramm: Syndromskala Internalisierung	78
Abbildung 11: Streudiagramm: Syndromskala Externalisierung	78
Abbildung 12: Streudiagramm: Syndromskala Angst/ Depressivität.....	79
Abbildung 13: Streudiagramm: Syndromskala soziale Probleme	79
Abbildung 14: Streudiagramm: Syndromskala sozialer Rückzug.....	80
Abbildung 15: Sozialer Rückzug bei viel und wenig Therapie.....	93
Abbildung 16: Angst/ Depressivität bei viel und wenig Therapie	93
Abbildung 17: Sozialer Rückzug mit und ohne Geschlechtswechsel	94
Abbildung 18: Angst/ Depressivität mit und ohne Geschlechtswechsel.....	94
Abbildung 19: Lebensqualität Familie mit und ohne Geschlechtswechsel	95
Abbildung 20: Lebensqualität psychische Gesundheit mit und ohne Geschlechtswechsel	95
Abbildung 21: Gesamtbeurteilung der Lebensqualität mit und ohne Geschlechtswechsel	96

Abkürzungsverzeichnis

- **ADM:** Windows® Assessment Data Manager
- **ANOVA:** analysis of variance (univariate Varianzanalyse)
- **aV:** abhängige Variable
- **bzw.:** beziehungsweise
- **ca.:** circa
- **CAG:** Cytosin Adenin Guanin
- **CBCL:** Child Behavior Checklist (Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen), CBCL-M/ -J: Auswertung für Mädchen/ Jungen
- **CYP17:** Cytochrom P450 17
- **DCAP** Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy (Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes-und Jugendalters)
- **d. h.:** das heißt
- **DSM-IV-TR:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen) IV Textrevision
- **durchschnittl.:** durchschnittlich(en)
- **et al.:** und andere
- **FzM:** Frau-zu-Mann
- **ges.:** gesamt(e)
- **GID:** gender identity disorder (Geschlechtsidentitätsstörung)
- **GIS:** Geschlechtsidentitätsstörung(en)
- **GnRH:** Gonadotropin-Releasing-Hormon
- **GW:** Geschlechtswechsel
- **Hormonth.:** Hormontherapie
- **ICD-10:** International Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) 10
- **ILK:** Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
- **IQ:** Intelligenzquotient
- **J.:** Jahre(n)
- **J. W.:** Johann Wolfgang

- **KJP:** Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy)
- **M:** Mittelwert
- **Max.:** Maximum
- **Min.:** Minimum
- **MzF:** Mann-zu-Frau
- **n:** Anzahl
- **Op.:** Operation(s) oder Genitaloperation
- **Pat.:** Patienten
- **Psychth.:** Psychotherapie(n)
- **SD:** standard deviation (Standardabweichung)
- **SRS:** sex reassignment surgery (geschlechtsangleichende Operation)
- **T₁:** Zeitpunkt der Erstvorstellung
- **T₂:** Zeitpunkt der Nachuntersuchung
- **Th.:** Therapie
- **vs.:** versus
- **YASR:** Young Adult Self Report (Fragebogen für Jugendliche)
- **YSR:** Youth Self Report (Fragebogen für junge Erwachsene), YSR-M/ -J:
Auswertung für Mädchen/ Jungen
- **z. B.:** zum Beispiel
- **zw.:** zwischen

Begriffsdefinitionen

Geschlechtsidentität: (gender identity)

Die Geschlechtsidentität bezieht sich auf die Identifikation einer Person mit kulturell definierten Charakterzügen und Verhaltensweisen, die mit Männlichkeit oder Weiblichkeit verbunden werden (Doctor, Neff 1998). Sie entwickelt sich aus einer tiefen, überdauernden Gewissheit und der stetigen Erfahrung mit der eigenen Individualität, welche sich „[...] im Verhalten und Erleben niederschlägt und als eindeutig weiblich oder männlich oder als irgendwo dazwischen liegend empfunden wird.“ (Vetter 2007, S. 24).

Abzugrenzen von der Geschlechtsidentität ist die sexuelle Orientierung, die heterosexuell, homosexuell oder bisexuell sein kann.

Geschlechtspräsentation/ Geschlechtsrolle (gender role):

Unter der Geschlechtsrolle wird die Präsentation der eigenen Person in der Öffentlichkeit als eher maskulin oder feminin verstanden (Money 1994).

Geschlechtsidentitätsstörung:

Die Geschlechtsidentitätsstörung ist charakterisiert durch „ein anhaltendes und starkes Unbehagen über und/ oder Leiden am eigenen biologischen Geschlecht“. Desweiteren beteuern die Betroffenen dem anderen Geschlecht anzugehören und/ oder wünschen sich entsprechend zu leben. Dies kann bis zu dem „[...] Wunsch nach gegengeschlechtlicher hormoneller Behandlung und nach einer operativen Geschlechtsumwandlung führen.“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007, S.167). Es liegt also eine Diskrepanz vor zwischen den biologischen Geschlechtsmerkmalen und der kulturell bestimmten Geschlechtsidentität (Doctor, Neff 1998).

Sex:

Das englische Wort „sex“ bezeichnet das biologische Geschlecht eines Menschen, während das englische Wort „gender“ definiert ist als die subjektiv erlebte Identität und öffentlich präsentierte soziale Rolle einer Person (Money 1994).

„Staunliches waltet viel und doch
nichts Erstaunliches als der Mensch.“

Sophokles

1 Einleitung

Im Gegensatz zu erwachsenen Transsexuellen existieren kaum strukturierte Nachuntersuchungen über die Langzeitergebnisse und den Therapieverlauf von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen (GIS). Die Behandlung ist umstritten, besonders die Möglichkeit bei der Therapie von Jugendlichen, nach sorgfältiger Indikationsstellung den Eintritt der Pubertät durch Gabe von Gonadotropin-inhibierenden Hormonen zu verzögern beziehungsweise (bzw.) die weitere pubertäre Entwicklung zu unterbrechen, um einen späteren Geschlechtswechsel zu erleichtern. Deshalb besteht ein Bedarf an systematischen Follow-up Untersuchungen.

Eine systematische katamnestische Untersuchung wie in der vorliegenden Arbeit ist von großem wissenschaftlichem Interesse, um Daten zur psychosexuellen Entwicklung, Geschlechtsidentität und Prognose der Erkrankung zu gewinnen. Die Problematik scheint bei Kindern durch psychotherapeutische Intervention besser behandelbar als bei Jugendlichen. Es gilt zu klären, welche Faktoren Psychopathologie und Lebenszufriedenheit beeinflussen. Hieraus könnten evidenzbasierte Empfehlungen für die Therapie dieser Patienten gewonnen werden.

Die vorliegende schriftliche Nachuntersuchung erfasst Personen, die vor April 2007 in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Johann Wolfgang (J. W.) Goethe-Universität Frankfurt am Main aufgrund der Diagnose GIS des Kindes- und Jugendalters vorgestellt wurden. Behandlungsverlauf, Zufriedenheit mit der Therapie, Lebensqualität und Psychopathologie wurden erfragt. Ziel dieser Untersuchung ist es, einen Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit und der in Anspruch genommenen Psychotherapie nachzuweisen. Es wird überprüft, ob ein Geschlechtswechsel zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Studienteilnehmer führt. Ferner wird analysiert, wie sich psychotherapeutische Behandlung auf psychopathologische Auffälligkeiten der Personen auswirkt. Die Veränderung der Psychopathologie zwischen der Erstvorstellung in der Klinik und dem Zeitpunkt der Nachuntersuchung wird darüber hinaus auch im Zusammenhang mit einem Geschlechtswechsel untersucht.

Die vorliegende Katamnese dient zusätzlich der Sammlung von Daten zum Sozialstatus, zur sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität der Teilnehmer, wobei die Entscheidung für einen Geschlechtswechsel und der entsprechende Behandlungsverlauf detailliert erfasst werden.

2 Hintergrund und Stand der Forschung

2.1 Symptomatik

Kinder und Jugendliche mit GIS fallen dadurch auf, dass sie Kleidung, Spiele, Hobbys und Freunde des anderen Geschlechts bevorzugen und alles ablehnen, was ihrem biologischen Geschlecht zugeordnet wird. Sie sind meist unglücklich, da sie das Gefühl haben, dem falschen Geschlecht anzugehören.

○ Die Kriterien für eine Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter (302.6) bzw. bei Jugendlichen und Erwachsenen (302.85) im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen) IV Textrevision (DSM- IV-TR) (Saß, Wittchen, Zaudig 2003) setzten sich aus folgenden Symptomen zusammen:

- Erstes diagnostisches Hauptkriterium:

Es besteht ein starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht.

Bei Kindern sollten mindestens vier der folgenden fünf Merkmale erfüllt sein:

- Wiederholt geäußelter Wunsch oder Beharren darauf, dem anderen Geschlecht anzugehören
- Neigung zum Tragen der Kleidung, die dem Stereotyp des anderen Geschlechts entspricht, oder Imitation deren Aufmachung
- Dringliche und andauernde Neigung zum Auftreten in der gegengeschlechtlichen Rolle oder anhaltende Phantasien über die Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht
- Intensives Interesse an der Teilnahme an Freizeitaktivitäten oder Spielen, die für das andere Geschlecht typisch sind
- Starke Präferenz von Spielkameraden des anderen Geschlechts

Bei Jugendlichen manifestiert sich die GIS durch den Wunsch nach Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht und das Ziel, als solcher zu leben und behandelt zu werden. Außerdem treten die Jugendlichen periodisch als Angehörige des anderen Geschlechts auf oder sind der Überzeugung, dass sie die charakteristischen gegengeschlechtlichen Reaktionsweisen und Gefühle aufweisen.

- Zweites diagnostisches Hauptkriterium:

Es besteht ein dauerndes Unbehagen im biologischen Geschlecht.

Bei Kindern äußert sich dies durch eines der folgenden Symptome:

Bei Jungen:

- Empfindung der männlichen Genitalien als abstoßend
- Behauptung, dass diese verschwinden würden
- Erklärung, dass es besser sei, keinen Penis zu haben
- Aversion gegen typische Jungenspielzeuge und gegen Raufen und Toben oder andere typische Aktivitäten und Spiele von Jungen

Bei Mädchen:

- Abneigung gegen das Urinieren im Sitzen
- Behauptung, dass sie einen Penis hätten oder einer bei ihnen wachsen würde
- Erklärung, dass kein Brustwachstum und keine Menarche auftreten würde
- Ausgeprägte Aversion gegen charakteristische weibliche Kleidung

Bei Jugendlichen manifestiert sich das Störungsbild durch den Wunsch, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden und das Aussehen des anderen Geschlechts zu erlangen. Dies soll zum Beispiel durch hormonelle oder chirurgische Therapie erreicht werden. Außerdem sind die Jugendlichen oft verzweifelt und glauben, sie seien im Körper des falschen Geschlechts geboren worden.

Ausgeschlossen werden soll als Differentialdiagnose ein somatisches Intersex-Syndrom. Als Voraussetzung wird ferner im DSM- IV-TR genannt, dass die GIS ein klinisch bedeutsames Leiden oder eine Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen verursacht. Im Gegensatz dazu beschreibt die International Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) 10 (ICD-10), dass Jungen soziale Ächtung meist während der ersten Schuljahre erfahren, Mädchen eher in der späten Kindheit und Adoleszenz (siehe hierzu auch Abbildung 8 und 9 im Anhang).

Um die Kriterien der Diagnose F64.2 der ICD-10 (Dilling, Freyberger 2010) zu erfüllen, muss die Störung darüber hinaus seit mindestens sechs Monaten bestehen. Zu den Ausschlussdiagnosen zählen die ich-dystone Sexualorientierung (F66.1) und die sexuelle Reifungskrise (F66.0). Sollte sich die GIS nicht lange vor der Pubertät manifestiert haben, muss laut ICD-10 die Diagnose „Transsexualismus“ (F64.0) gestellt werden, sofern die Störung bereits seit zwei Jahren besteht. Jugendliche sollten unter Berücksichtigung des DSM- IV-TR dem Diagnoseschlüssel der Erwachsenen (302.85) zugeordnet werden, da es im DSM- IV-TR keine gesonderten Diagnosen für

Jugendliche gibt. Es kann aber auch im Einzelfall, bei geringem individuellem Entwicklungsniveau, die Codierung 302.6 (GIS des Kindesalters) vorgenommen werden.

2.2 Diagnostik

Die Symptome des Kindes oder des Jugendlichen¹ sollten gemäß den Leitlinien zur Diagnostik von GIS im Kindes- und Jugendalter (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007) unter Miteinbeziehung der Eltern exploriert werden. Dabei sollten gezielt die oben genannten Punkte abgefragt werden, um die Erfüllung der Kriterien zu eruieren. Darüber hinaus sollte das Kind oder der Jugendliche psychiatrisch untersucht werden, wobei das gesamte psychosoziale Umfeld Beachtung finden sollte. Nicht nur der Aspekt des geschlechtsatypischen Verhaltens, sondern auch die Wünsche und Phantasien des Kindes oder Jugendlichen sollten zum Beispiel durch eine Wunschprobe („Drei magische Wünsche“) und Erfragen von Träumen exploriert werden. Der Schwerpunkt sollte bei der Diagnostik auf Leidensdruck, Einsichtsfähigkeit, Veränderungswunsch und Beziehungsfähigkeit als Voraussetzungen für eine Psychotherapie liegen. Des Weiteren sollte die Entwicklungsgeschichte und die Rahmenbedingungen der Störung des Kindes oder des Jugendlichen betrachtet werden. Neben dem Beginn des Verhaltens sollten mögliche traumatisierende Erlebnisse und die Reaktionen Gleichaltriger und der Eltern auf das Auftreten erfragt werden. Auch eine mögliche psychiatrische Komorbidität wie Depressionen, Trennungsängste oder Borderline- Persönlichkeitsstörungen sollten abgeklärt werden.

An testdiagnostischen Verfahren wird die Menschzeichnung (Zucker und andere (et al.) 1983) und die Child Behavior Checklist (CBCL) empfohlen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007). Eine weitere Möglichkeit zur Differenzierung von Transsexuellen bietet die Utrecht Gender Dysphoria Scale (Cohen-Kettenis, van Goozen 1997). Die GIS sollte von den Differentialdiagnosen einer intersexuellen Störung oder der einer ich-dystonen Sexualorientierung abgegrenzt werden (siehe hierzu Abbildung 1).

¹ Mit „der Jugendliche“ („der Patient“, „der Erwachsene“...) ist hier und im Folgenden stets auch „die Jugendliche“ („die Patientin“, „die Erwachsene“...) gemeint. Der Einfachheit halber wird jedoch durchgehend das männliche Personalpronomen verwendet, auch wenn beide Geschlechter betroffen sind.

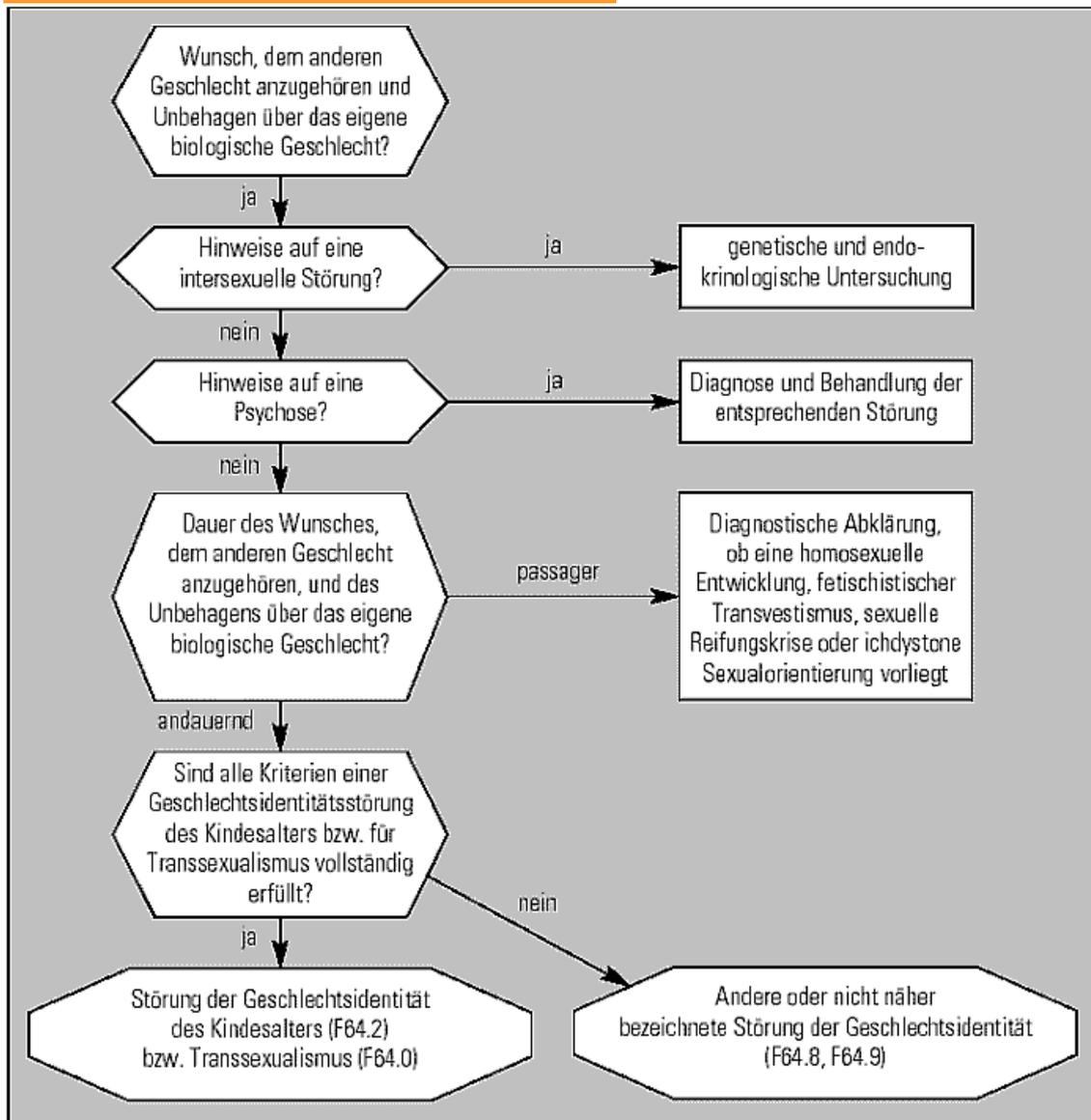


Abbildung 1: Entscheidungsbaum bei GIS im Kindes und Jugendalter (Vergleiche Abb. 22 in Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007 S.171)

2.3 Prävalenz

Es liegen keine Studien zur Epidemiologie der Diagnose GIS im Kindes- und Jugendalter vor, allerdings geht aus retrospektiven Befragungen homosexueller Männer und Frauen hervor, dass diese in ihrer Kindheit häufig geschlechtsatypisches Verhalten zeigten (Cohen-Kettenis, Pfäfflin 2003, S.64). Aber es ist fragwürdig, ob diese erinnerten gegengeschlechtlichen Verhaltensweisen ein Ausmaß erreicht hätten, dass die klinische Diagnose gerechtfertigt gewesen wäre. Obwohl eine große Zahl der Kinder mit GIS später eine homosexuelle Entwicklung durchläuft, so zeigten im

Umkehrschluss nicht alle Homosexuellen ein mit einer klinisch relevanten GIS gleichzusetzendes geschlechtsatypisches Verhalten in ihrer Kindheit.

Nach Schätzungen liegt die Prävalenz bei circa (ca.) 40:100.000 Kindern, das heißt in Deutschland wären bei 700.000 Geburten jährlich 280 Kinder betroffen (Vetter 2007). In Belgien liegt die Prävalenz von Mann-zu-Frau (MzF) Transsexuellen bei 1:12.900, von Frau-zu-Mann (FzM) Transsexuellen bei 1:33.800 (Cuypere et al. 2007). Im Vergleich dazu wird die Gesamtanzahl von Transsexuellen in Deutschland auf 3000 bis 6000 geschätzt, die Prävalenz auf 1:13.000 bis 1:27.000 (Sigusch 2007). Das Verhältnis von MzF zu FzM Transsexuellen in Deutschland wurde in der Zehnjahresprävalenz (zwischen 1990 und 1998) mit 1,6:1 berechnet, wobei die Sex-Ratio zwischen 1980 und 1989 noch bei 2,2:1 lag. Somit scheint es langsam zu einer Annäherung der Prävalenzen zwischen den Geschlechtern zu kommen (Garrels et al. 2000).

Die Fragen 5 und 110 der Child Behavior Checklist (CBCL), einem Instrument zur Erfassung psychopathologischer Auffälligkeiten bei Kindern (Achenbach 1991; deutsche Bearbeitung von Döpfner et al. 1998), erfassen gegengeschlechtliches Verhalten und den Wunsch nach Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht. Je nach Studie, untersuchtem Item und Altersgruppe beantworteten die Eltern diese Fragen bei 0,7 bis 6% ihrer Söhne und bei 2,5 bis 12,9% ihrer Töchter als manchmal oder häufig zutreffend (Zucker et al. 1997; Cohen-Kettenis, Pfäfflin 2003, S.65). Doch diese Zahlen geben nur mittelbar einen Eindruck von der Epidemiologie, denn sie spiegeln nicht den Anteil der Kinder wider, die die diagnostischen Kriterien für eine GIS erfüllen, da mit der CBCL nur geschlechtsatypische Wünsche und Verhaltensweisen abgefragt werden.

Obwohl Mädchen häufiger geschlechtsatypisches Verhalten zeigen, werden im vorpubertären Alter deutlich mehr Jungen als Mädchen bei einem Arzt oder Psychologen vorgestellt. Im Jugendalter sind dann biologisch weibliche Patienten häufiger (Meyenburg 2008). Dieses unausgeglichene Verhältnis mag an einer höheren sozialen Akzeptanz geschlechtsatypischen Verhaltens bei Mädchen liegen (Cohen-Kettenis et al. 2006).

2.4 Ätiologie

Die Ätiologie dieser Störung ist noch weitgehend ungeklärt. Sie scheint jedoch durch ein komplexes Zusammenspiel von hormonellen, genetischen, familiären, kulturellen und sozialen Faktoren verursacht zu sein. Die subjektive Geschlechtsidentität einer Person wird durch die Individualität in ihrem Erleben und Handeln bestimmt (Becker et al. 1998).

Verschiedenartige theoretische Ansätze versuchen die Ursachen und Verlaufsbedingungen von GIS zu erklären. So scheint ein anhaltendes Begehren nach Geschlechtsumwandlung das Ergebnis von aufeinanderfolgenden, in unterschiedlichen Abschnitten der psychosexuellen Entwicklung gelegenen, möglicherweise kumulativ wirksam werdenden Einflussfaktoren zu sein (Becker et al. 1998). Daraus folgt, dass verschiedenartige Entwicklungswege zur Ausprägung des Wunsches zum Geschlechtswechsel führen können. Eine solche intrapsychische Entwicklung, aber auch Hinweise auf eine mögliche erbliche Komponente wurden in drei empirischen Studien zur Identifizierung von GIS vermittelnden und beeinflussenden Faktoren gefunden (Bailey, Dunne, Martin 2000; Coolidge, Thedel, Young 2002; Knafo, Iervolino, Plomin 2005). Ein gehäuftes familiäres Auftreten von GIS wurde jedoch nur selten berichtet (Hyde, Kenna 1977; Green 2000; Diamond, Hawk 2003).

Hinsichtlich der Frage, wann die Entwicklung der Geschlechtsidentität stattfindet, legte der Fall von männlichen Zwillingen die Vermutung nahe, dass die Ausbildung der Geschlechtsidentität zwischen dem 12. und 18. Lebensmonat geschieht. Einer der Säuglinge hatte bei der Beschneidung den Penis verloren und war als Mädchen aufgezogen worden. Zu einem späteren Zeitpunkt sei eine Änderung der Geschlechtsidentität laut Money (1975) mit erheblichen psychischen Problemen verbunden. Doch diese Annahme ist in Frage zu stellen, da Nachuntersuchungen des Zwillingspaares zeigten, dass der als Mädchen großgezogene Junge in der Pubertät zu einer männlichen Geschlechtsrolle zurückkehrte. Im Erwachsenenalter unterzog sich der Patient einer Rekonstruktion der Geschlechtsorgane, heiratete und wurde Stiefvater (Diamond, Sigmundson 1997).

Es wurden einige Untersuchungen zu biologischen Ursachen von Störungen der Geschlechtsidentität durchgeführt. Dabei wurden zwar nur erwachsene Transsexuelle untersucht, doch da die Ergebnisse auch für Kinder und Jugendliche mit GIS relevant sind, werden diese Studien im Folgenden zusammengefasst.

Hinweise auf eine hormonelle Beeinflussung der Geschlechtsidentität wurden mehrfach gefunden. So unterschied sich beispielsweise in einer Studie die Allelfrequenz des Cytochrom P450 17 (CYP 17) Gens von Frau-zu-Mann Transsexuellen signifikant von der Allelfrequenz der weiblichen Kontrollgruppe (Bentz et al. 2008). Dieses Gen codiert die Steroid-17-alpha-Hydroxylase, die den Metabolismus der Sexualhormone reguliert. Auch ein gehäuftes Auftreten des polyzystischen Ovarialsyndroms mit Hyperandrogenämie bei FzM Transsexuellen wurde beobachtet (Baba et al. 2007). Bei Mädchen mit Adrenogenitalem Syndrom wurde männlicheres Rollenverhalten und weniger weibliche Interessen bei der Wahl von Spielzeug, Kleidung, Make-up, Sport und Spielkameraden beobachtet (Dittmann et al. 1990a, Dittmann et al. 1990b). In Tierexperimenten an Ratten führte pränataler mütterlicher Stress bei männlichen Jungen zu einem geschlechtsatypischen Verhalten und weiblichem sexuellen Verhalten (Ward et al. 1994). Phönix et al. (1959) konnten die sexuelle Differenzierung des Gehirns von Tieren durch die Einwirkung von Geschlechtshormonen nachweisen.

Mann-zu-Frau Transsexuelle hatten signifikant mehr Cytosin Adenin Guanin (CAG) Wiederholungen in dem Allel ihres Androgenrezeptors als eine gesunde männlichen Kontrollgruppe (Hare et al. 2009). Außerdem zeigten neurobiologische Untersuchungen, dass bestimmte Gehirnstrukturen bei MzF Transsexuellen in Volumen und neuronaler Dichte denen von Frauen glichen (Zhou 1995, Kruijver et al. 2000, Garcia-Falgueras 2008). In einer aktuellen großen Fall-Kontroll-Studie wurde der Zusammenhang zwischen verschiedenen Sexualhormon-Genpolymorphismen und Transsexualität geprüft (Ujike et al. 2009). Es konnte jedoch im Gegensatz zu den oben beschriebenen Untersuchungen kein signifikanter Unterschied in der Verteilung der Häufigkeit genetischer Varianten der analysierten Sexualhormon-Gene zwischen Transsexuellen und der Kontrollgruppe gefunden werden. Diese Ergebnisse geben deshalb keinen Hinweis darauf, dass die untersuchten Genpolymorphismen eine ursächliche Bedeutung für MzF oder FzM Transsexualität haben (Ujike et al. 2009).

Verschiedene psychologische Modelle versuchen, die Entwicklung von GIS bei Kindern und Jugendlichen zu erklären. Schwere frühe Traumata wurden häufig bei Patienten mit GIS im Kindes- und Jugendalter beschrieben. Die Annahme einer neuen (Geschlechts-) Identität diene somit der Abwehr von Vernichtungs- und Trennungsängsten (Meyenburg in: Sigusch 2007). Traumatisierung und soziale Ängste, so zeigen Befunde, sind immerhin bei etwa 20% der Betroffenen vor allem in Familien mit niedrigem Sozialstatus nachzuweisen (Fiedler 2004). Ein anderes psychologisches

Konzept nutzt zur Begründung der GIS von Jungen die Identifikation mit der Mutter, um dadurch dem Verlust von Liebe und Zuwendung dieser Person zu entgehen. Aus dieser frühen Störung entstünde der Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören als eine Art „neurotische Abwehrbildung“ (Meyenburg in: Sigusch 2007). Die GIS bei Mädchen wurde in einem Fallbericht auf den Versuch zurückgeführt, sich selbst und die Mutter durch die eigene männliche Stärke vor gewalttätigen Angriffen des Vaters zu schützen (Bradley 1980).

2.5 Komorbidität

Komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit GIS wurden mehrfach beschrieben. Eine in London durchgeführte Untersuchung von Patienten einer Spezialsprechstunde für Kinder und Jugendliche mit GIS zeigte, dass mehr als die Hälfte der Personen an Depressionen litten, außerdem waren Beziehungsprobleme häufig (Di Ceglie et al. 2002). Des Weiteren wurde die Komorbidität von Depressionen und GIS in einer großen genetischen Studie bestätigt (Coolidge, Thedel, Young 2002).

Die Vermutung, dass Jungen in einem höheren Maße psychopathologisch auffällig sind, wenn eine GIS besteht, konnte nicht bestätigt werden. Es konnte keine signifikant höhere Psychopathologie bei Jungen mit GIS vor der Einschulung gefunden werden als in einer gleichaltrigen Kontrollgruppe (Zucker 2008).

2.6 Therapie und Verlaufsstudien

Die in den vorliegenden Leitlinien bislang empfohlene individuelle Psychotherapie sollte möglichst früh beginnen und langfristig fortgeführt werden (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007).

Bei Kindern besteht das primäre Behandlungsziel in der Besserung und Hilfe bei den durch die GIS entstehenden Konflikten. Hierzu werden Kinderärzte, Eltern, Erzieher und Lehrer aufgeklärt und in die Behandlung mit einbezogen. Wichtig ist bei einer Therapie immer ein ergebnisoffenes Vorgehen. Dem Kind oder Jugendlichen wird beispielsweise erklärt, dass ihm geholfen werden soll, aber dass die Entscheidung für einen Geschlechtswechsel erst das Ergebnis der Therapie ist. Bei homophoben Ängsten der Eltern kann eine Familien- oder Elterntherapie angezeigt sein. Alle Faktoren, die einer psychisch gesunden Entwicklung des Kindes im Wege stehen, sollten beseitigt werden (Vetter 2007).

Bei Jugendlichen mit der Diagnose „Transsexualismus“ erfolgt die Behandlung analog der Behandlung erwachsener Transsexueller. Nach mindestens einjähriger Psychotherapie muss der Patient einen sogenannten Alltagstest durchlaufen, um die Indikation für weitere Therapieschritte zu sichern, das heißt (d.h.) er sollte für die Dauer von wenigstens einem Jahr in der Rolle des gewünschten Geschlechts leben. Danach kann die Therapie mit pubertätshemmenden Gonadotropin-Releasing-Hormon- (GnRH) Analoga (z. B. Buserelin oder Goserelin) erfolgen, um die weitere Entwicklung von sekundären Geschlechtsmerkmalen zu verhindern. Männliche Jugendliche können alternativ mit Antiandrogenen (zum Beispiel (z. B.) Cyproteronacetat), weibliche Jugendliche mit Gestagenen (z. B. Lynestrenol oder Medroxyprogesteronacetat) behandelt werden, mit dem Ziel bei den weiblichen Patienten die Menstruation zu unterdrücken, bei den männlichen Stimmbruch und Haarwachstum zu verhindern. Eine Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen sollte in der Regel nicht vor dem 16. Lebensjahr begonnen werden, d. h. Östrogene (z. B. Estradiol) für männliche und Androgene (z. B. Testosteron) für weibliche Patienten. Eine geschlechtsumwandelnde Operation sollte nicht vor dem 18. Lebensjahr erfolgen. Bei männlichen Patienten wird eine Orchidektomie und eine Penisamputation durchgeführt und eine Neovagina geschaffen. Begleitet wird die Geschlechtsanpassung bei Bedarf von einer Epilation der männlichen Behaarung, einer Stimmtherapie oder einer Korrekturoperation des Larynx. Bei weiblichen Patienten wird eine Mastektomie, Hysterektomie und Ovarektomie durchgeführt, in manchen Fällen wird daran eine Phalloplastik, der sogenannte Penoidaufbau, mit Implantation einer Penispumpe angeschlossen. Optimalerweise sollten alle Behandlungsschritte psychotherapeutisch begleitet werden.

Die Frage nach prädiktiven Faktoren für die Indikationsstellung einer frühen hormonellen Behandlung Jugendlicher wurde von Meyenburg (2008) diskutiert. Bei der Auswertung von Daten aus seiner 20-jährigen klinischen Praxis fand er als Faktor einer solchen Vorhersage seinen ersten Eindruck des Patienten. Wirkte der Jugendliche anfangs auf den Untersucher als eindeutig dem Gegengeschlecht zugehörig, so wurde signifikant häufiger mit einer frühzeitigen Hormontherapie begonnen.

Die Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen wird schon seit den neunziger Jahren international kontrovers diskutiert (Meyenburg 1994, Cohen-Kettenis 1995). In den Niederlanden wurden damals die ersten Jugendlichen mit persistierender GIS mit pubertätshemmenden Hormonen (GnRH-Analoga) behandelt. Wie oben beschrieben, wurde nach einem Alltagstest im gewünschten Geschlecht mit

der Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen begonnen und nach Erreichen der Volljährigkeit eine Operation zur Geschlechtsumwandlung angeschlossen. Als Vorteil dieser frühen Behandlung wird beschrieben, dass unerwünschte pubertäre Veränderungen durch GnRH-Analoga Gabe aufgehalten werden können. Außerdem würden die Jugendlichen entlastet und mögliche depressive Symptome nähmen ab, wodurch sie einer Psychotherapie zugänglicher seien. Ein Nachteil dieser frühen Therapie besteht darin, dass das Größenwachstum durch die fehlenden Sexualhormone nicht gebremst wird und somit häufig eine hohe Körpergröße erreicht wird. Von Korte (2008) wurde argumentiert, dass der Jugendliche nicht die Möglichkeit habe, die Sexualität in seinem biologischen Geschlecht zu erleben. Die psychosexuelle Entwicklung als eine identitätsstiftende Erfahrung werde durch die Einnahme von GnRH- Analoga blockiert.

Die wenigen existierenden Verlaufsstudien zu dieser pubertätshemmenden Therapie sollen im Folgenden zusammengefasst werden.

1997 überprüfte Cohen-Kettenis die psychosoziale Stabilität und die sexuelle Entwicklung von 22 Jugendlichen, die sich dieser frühen Behandlung unterzogen und nach Erreichen der Volljährigkeit ihr Geschlecht operativ angleichen ließen. Im Vergleich zu einer Nachuntersuchung von transsexuellen Erwachsenen an der gleichen Klinik waren die Jugendlichen in einer psychisch besseren Verfassung. Sie hatten weniger soziale Probleme und wurden mehr von ihren Familien unterstützt.

In einer Studie wurden Jugendliche mit GIS, die sich früh einer geschlechtsangleichenden Operation unterzogen, mit einer Kontrollgruppe ohne diese frühe Behandlung verglichen (Smith, van Goozen, Cohen-Kettenis 2001). Postoperativ waren die Jugendlichen mit frühzeitiger Therapie in einem stabilen psychischen Zustand, ohne ihre Entscheidung zu bereuen. Vier von sechs Jugendlichen der Kontrollgruppe unterzogen sich in einer anderen Klinik einer geschlechtsangleichenden Operation. An dieser Studie ist zu bemängeln, dass die Vergleichsgruppe sehr klein war, Nachuntersuchungen fehlten und die Personen nicht im anfangs geplanten Behandlungskonzept verblieben, d. h. dass die „intention to treat“ nicht gewahrt wurde.

Im Folgenden sollen Fallberichte und die Ergebnisse von Studien zum Therapieerfolg von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit GIS zusammengefasst werden.

Schon 1964 wurde von Philippopoulos ein erfolgreicher Fallbericht einer psychoanalytischen Psychotherapie veröffentlicht. Seine Patientin begann sich als Frau

zu identifizieren und lebte auch bei einer Nachuntersuchung fünf Jahre nach Beendigung der Therapie noch frei von GIS.

Ebenfalls im Verlauf einer psychoanalytischen Psychotherapie gaben zwei geschlechtsidentitätsgestörte junge Menschen den Wunsch nach biologischer Geschlechtsumwandlung auf und lebten als Homosexuelle (Kirkpatrick, Freidmann 1976). In zwei anderen erfolgreichen Fallberichten wurde die Psychotherapie mit einer Verhaltensmodifikation und der aktiven Bestärkung der Patienten, im biologischen Geschlecht zu leben, kombiniert (Davenport, Harrison 1977; Kronberg et al. 1981).

Ein weiterer Bericht diskutiert die erfolgreiche Verhaltensmodifikation eines jungen Mannes mit GIS, der sechs Jahre nach Therapieende als heterosexuell orientierter Mann lebte (Barlow, Reynolds, Agras 1973; Barlow, Abel, Blanchard 1979).

Neben einer psychoanalytischen Psychotherapie können auch andere Therapieformen bei bestimmten Kindern hilfreich sein. Beispielsweise beschreibt Meyer-Bahlburg (2002) eine Familientherapie als geeigneten Ansatz zur Behandlung einer GIS bei Jungen, dieses belegt er durch 11 erfolgreiche Fallberichte. Ein unterschiedliches psychotherapeutisches Konzept für Jugendliche mit GIS wurde von Di Ceglie (2000) beschrieben. Allerdings konnte sein Konzept nicht zu einer bleibenden Besserung der GIS seiner Patienten in den Nachuntersuchungen führen.

Meyenburg (1999) berichtet von zwei erfolgreichen psychoanalytischen Psychotherapien. Einer der behandelten Jugendlichen entwickelte im Verlauf der Therapie eine stabile heterosexuelle Identität, der andere bekannte sich zu seiner Homosexualität. Meyenburg diskutiert außerdem den Fall einer Patientin, die die Psychotherapie abbrach und in einer homosexuellen Beziehung lebte, und die Geschichte einer Jugendlichen, die sich nach zweijähriger Psychotherapie für den Weg der Geschlechtsumwandlung entschied. Diese Fallberichte demonstrieren, dass der Verlauf der GIS im Jugendalter stark variiert und es wichtig ist, mit großer Vorsicht bei der Behandlung von Jugendlichen vorzugehen (Meyenburg 1999). Eine sorgfältige Diagnostik und Differentialdiagnostik ist unumgänglich, besonders vor dem Beginn mit nur partiell reversiblen Behandlungsschritten, wie der Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen, die weitreichende, bislang nur wenig untersuchte Folgen haben.

Über Therapieverläufe von geschlechtsidentitätsgestörten Kindern und Jugendlichen liegen keine kontrollierten Studien vor und es existieren keine randomisierten Langzeitstudien, die die Ergebnisse von geschlechtsangleichender

operativer Therapie und Psychotherapie bei Jugendlichen mit GIS miteinander vergleichen. Es ist wichtig, dass zukünftige Forschung auch Misserfolge erfasst, zum Beispiel unbefriedigende Ergebnisse und subjektive Verschlechterung der Situation der Patienten (Manners 2008). Die umfangreichen Studien zur geschlechtsangleichenden Therapie bei erwachsenen Transsexuellen mögen hierfür ein Beispiel sein (Pfäfflin, Junge 1992).

2.7 Persistenz der GIS und sexuelle Orientierung

Die erste und umfangreichste Längsschnittstudie zu sogenannten „feminine boys“ wurde 1987 von Green veröffentlicht. Allerdings erfüllte seine Stichprobe nicht die heutigen Kriterien für die Diagnose GIS des Kindes- und Jugendalters. Die Untersuchung zeigte, dass Jungen mit mädchenhaftem Verhalten im Kindesalter besonders unter Ausgrenzung und Hänseleien durch Gleichaltrige litten und psychopathologisch relevante Symptome entwickelten. Daraus ergab sich der Bedarf nach einer multidisziplinären Therapie, wie sie oben beschrieben wurde, für besonders stark betroffene Kinder. Die Jungen aus Greens Studie waren im Erwachsenenalter zu einem hohen Anteil (75%) bi- oder homosexuell orientiert, ohne eine Störung der Geschlechtsidentität aufzuweisen. In sieben weiteren Nachuntersuchungen neueren Datums an femininen Jungen, die die Diagnosekriterien einer GIS erfüllten, traten homo- oder bisexuelle Orientierungen nach Erreichen der Volljährigkeit nur in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (52%) auf (Zucker 2005; Zucker, Bradley 1995, S.285-286 und S.290-297). Aber im Gegensatz zu Greens Studie (1987), in der nur von einem Jungen berichtet wurde (entspricht 2,2% der Stichprobe), der zum Nachuntersuchungszeitpunkt transsexuell war, bestand die Problematik in den oben genannten neueren Studien bei geschlechtsidentitätsgestörten Jungen zu 12-20% fort. Aus der Zusammenfassung von Studien zwischen 1968 und 1987 geht hervor, dass zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung von 55 Jungen fünf transsexuell, 21 homosexuell, 14 heterosexuell und einer transvestitisch waren (Zucker und Green 1992).

Die erste systematische Nachuntersuchung der psychosexuellen Entwicklung und der Geschlechtsidentität von Mädchen, die aufgrund von GIS an eine Klinik verwiesen wurden, wurde 2008 von Drummond und Mitarbeitern durchgeführt. Bei den Ergebnissen dieser Studie handelt es sich um die ersten prospektiven Daten, die einen Zusammenhang zwischen GIS bei Mädchen und bi- oder homosexueller Orientierung im Erwachsenenalter zeigen. Denn der Anteil bi- oder homosexueller Frauen war zum

Nachuntersuchungszeitpunkt signifikant höher als in der Normalbevölkerung. Doch eine Persistenz der GIS wurde nur bei 12% der Mädchen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung festgestellt. In zwei anderen Längsschnittstudien bei weiblichen Jugendlichen mit GIS und transsexuellen Frauen verspürte ein weit größerer Anteil (70%) der Studienpopulation den anhaltenden Wunsch nach Geschlechtsumwandlung (Cohen-Kettenis, van Goozen 1997; Smith et al. 2005). Für eine systematische Übersicht der Follow-up und postoperativen Untersuchungen siehe 2.8.

Insgesamt besteht allerdings ein deutlicher Mangel an Studien zur Prognose von GIS, die die Entwicklung der Jugendlichen erfassen und die langfristigen Ergebnisse der Therapie beurteilen.

2.8 Tabellarische Übersicht Follow-up und retrospektive Studien:

Bedeutsame Befunde in Follow-up und postoperativen Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit GIS (Abkürzungen siehe unten)

Studie	Stichprobe	Methode	Ergebnisse
Cohen-Kettenis, van Goozen 1997	22 Jugendliche mit SRS (sex reassignment surgery = geschlechtsangleichenden Op.) nach pubertätshemmender und gegen-geschlechtlicher Hormontherapie T ₁ : Patienten im Mittel 17,5 J. T ₂ : Follow-up mit durchschnittl. 22 J.	Standardisierte Begutachtung: T ₁ : IQ Test T ₁ und T ₂ : Gender Dysphoria Scale ¹ , Body Image Scale ² . NVM ³ T ₂ : Social Reactions Questionnaire ⁴ und semi-strukturiertes Interview ⁵ . Vergleich zu einer Nachuntersuchung von transsexuellen Erwachsenen (Kuiper, 1991)	Die Heranwachsenden waren nach der SRS signifikant weniger geschlechtsidentitätsgestört. Keiner der Pat. zeigte ein Gefühl der Reue über die SRS. Im Vergleich zu der Follow-up Untersuchung von erwachsenen Transsexuellen waren die jungen Pat. in einer besseren psychischen Verfassung, sie hatten weniger soziale Probleme und wurden mehr von ihren Familien unterstützt.
Smith, van Goozen, Cohen-Kettenis 2001	20 Jugendliche mit SRS nach pubertätshemmender und gegengeschlechtlicher Hormontherapie, 21 nichtbehandelte und 6 Jugendliche mit später SRS Alter zu T ₁ 13-18 J. T ₂ : 1 -7 J. nach T ₁ bzw. nach SRS	Testung des psychischen, sozialen und sexuellen Funktionsniveaus (mit den gleichen Fragebögen und ähnlichen Interviews wie Cohen Kettenis und van Goozen 1997). Vergleich zw. den drei Gruppen.	Die jungen Erwachsenen mit früher geschlechtsangleichender Therapie waren nach der Behandlung weder geschlechtsidentitätsgestört noch bereuten sie die Op.. Von 6 Jugendlichen der Kontrollgruppe ließen sich 4 in anderen Zentren operieren.

¹ Utrecht Gender Dysphoria Scale

² siehe Lindgren und Pauly (1975), Normierung für eine holländische Bevölkerung siehe Kuiper (1991)

³ Holländische Kurzform des MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) zur Bestimmung der Extravertiertheit, der Psychopathologie, Somatisierung, Negativierung und Schüchternheit

⁴ siehe: Doorn et al. (1996)

⁵ Inhalte des mündlichen Interviews: Evaluation der Therapie, Erfahrungen nach und während des Geschlechtswechsels, Gefühl der Reue wegen der SRS, Leben in der neuen Geschlechtsrolle, heutige Lebenssituation und sozialer Status

Studie	Stichprobe	Methode	Ergebnisse
Smith, van Goozen, Kuijper, Cohen-Kettenis 2005	325 Jugendliche und junge Erwachsene, die sich anfangs einer geschlechtsangleichenden Behandlung unterziehen wollten. Bei 188 wurde die hormonale Behandlung vervollständigt und die Daten von 168 Pat. wurden ausgewertet.	Daten zum psychosexuellen und sozialen Funktionsniveau und zur Geschlechtsidentität wurden zwischen den Gruppen verglichen, um die Behandlung zu evaluieren und Prädiktoren für ein gutes Outcome zu finden.	Persistenzrate der GIS 70%. Die Mehrheit der Pat. hatte ein gutes psychosexuelles und soziales Funktionsniveau. FzM und homosexuelle Transsexuelle erzielten insgesamt bessere Ergebnisse in diesen Bereichen. Zwei heterosexuelle MzF Transsexuelle bereuten die Op..
Zucker, Bradley 1995	40 Jungen mit GIS T ₁ : Pat. im Mittel 8 J. T ₂ : Follow-up mit durchschnittl. 17 J.	Standardisierte Begutachtung: T ₁ IQ- Test Geschlechtsrollenverhalten ⁶ T ₂ : IQ Test, Erinnerung an kindliches und heutiges Geschlechtsrollenverhalten, sexuelle Orientierung in Phantasie und im Verhalten, Drop-out-Analyse und soziale Erwünschtheit.	Persistenzrate der GIS 20% (8 Personen), eine bi-/homosexuelle Orientierung im Verhalten zeigten 20 Pat. (50%) im Follow-up.
Drummond, Bradley, Peterson-Badali, Zucker 2008	71 Mädchen, die aufgrund von GIS vorgestellt wurden. Die Daten von 25 davon wurden ausgewertet T ₁ :Pat. im Mittel 8 J. T ₂ : Follow-up mit durchschnittl. 23 J.	Standardisierte Begutachtung mit den gleichen Methoden wie Zucker und Bradley (1995)	Im Follow-up hatten 3 Teilnehmer (12%) eine GIS und 6 Personen (24%) wurden als bi-/ homosexuell im Verhalten klassifiziert. Damit war der Anteil an bi-/ homosexueller Orientierung 9-23 mal höher als der Anteil in der weiblichen Normalbevölkerung.

T₁ = Zeitpunkt der Erstvorstellung Pat.= Patienten zw.= zwischen J.= Jahre(n)
T₂= Zeitpunkt der Nachuntersuchung bzw.= beziehungsweise Th.= Therapie Op.= Operation
durchschnittl.= durchschnittlich(en) SRS= sex reassignment surgery (geschlechtsangleichenden Op.)
IQ= Intelligenzquotient

⁶Beurteilung u.a. durch eine Menschzeichnung (Zucker et al. 1983) und die Aufgabe des freien Spielens (Zucker et al. 1982)

3 Fragestellungen und Hypothesen

Der theoretische Hintergrund gibt Hinweise darauf, dass Kinder und Jugendliche mit GIS einer großen psychosozialen Belastung ausgesetzt sind und eher unter Ängsten und Depressionen leiden als gesunde Gleichaltrige. Ursachen für mögliche Veränderungen in diesen Bereichen im Katamnesezeitraum werden in dieser Studie umfassend analysiert. Ein weiteres Ziel dieser Studie besteht darin, die Fragestellung zu klären, ob sich Psychotherapie positiv auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit GIS auswirkt. Von Interesse ist außerdem, ob ein Geschlechtswechsel positive Auswirkungen auf psychopathologische Auffälligkeiten der Teilnehmer hat.

Zu diesen Fragestellungen werden die folgenden Hypothesen formuliert:

1. Hypothese: *Es treten weniger psychopathologische Auffälligkeiten nach umfangreicher psychotherapeutischer Behandlung mit den prädiktiven Faktoren hohe Anzahl an Psychotherapiestunden, große Therapiezufriedenheit und junges Alter bei Therapiebeginn auf.* Diese Hypothese beruht auf der Annahme, dass sich Geschlechtsidentitätsstörungen bei Kindern besser behandeln lassen als bei Jugendlichen und dass eine intensivere Psychotherapie und Zufriedenheit mit der Psychotherapie einen positiven Effekt auf das heutige Verhalten des Kindes und seine jetzigen Probleme haben.
2. Hypothese: *Es besteht eine positive Veränderung der Psychopathologie (in den Syndromskalen soziale Probleme, aggressives Verhalten, sozialer Rückzug und Angst/ Depressivität der Child Behavior Checklist (CBCL)/ des Youth Self Report (YSR)/ Young Adult Self Report (YASR) im Verlauf zwischen Personen mit viel Psychotherapie versus (vs.) Personen mit wenig Psychotherapie.* Es wird angenommen, dass viele psychotherapeutische Sitzungen zu einer größeren Verbesserung der Psychopathologie in diesen Bereichen im Vergleich zum Erstvorstellungszeitpunkt führen. Mit dieser Hypothese soll die Auswirkung psychotherapeutischer Behandlung auf das Verhalten in oben genannten Bereichen untersucht werden.
3. Hypothese: *Ein Geschlechtswechsel führt zu einer größeren Verbesserung in der psychopathologischen Auffälligkeit (in den Syndromskalen soziale Probleme, aggressives Verhalten, sozialer Rückzug und Angst/ Depressivität im Vergleich*

zum Erstvorstellungszeitpunkt) als dies ohne einen solchen Schritt der Fall ist. Bei GIS (oder Transsexualität laut diagnostischen Kriterien der ICD-10) werden Jugendlichen nach Beginn der Pubertät ein Leben in der Rolle des anderen Geschlechts und geschlechtsangleichende Maßnahmen bei gegebener Indikation als adäquate Therapieformen empfohlen. Es wird angenommen, dass es im Verlauf zu einer Besserung der psychischen Situation in oben genannten Bereichen bei Personen mit Geschlechtswechsel kommt. Diese positive Änderung sollte größer sein als dies ohne Geschlechtswechsel der Fall ist.

4. Hypothese: *Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der psychotherapeutischen Behandlung und der Gesamteinschätzung der Lebenszufriedenheit.* Diese Hypothese beruht auf der Annahme, dass die Lebensqualität als besser eingeschätzt wird, wenn die gesunde Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen durch häufige Psychotherapiesitzungen gefördert wird.

5. Hypothese: *Je größer die Zufriedenheit mit der Psychotherapie ist, desto höhere Werte werden für die Lebenszufriedenheit im Bereich „seelische Gesundheit“ angegeben.* Die Verbesserung in der Empfindung der seelischen Lebensqualität sollte umso größer sein, je besser die Psychotherapie persönlich empfunden wird.

Explorativ wurde zusätzlich geprüft, ob die „Lebenszufriedenheit gesamt“ und die „Lebensqualität Familie“ besser eingeschätzt wurden, wenn die Zufriedenheit mit der Psychotherapie hoch war.

6. Hypothese: *Personen mit Geschlechtswechsel weisen eine höhere Lebenszufriedenheit in den Bereichen „seelische Gesundheit“, „Familie“ und in der Gesamteinschätzung als Personen ohne Geschlechtswechsel auf.* Nicht nur auf das Verhalten, sondern auch auf die Einschätzung der psychischen, der gesamten und der familiären Lebensqualität sollte sich die indizierte Therapie, der Geschlechtswechsel, im Falle einer fortdauernden GIS bei Jugendlichen auswirken.

4 Methode

"Es werden Studien zur Evaluation der Behandlung [von Geschlechtsidentitätsstörungen] benötigt, welche am besten in spezialisierten Kliniken durchgeführt werden können, in denen viele Kinder mit dieser Diagnose gesehen werden" (Cohen-Kettenis 2003, S.129). In der Ambulanz der Frankfurter Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (KJP), in der die hier dargestellte schriftliche Nachuntersuchung durchgeführt wurde, wurde 1987 eine solche Spezialsprechstunde eingerichtet. Es war die erste Sprechstunde für GIS des Kindes- und Jugendalters im deutschsprachigen Raum. Seit diesem Zeitpunkt wurden dort 415 Jungen und Mädchen aufgrund geschlechtsatypischen Verhaltens und oder Interessen vorgestellt (Stand Anfang Oktober 2013). Sie wurden begutachtet und therapiert oder zu anderen behandelnden Spezialisten überwiesen. Damit hat die Frankfurter Universitätsklinik die im deutschsprachigen Raum höchste Fallzahl von Patienten mit dieser eher seltenen Diagnose. Aufgrund der über 20-jährigen Erfahrung in der Diagnostik und Therapie von GIS liegen gute Voraussetzungen für eine Katamnesestudie vor.

4.1 Rekrutierung und Merkmale der Stichprobe

Die Zielstichprobe besteht aus 84 Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, deren Erstvorstellung in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Frankfurt mindestens drei Jahre vor Beginn dieser Studie lag (April 2007). Die Stichprobe erfüllte zu diesem Zeitpunkt alle Kriterien für die Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung des Kindes und Jugendalters. Diese Patienten wurden in drei Altersgruppen eingeteilt (siehe Tabelle 1).

Spezifische Merkmale der Stichprobe werden im Ergebnisteil unter Kapitel 5.2 besprochen.

Tabelle 1: Gruppeneinteilung der Zielstichprobe (Gesamtanzahl= 84 Personen)

Gruppe	Kinder	Jugendliche	junge Erwachsene
Alter	unter 13 Jahren	zwischen 13 und 17 Jahren	zwischen 18 und 31 Jahren
n	7	10	67

n= Anzahl

Die Personen der Stichprobe oder deren Erziehungsberechtigte, falls die Volljährigkeit noch nicht erreicht war, wurden per Telefon kontaktiert und gefragt, ob sie bereit wären, an einer schriftlichen Nachuntersuchung teilzunehmen. Dabei diente ein Text mit Informationen zu den Zielen der schriftlichen Katamnese, zu ihrem Aufbau und zum Datenschutz als Grundlage des Gesprächs. Diese Auskunft zur schriftlichen Nachuntersuchung ist im Anhang (in Kapitel 10.3) abgedruckt. Über die Bearbeitungszeit und den Inhalt der Fragebögen wurde ebenfalls telefonisch aufgeklärt. Für Rückfragen stand die Untersucherin zur Verfügung.

Einige Kinder und Jugendliche befanden sich zum Zeitpunkt der Erstvorstellung in der Klinik in Jugendhilfeeinrichtungen und das Sorgerecht lag nicht mehr bei den Eltern. In diesen Fällen wurde der jeweilige mit der Pflegschaft beauftragte Sozialarbeiter oder die Pflegeeltern angerufen, um die aktuelle Adresse und Telefonnummer des Jugendlichen zu erfragen.

Wenn das Kind oder der Jugendliche in einem Kinder- und Jugendheim untergebracht war, dann wurde die Wohngruppe aus diesen Gründen telefonisch kontaktiert. Außerdem erfolgte die Suche auch per Internet über ein soziales Netzwerk (<http://www.wer-kennt-wen.de> 2010), wobei die Aufklärung über die Studie stets telefonisch erfolgte.

Dadurch konnten 75% der Stichprobe erreicht werden. Davon stimmten 78% einer Teilnahme an der Studie zu, dies entspricht 58 % der gesamten Stichprobe (siehe Abbildung 2).

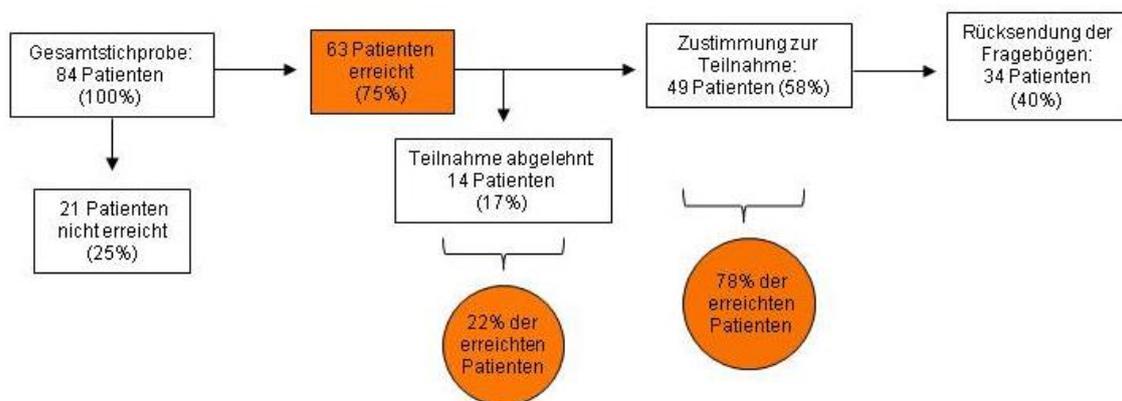


Abbildung 2: Telefonische Kontaktaufnahme zu den Personen der Stichprobe der Nachuntersuchung.

Die Nachuntersuchungsunterlagen wurden von 34 Personen zurückgeschickt, das heißt, der Rücklauf betrug 69%. Insgesamt konnten somit durch die telefonische Rekrutierung 40% der 84 ehemaligen Frankfurter Patienten erfasst werden. Die Details zum Rücklauf in den verschiedenen Gruppen sind in Tabelle 2 enthalten. Zusätzlich wurden drei Patienten in der KJP Frankfurt interviewt und die Fragebögen ausgefüllt. Insgesamt konnten somit die Daten von 37 Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (44% der Stichprobe) gewonnen werden.

Tabelle 2: Rücklauf

Gruppe	Verschickt	Vollständig ausgefüllt zurückgeschickt	Rücklauf (Prozent)
Kinder	6	4	67%
Jugendliche	8	5	63%
Erwachsene	35	25	71%
ges. Stichprobe	49	34	69%

ges.= gesamte

Es wurden auch Informationen zu den 15 Personen (18% der Stichprobe) erhoben, die die zugesendeten Fragebögen nicht ausfüllten. Diese per Telefon gewonnenen Daten werden in Tabellen 16a-c im Anhang aufgeführt und werden in der Drop-out-Analyse zusammengefasst. Neun Personen (11% der Stichprobe) lehnten bereits bei der ersten telefonischen Anfrage eine Teilnahme ab, die Gründe hierfür sind in Tabelle 17a dargestellt. Auch durch die elektronischen Anfragen wurden Daten zu Personen gewonnen, die nicht an der Nachuntersuchung teilnehmen wollten. Diese sind in Tabelle 17b aufgelistet. Die Ergebnisse der kompletten Drop-out-Analyse sind in Kapitel 5.1 dargestellt.

4.2 Fragebögen

Als Nachuntersuchungsinstrumente wurden drei Fragebögen in unterschiedlichen Versionen verwendet:

- (1) Ein von der Untersucherin erstellter Katamnesefragebogen (siehe Anhang Kapitel 10.2), der an einen Fragebogen zur Nachuntersuchung von

operierten Transsexuellen angelehnt ist (Löwenberg, Krege 2008; Löwenberg et al. 2010)

- (2) Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) (Mattejat, Remschmidt 2006) oder eine für Erwachsene abgewandelte Version des ILK
- (3) Ein altersentsprechender Fragebogen zur Beurteilung der Psychopathologie (Child Behavior Checklist, Youth Self Report, Adult Self Report) (Achenbach 1991; deutsche Bearbeitung von Döpfner et al.1998)

4.2.1 Katamnesefragebogen

Der Katamnesefragebogen für Erwachsene, die in ihrer Kindheit aufgrund von GIS behandelt wurden, wurde eigens für diese Studie von der Untersucherin erstellt. Er erfasst das sozioökonomische Funktionsniveau, die psychische Situation, die Partnerschaft, das sexuelle Erleben und die subjektive Zufriedenheit mit der Behandlung, im Besonderen die Zufriedenheit mit der Psychotherapie. Zusätzlich wird die Therapie der GIS stufenweise abgefragt: Psychotherapie, Alltagstest, Hormontherapie, Namens- und Personenstandsänderung und Operationen. Die Kinder- und die Jugendversionen des Katamnesefragebogens enthalten der Erwachsenenversion entsprechende Fragen. Auf Fragen zur Hormongabe und zu Operationen, zum sexuellen Erleben und zur Partnerschaft wurde bei einem Alter unter 13 Jahren verzichtet (Fragebögen in den weiblichen Versionen siehe Anhang Kapitel 10.2).

Als Vorlage für den Katamnesefragebogen wurde der Fragebogen einer Nachuntersuchung von 106 operierten Mann-zu-Frau Transsexuellen verwendet (Löwenberg, Krege 2008; Löwenberg et al. 2010) und entsprechend des Behandlungskonzepts von Kindern und Jugendlichen mit GIS verändert. Dieser Fragebogen wurde bisher nicht publiziert und ist nicht validiert. Löwenbergs Studie (2008) evaluierte katamnestisch Operations- (Op.) Ergebnisse und psychosoziale Integration und erfasst die Rolle der Psychotherapie.

4.2.2 Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen

Zur Erfassung der Lebenszufriedenheit der Stichprobe wurden das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) (Mattejat, Remschmidt 2006) und eine für Erwachsene abgewandelte Version des ILK verwendet. Es existieren repräsentative Normwerte für die Lebenszufriedenheit in der

Allgemeinbevölkerung und in Schülerstichproben erhoben mit dem ILK, welche einen Vergleich zur Normalbevölkerung ermöglichen (Mattejat, Remschmidt 2006; Schönfeld 2008).

Mit dem ILK wird für sechs verschiedene Bereiche die Lebensqualität erfasst:

1. Schule/ Beruf
2. Familie
3. Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen
4. Freizeitgestaltung
5. Körperliche Gesundheit
6. Psychische Gesundheit.

Neben den genannten Einzelbereichen wird auch eine Gesamtbeurteilung der Lebensqualität erfasst.

7. Gesamtbeurteilung Lebenszufriedenheit

Der ILK hat sich in mehreren Studien als ein Instrument mit guten psychometrischen Eigenschaften erwiesen (Mattejat et al. 1998; Mattejat, Remschmidt 1998; Kästner 2001). Die interne Konsistenz liegt für den Gesamtwert zwischen $\alpha = 0.55$ und $\alpha = 0.76$, bei den meisten Skalen liegt die Retestreliaibilität im Bereich von $r = 0.6$ (Mattejat, Heidgen, Remschmidt 2008).

4.2.3 Child Behavior Checklist, Youth Self Report und Adult Self Report

Die Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach 1991; deutsche Bearbeitung von Döpfner et al. 1998) ist ein Elternfragebogen zur Erfassung problematischen Verhaltens von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren. Dieser eignet sich sehr gut zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und daraus abgeleitet der Psychopathologie. Die CBCL wird zu diesem Zweck international eingesetzt und zeichnet sich ebenfalls durch eine gute Reliabilität, Validität und Objektivität in der Durchführung aus. Es liegen deutsche Normwerte für die mit der CBCL erfasste Psychopathologie vor (Remschmidt, Walter 2002).

Zur Selbstauskunft und zur entsprechenden Erfassung von psychopathologischen Symptomen bei älteren Studienteilnehmern wurde der Youth Self Report (YSR) eingesetzt, ein Fragebogen für Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren. Der Young Adult Self Report (YASR) wurde als Instrument bei den jungen Erwachsenen ab 18 Jahren eingesetzt. Diese beiden Inventare entstammen der gleichen Testfamilie wie die

CBCL und ergeben direkt vergleichbare Dimensionen, sodass der Verlauf der Psychopathologie über die Zeit ohne Konzeptwechsel verglichen werden konnte.

Um die klinischen Auffälligkeiten abzuschätzen, wurden verschiedene Items der Fragebögen CBCL, YSR und YASR durch die Autoren des Fragebogens mittels Faktorenanalysen zu acht Syndromskalen zusammengefasst:

1. Sozialer Rückzug,
2. Körperliche Beschwerden,
3. Angst/ Depressivität,
4. Soziale Probleme,
5. Schizoid/ zwanghaft,
6. Aufmerksamkeitsprobleme,
7. Dissoziales Verhalten und
8. Aggressives Verhalten.

Diese Syndromskalen wiederum wurden zu drei Breitbandfaktoren zusammengefasst:

1. Internalisierung,
2. Externalisierung und
3. Total (zur Abschätzung der globalen klinischen Auffälligkeit).

Diese drei Breitbandskalen weisen durchweg zufriedenstellende interne Konsistenzen von $r_{tt} \geq 0.86$ auf (Döpfner et al. 1998). Auch die Stabilität lag bei einer Wiederholung des Fragebogens nach drei Monaten für diese drei Skalen bei $r_{tt} \geq 0.77$ (Döpfner et al. 1998). Die Reliabilität der Skala soziale Probleme bei Mädchen ist zufriedenstellend mit Werten zwischen $r_{tt} = 0.70$ und $r_{tt} = 0.77$, nur die Skala sozialer Rückzug bei Jungen und Mädchen sowie soziale Probleme bei Jungen weisen unbefriedigende Werte von $r_{tt} < 0.70$ auf (Döpfner et al. 1998).

4.3 Einsatz der Fragebögen

Je nach Altersgruppe erfolgte das Ausfüllen der Fragebögen nur durch den ehemaligen Patienten selbst (Erwachsene), zusätzlich durch seine Eltern (Jugendliche) oder nur durch die Eltern (Kinder). Auf diese Weise sollte eine mögliche Dissimulation durch die Jugendlichen verhindert werden. Um die Intimsphäre des befragten Jugendlichen dennoch zu wahren, sollte er den Katamesefragebogen mit Fragen zu seinen Gedanken, zu seiner Gefühlswelt und zur Sexualität alleine ausfüllen (Details des Untersuchungsplans siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Untersuchungsplan

Fragebogen	Kinder	Jugendliche	junge Erwachsene
Katamnesefragebogen	Elternfragebogen	Version für Jugendliche	Version für junge Erwachsene
Psychopathologie	CBCL (Fremdbeurteilung durch die Eltern)	1. YSR (Selbstbeurteilung) 2. CBCL (Fremdbeurteilung durch die Eltern)	YASR (Selbstbeurteilung)
Lebenszufriedenheit	ILK (Fremdbeurteilung durch die Eltern)	1. ILK (Fremdbeurteilung durch die Eltern) 2. ILK (Selbstbeurteilung durch den Jugendlichen)	ILK (Version für Erwachsene)
Gesamtanzahl Fragebögen	3	5	3

Um eine bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurde bei Jugendlichen die Selbsteinschätzung (YSR) der aktuellen Psychopathologie zur Prüfung der Hypothesen verwendet, da die entsprechenden Daten der Erwachsenen nur in der Selbstbeurteilung (YASR) vorliegen.

Die CBCL und zum Teil auch der YSR wurden im Rahmen der Diagnostik bereits zum Erstvorstellungszeitpunkt von den Eltern der Kinder und den Jugendlichen selbst ausgefüllt, wodurch eine Erfassung von Veränderungen in der Psychopathologie ermöglicht wird. Wenn vorhanden, wurde in dieser Arbeit die Selbstbeantwortung (YSR, YASR) durch die Jugendlichen und Erwachsenen zum Erstvorstellungszeitpunkt benutzt, um auch hier die Beurteilungsperspektive einheitlich zu halten.

Die CBCL, der YSR und der YASR wurden in dieser Arbeit vor allem eingesetzt, um Symptome zu erfassen, die im Zusammenhang mit GIS stehen könnten. Von Interesse sind hier die Syndromskalen Angst/ Depressivität, aggressives Verhalten, soziale Probleme und sozialer Rückzug. In den oben beschriebenen Studien wurde gehäuft Komorbidität in diesen Bereichen beschrieben (siehe Kapitel 2.4 und 2.7). Außerdem wurden Berechnungen mit den beiden Breitbandfaktoren zweiter Ordnung Internalisierung und Externalisierung durchgeführt, da diese extremen Verhaltensweisen bei den betroffenen Personen vermutet wurden.

Auch in anderen Studien zur psychosexuellen Entwicklung von Kindern mit GIS wurden die CBCL, der YSR und der YASR genutzt (unter anderem Wallien, Cohen-Kettenis 2008).

Die meisten Hypothesen beziehen sich auf den Teilbereich seelische Gesundheit des ILK. Auch die Gesamteinschätzung der Lebensqualität und die Einschätzung im Bereich Familie wurden eingesetzt. Bei den Jugendlichen wurde aus Gründen der Vergleichbarkeit und der Einheitlichkeit die Selbstbeurteilung entsprechend den Erwachsenen genutzt.

4.4 Datenschutz und Ethik

Die Teilnahme an dieser Studie war für alle Probanden freiwillig und konnte auf Wunsch jederzeit abgebrochen werden. Die Auswertung erfolgte mit pseudonymisierten Daten, das heißt, es wurde jedem Fall eine sechsstelligen Ziffer zugeordnet, sodass die Namen der Teilnehmer bei der Datenauswertung nicht mehr erschienen. Dadurch wird die Möglichkeit einer Identifizierung der betreffenden Personen verhindert. Die Verwendung anonymisierter Daten wäre nicht möglich gewesen, da die erhobenen aktuellen Daten mit denen der psychopathologischen Testung bei der Erstvorstellung in der Klinik verglichen werden sollten. Die Identifikationsdatei mit der Zuordnung der Pseudonyme wurde getrennt von den Auswertungsdateien abgespeichert.

Vor Beginn der Untersuchung wurde das Vorhaben von der Ethik-Kommission des Fachbereiches Medizin der J. W. Goethe-Universität Frankfurt geprüft und bewilligt.

4.5 Auswertung

In die Datenanalyse gingen die Informationen von 37 Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ein, die mindestens drei Jahre vor Studienbeginn (April 2007) in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters vorgestellt wurden. Da es sich um eine kleine Fallzahl handelt, wurden die Daten zum einen statistisch analysiert, um die vor Studienbeginn im Ethikantrag festgelegten Hypothesen (siehe Kapitel 3) mit geeigneten Verfahren zu prüfen, zum anderen wurden sie deskriptiv ausgewertet. Außerdem wurden die Daten der Studienabbrecher gesondert in einer Drop-out-Analyse (siehe Kapitel 5.1 und 10.1.1) erfasst und mit den entsprechenden Antworten der Teilnehmer verglichen.

4.5.1 Drop-out-Analyse

Zur Untersuchung, ob sich Studienteilnehmer und -abbrecher in ihrem Alter, Geschlecht oder ihrer Entscheidung für einen Geschlechtswechsel unterscheiden, wurden je nach Bedingungen t-Tests oder Chi-Quadrat-Tests angewendet. Die sexuelle Orientierung der Personen, die die Studie abgebrochen haben, wurde rein deskriptiv analysiert. Des Weiteren wurden die gewonnenen Informationen noch qualitativ als Einzelfälle in tabellarischer Form beschrieben.

4.5.2 Deskriptive Analyse

Zur deskriptiven Analyse wurden je nach Bedingungen ebenfalls t-Tests, Chi-Quadrat-Tests oder Fisher-Exakt Tests angewendet.

Bei der Auswertung der Punkte biologisches Geschlecht, Geschlechtswechsel und Anzahl der Psychotherapiesitzungen wurde die gesamte Stichprobe betrachtet. Anschließend wurde die Analyse der Antworthäufigkeiten zu diesen Fragen in den drei Teilgruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) vorgenommen. Da der Katamnesefragebogen zum Teil weniger oder etwas andere, der Altersgruppe angemessene Informationen erfragt, wurden die drei Gruppen für folgende Items getrennt ausgewertet:

- Geschlechtsrollenwechsel,
- Hormoneinnahme,
- Vornamensänderung,
- Schulabschluss und Berufsausbildung,
- Zufriedenheit mit und Art der Psychotherapie,
- stationäre psychiatrische Behandlungen und Suizidversuche.

Der Vergleich sollte bei diesen besonderen Fragen nur innerhalb einer Gruppe erfolgen, da es bei diesen Punkten altersspezifische Unterschiede gibt. So ist z.B. eine Hormoneinnahme oder eine Vornamensänderung erst ab einem bestimmten Alter möglich.

4.5.3 Zweiteilung Geschlechtswechsel

In die Gruppe der Personen mit Geschlechtswechsel wurden alle Jugendlichen und Erwachsenen eingeschlossen, die in allen Bereichen in der gegengeschlechtlichen Rolle leben, zum Teil Hormone einnehmen und sich einer geschlechtsangleichenden

Operation unterzogen haben oder eine solche wünschen. Die Gruppe „kein Geschlechtswechsel“ umfasst alle Personen, die sich gegen solche Schritte entschieden haben und in ihrem biologischen Geschlecht leben. Details der Aufteilung und Angaben zum Alter in beiden Gruppen finden sich in Tabelle 7.

4.5.4 Zweiteilung Psychotherapie

Um die Psychotherapie zu quantifizieren, wurde für jede Person die Summe aus der Anzahl der Therapiestunden gebildet, die in einer oder mehreren Psychotherapien in Anspruch genommenen wurden. Zur Unterscheidung zwischen Personen, die umfangreich psychotherapeutisch begleitet wurden und solchen, die weniger Therapie in Anspruch genommen haben, wurde die Stichprobe am Median in zwei Gruppen eingeteilt. Das heißt alle Personen mit einer Anzahl von bis zu 50 Psychotherapiestunden kamen in die „wenig Therapie“ Gruppe, der Rest der Stichprobe wurde der Gruppe „viel Therapie“ zugeteilt. Details der Aufteilung finden sich in Tabelle 8.

4.5.5 Therapiezufriedenheit

Bis zu drei Therapien konnten im Katamnesefragebogen bewertet werden. Aus den Beurteilungen der einzelnen Therapien (Werte zwischen 5=„sehr zufrieden“ und 1=„sehr unzufrieden“) wurde der Median gebildet, da es sich um ordinale Daten handelt.

4.5.6 Statistische Analyse

Bei einer Unterscheidung zwischen viel und wenig psychotherapierten Personen wurde stets die unter Kapitel 4.5.4 erwähnte Zweiteilung der Stichprobe genutzt.

Die oben genannte Aufteilung (siehe 4.5.3) wurde verwendet, um Personen zu vergleichen, die einen Geschlechtswechsel vollzogen haben und Personen ohne Geschlechtswechsel. Wenn Fragestellungen dazu bearbeitet wurden, wurden Kinder unter 13 Jahren, also vor Beginn der Pubertät, ausgeschlossen, da bei diesen der Geschlechtswechsel lediglich in der gesellschaftlichen Rolle erfolgen kann. Außerdem wurde definiert, dass der Wunsch zum Geschlechtswechsel erst mit dem Beginn der Pubertät und dem Erleben der eigenen Sexualität als gefestigt gilt.

Bei allen anderen Fragestellungen wurde die Auswertung über alle Altersgruppen hinweg durchgeführt.

Zur Beurteilung der Therapiezufriedenheit wurde die unter Kapitel 4.5.5 beschriebene Variable genutzt.

Die Hypothesen wurden in der unter Kapitel 3 genannten Reihenfolge getestet. Sie wurden mithilfe von Spearman-Rangkorrelationen, schrittweisen linearen Regressionsanalysen, Mann-Whitney-U-Tests und Varianzanalysen mit Messwiederholungen/ analysis of variance (ANOVA) analysiert. Im Folgenden wird für jede der Hypothesen die jeweils verwendete statistische Methode aufgeführt.

1. Als Erstes wurde überprüft, ob es zu einer größeren Verringerung der aktuellen psychopathologischen Auffälligkeit laut altersangemessenem Screening-Inventar (CBCL, YSR oder YASR) durch mehr zufriedenstellende, früh beginnende Psychotherapie kommt als dies ohne diese Voraussetzungen der Fall ist. Genutzt wurden fünf Rohwerte der unter Kapitel 4.4 genannten psychopathologischen Syndromskalen (Angst/ Depressivität, soziale Probleme, sozialer Rückzug, Internalisierung und Externalisierung), die häufig mit GIS vergesellschaftet sind. Diese wurden in jeweils einer Rechnung als Zielvariable einer Regressionsanalyse mit den Prädiktoren Zufriedenheit mit der Therapie und Anzahl der Therapiestunden und Alter bei Therapiebeginn eingesetzt. Die Prädiktoren wurden alle in einem Schritt in die Analyse aufgenommen.

Die Voraussetzungen der linearen Regression, Normalverteilung, Linearität und Varianzhomogenität der Fehler, wurden visuell überprüft. Hierfür wurden in jeweils einem Streudiagramm die Residuen, das sind die Differenzen zwischen dem wahren und dem geschätzten Wert der abhängigen Variablen (aV), gegen die geschätzten Werte aufgetragen und untersucht. Die drei Grundannahmen der Analyse sind folgende:

Erstens, dass die Residuen über die geschätzten Werte der aV normal verteilt sind. Zweitens, dass die Residuen eine geradlinige Beziehung mit den geschätzten Werten der aV haben und drittens, dass die Varianz der Residuen über die geschätzten Werte der aV für alle geschätzten Werte gleich ist (Tabachnick, Fidell 2007, S.125). Bei der Untersuchung der mit den geschätzten Werten geplotteten Residuen der Rohwerte der verschiedenen Syndromskalen und Breitbandfaktoren wurde in keinem Fall die Annahme der

oben genannten Bedingungen abgelehnt (Details siehe Abbildungen 10-14 im Anhang).

2. Danach wurden Varianzanalysen mit Messwiederholungen (ANOVA) mit dem Faktor Zeit (zwei Stufen: Erstvorstellungszeitpunkt (T_1) und Zeitpunkt der aktuellen Nachuntersuchung (T_2)) und dem Faktor Gruppe (viel Therapie und wenig Therapie) gerechnet, um zu überprüfen, ob es eine größere Verbesserung der Symptomatik bei Patienten mit viel Psychotherapie gibt. Als abhängige Variablen wurden jeweils die beiden Rohwerte der Syndromskalen aggressives Verhalten, Angst/ Depressivität, sozialer Rückzug und soziale Probleme genutzt.
3. Als Nächstes wurde ebenfalls mit den beiden Rohwerten zu T_1 und T_2 der Syndromskalen aggressives Verhalten, Angst/ Depressivität, sozialer Rückzug und soziale Probleme (abhängige Variablen) überprüft, ob es einen besseren Verlauf bei Patienten gibt, die ihr Geschlecht wechselten als bei Patienten ohne Geschlechtswechsel. Auch hier wurden Varianzanalysen mit Messwiederholungen (ANOVA) mit dem Faktor Zeit (zwei Stufen: Erstvorstellungszeitpunkt und Zeitpunkt der aktuellen Nachuntersuchung) und dem Faktor Gruppe (Geschlechtswechsel und kein Geschlechtswechsel) gerechnet.
4. Danach wurde analysiert, ob ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der psychotherapeutischen Begleitung und der Gesamteinschätzung der Lebenszufriedenheit (7. Bereich des ILK) unabhängig von der aktuellen Pathologie besteht. Als Testverfahren wurde die Rangkorrelation nach Spearman, ein nicht-parametrisches Verfahren, eingesetzt, da es sich bei den genutzten Werten um ordinale Daten handelt.
5. Als Nächstes wurde überprüft, ob bei höherer Therapiezufriedenheit (siehe Kapitel 4.5.5) ein höherer Wert für die Zufriedenheit mit der „seelischen Gesundheit“ (6. Bereich des ILK) angegeben wurde. Dafür wurde ebenfalls aufgrund des Vorliegens von ordinalen Daten eine Rangkorrelation nach Spearman verwendet.

Explorativ wurde außerdem überprüft, ob die Gesamteinschätzung der Lebenszufriedenheit und die Einschätzung des Lebensqualitätsbereichs „Familie“ mit der Therapiezufriedenheit positiv zusammenhängen. Dies wurde in zwei Rangkorrelationen nach Spearman getestet.

6. Die letzte Hypothesentestung diente der Aufklärung, ob sich Personen mit Geschlechtswechsel (Faktor Gruppe) in der Selbsteinschätzung der Zufriedenheit mit ihrer seelischen Gesundheit, ihrer familiären und ihrer Gesamt-Lebensqualität (abhängige Variablen) besser beurteilen als Personen ohne Geschlechtswechsel. Hierfür wurde ein nichtparametrisches Verfahren, der Mann-Whitney-U-Test, gewählt, da die Daten nur Ordinalniveau erfüllen. Um eine Kumulierung des α -Fehlers (Irrtumswahrscheinlichkeit) durch multiples Testen zu verhindern, wurde hier die Bonferroni-Helm-Prozedur angewandt (Helm 1979).

Für alle Berechnungen zur Testung der Hypothesen wurde das Signifikanzniveau auf $p \leq 0.05$ gesetzt. Ergebnisse mit einem Signifikanzniveau von $p < 0.10$ wurden als Trend interpretiert.

Die normorientierte Auswertung der Antworten aus dem jeweiligen Instrument zur Psychopathologie (CBCL, YSR, YASR) erfolgte nach amerikanischen Normen mit der Windows® Assessment Data Manager (ADM) Software⁷.

Alle Berechnungen wurden mit der Analysesoftware SPSS Statistics 17⁸ durchgeführt.

⁷ ASEBA 2000: ADM für CBCL/ 1½-5; ASEBA 2001: ADM für CBCL/ 6-18 und YSR/ 11-18; ASEBA 2003: ADM für YASR (<http://www.aseba.org/>)

⁸ SPSS Inc. 2007: SPSS Statistics Version 17 für Windows

5 Ergebnisse

5.1 Drop-out-Analyse

Um auch Informationen von Personen zu erfassen, die eine Studienteilnahme ablehnten oder abbrachen, wurde versucht telefonisch oder per Internetrecherche weitere Daten zu gewinnen. Daraus ergaben sich 33 Einzelfallbetrachtungen, welche in tabellarischer Form zusammengestellt wurden. Diese geben einen Eindruck von den Gründen für das Aussteigen aus der Studie in den verschiedenen Altersgruppen und ermöglichen einen Vergleich zu den Studienteilnehmern. Bedeutsame Unterschiede werden in der Diskussion wieder aufgegriffen.

Die per Telefon gewonnenen Informationen wurden in Tabelle 16a-c im Anhang zusammengefasst. Die Fälle, in denen genauere Gründe für die Ablehnung der Teilnahme angegeben wurden, wurden in Tabelle 17a gesammelt. Unter anderem berichtete eine 20-jährige Frau, dass die GIS und die damit zusammenhängende Problematik immer noch ein schmerzliches Thema für sie sei. Die bisherigen Therapien hätten ihren Leidensdruck kaum gemildert. Sie sei bereits Mutter eines Kindes und habe geheiratet.

Schließlich wurde es durch die Suche im Internet in einem sozialen Netzwerk (<http://www.wer-kennt-wen.de> 2010) ermöglicht, Informationen zu weiteren Personen der Stichprobe zu gewinnen, die auf eine Anfrage nach einer Teilnahme nicht antworteten. Diese wurden in Tabelle 17b zusammengetragen.

Die Teilnehmer der Studie unterscheiden sich nicht signifikant im Alter von den Studienabbrechern ($t(68)=-0.975$ $p=0.333$). Auch besteht kein signifikanter Geschlechtsunterschied. ($\chi^2=0.479$, $p=0.632$; siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Studienabbrecher und –teilnehmer im Vergleich

	n	Mittelwert Alter	SD Alter	weiblich	männlich
Studienabbrecher	33	22.7	6.3	17	16
Studienteilnehmer	37	21.3	6.0	16	21

Altersunterschied $t(68)=-0.975$ $p=0.333$ Geschlechtsunterschied. $\chi^2=0.479$, $p=0.632$

Die Anzahl an Personen, die ihr Geschlecht gewechselt haben, ist bei den nicht nachuntersuchten Personen signifikant geringer als bei den Studienteilnehmern ($\chi^2=10.516$, $p=0.001$). Während sich nur sieben Personen (21%) der Studienabbrecher

für einen Geschlechtswechsel entschieden haben, haben dies 59% der Nachuntersuchten (22 Teilnehmer) getan (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Geschlechtswechsel bei Studienteilnehmern und -abbrechern

		kein GW	GW	n gesamt
Teilnahme an Studie	Studienabbrecher	26	7	33
	Studienteilnehmer	15	22	37
n gesamt		41	29	70

$\chi^2=10.516, p=0.001$

Die sexuelle Orientierung der Studienabbrecher und -teilnehmer wurde in graphischer Form nebeneinander dargestellt. Es ergab sich grundsätzlich eine ähnliche Verteilung.

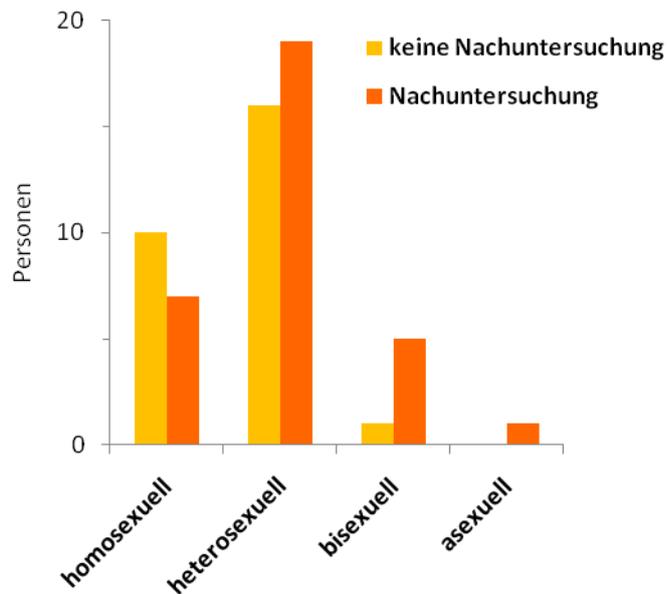


Abbildung 3: Sexuelle Orientierung der Teilnehmer der Studie (n=37) ausgehend vom aktuell gelebten Geschlecht im Vergleich zu den Studienabbrechern (n=33). Die y-Achse gibt die Anzahl der Personen an.

5.2 Deskriptive Analyse zur Charakterisierung der nachuntersuchten Stichprobe

In dieser Studie wurden 37 ehemalige Patienten mit der Diagnose GIS des Kindes und Jugendalters schriftlich nachuntersucht. Die nun folgende Auswertung der umfangreichen Informationen aus den Katamnesefragebögen dient der Beschreibung der Stichprobe (Fragebögen in den weiblichen Versionen siehe Anhang Kapitel 10.2). Zu diesem Zweck wurden die Angaben zum biologischen Geschlecht, Geschlechtsrollenwechsel und zur sexuellen Orientierung in tabellarischer Form zusammengefasst. Außerdem wurden Sozialstatus und psychisches Befinden der Stichprobe im Detail betrachtet. Die Gruppen mit viel und wenig Psychotherapie wurden zunächst nach Alter und biologischem Geschlecht verglichen. Zusätzlich wurden die Gruppen mit und ohne Geschlechtswechsel nach Alter, biologischem Geschlecht und psychischem Befinden verglichen. Ziel war es festzustellen, dass kein Unterschied zwischen den Gruppen besteht, so dass die Ergebnisse der Hypothesen nicht durch solche Faktoren beeinflusst werden.

Um den Text besser lesbar zu gestalten, sind wichtige Tabellen darin integriert. Umfangreiche Tabellen zu Rollen- und Geschlechtswechsel, psychischem Befinden, Sozialstatus und sexueller Orientierung sind im Anhang zu finden. Diese Tabellen enthalten neben der Häufigkeit auch den prozentualen Anteil der Antworten. Gegebenfalls sind fehlende Angaben durch lückenhaft oder falsch ausgefüllte Fragebögen in oder unter der jeweiligen Tabelle markiert.

Zeitraum und Dauer der Katamnese

Die vorliegende katamnestische Studie wurde zwischen April 2007 und Juni 2010 durchgeführt. Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD= standard deviation), Minimum (Min.) und Maximum (Max.) der Zeit zwischen Erstvorstellung und Nachuntersuchung sind in Tabelle 6 enthalten.

Tabelle 6: Katamnesezeitdauer (Angaben in Jahren)

	M	SD	Min.	Max.
Katamnesezeitdauer	9.7	4.6	3	23.4

Biologisches Geschlecht und Altersklassen

Insgesamt wurden 16 biologisch weibliche (43%) und 21 (57%) biologisch männliche Personen nachuntersucht (siehe Tabelle 7). Erwachsene (über 18 Jahren) waren zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 15 Frauen (56%) und 12 Männern (44%), jugendlich (zwischen 13 und 17 Jahren) waren fünf männliche (83%) und eine weibliche Person (17%). Noch im Kindesalter (jünger als 13 Jahre) waren vier Jungen.

Tabelle 7: Biologisches Geschlecht der Studienteilnehmer

	Stichprobe gesamt		Erwachsene		Jugendliche	
	Häufigkeit	Anteil	Häufigkeit	Anteil	Häufigkeit	Anteil
weiblich	16	43%	15	56%	1	17%
männlich	21	57%	12	44%	5	83%

h

n gesamte Stichprobe: 37 ; n Erwachsene: 27; n Jugendliche: 6

Geschlechtswechsel

Von den 37 Studienteilnehmern hatten sich zum Nachuntersuchungszeitpunkt 22 (59%) für einen Geschlechtswechsel entschieden. In Tabellen 8a und 8b ist jeweils das biologische Geschlecht der Jugendlichen und Erwachsenen gegen den Geschlechtswechsel aufgetragen.

Tabellen 8: Biologisches Geschlecht der Personen mit und ohne Geschlechtswechsel

- **Tabelle 8a:** Erwachsene

Geschlecht		Geschlechtswechsel		n gesamt
		kein	Wechsel	
Geschlecht	weiblich	6	9	15
	männlich	3	9	12
n gesamt		9	18	27

- **Tabelle 8b:** Jugendliche

Geschlecht		Geschlechtswechsel		n gesamt
		kein	Wechsel	
Geschlecht	weiblich	0	1	1
	männlich	2	3	5
n gesamt		2	4	6

Tabellen 8a und b: Geschlechtsunterschied bei Geschlechtswechsel $\chi^2=0.243$, $p=0.622$;
 Altersunterschied bei Geschlechtswechsel $t=-0.980$, $p=0.335$;

Es besteht kein signifikanter Geschlechtsunterschied bei Studienteilnehmern mit und ohne Geschlechtswechsel ($\chi^2=0.243$, $p=0.622$). Auch im Alter differieren die Gruppen nicht ($t=-0.980$, $p=0.335$). Das heißt, die Gruppen sind in ihrer Altersstruktur vergleichbar.

Die Personen der Gruppe Geschlechtswechsel waren im Mittel 21.8 Jahre alt (SD=4.8), die Mitglieder der Gruppe kein Geschlechtswechsel 20.5 Jahre (SD=7.7; siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Aufteilung in Personen mit und ohne Geschlechtswechsel

	n	Anteil	Mittelwert Alter	SD Alter	weiblich	männlich
kein Geschlechtswechsel	15	41%	20.5	7.7	6	9
Geschlechtswechsel	22	59%	21.8	4.8	12	10

Geschlechtsrollenwechsel

Nachfolgend werden die Schritte des Geschlechtsrollenwechsels im Detail in den drei Gruppen beschrieben:

- (1) Von den vier befragten Jungen leben laut Angaben der Eltern zwei in allen Lebensbereichen in der gegengeschlechtlichen Rolle, doch sie wollen in ihrem biologischen Geschlecht aufwachsen und möchten ihre Genitalien nicht verändern lassen. Keines der Kinder wird mit einem gegengeschlechtlichen Vornamen oder neutralen Spitznamen angesprochen.

Alle Kinder sind den Eltern zufolge sehr zufrieden oder zufrieden mit ihrem jeweiligen Rollenverhalten.

- (2) Drei der sechs befragten Jugendlichen haben sich für einen Geschlechtswechsel in allen Bereichen ihres Lebens entschieden. Diese drei Personen werden auch mit einem gegengeschlechtlichen Vornamen angesprochen und nehmen gegengeschlechtliche Hormone ein. Zwei Jugendliche erhalten zusätzlich pubertätshemmende Hormone (siehe Tabelle 18b im Anhang). Einer der Jugendlichen hat sich bereits einer geschlechtsangleichenden Operation unterzogen, einer hat es geplant und ein anderer denkt darüber nach.

Keiner der Jugendlichen lebt nach einem erfolgten Rollenwechsel wieder in der Rolle seines biologischen Geschlechts.

Auch die Jugendlichen sind ausnahmslos sehr zufrieden oder zufrieden mit ihrem Rollenverhalten.

(3) Die Antworten der Erwachsenen waren etwas heterogener. Während 18 Personen (69%) einen Geschlechtsrollenwechsel in allen Bereichen durchgeführt haben, lebt eine Person nur in bestimmten Bereichen in der gegengeschlechtlichen Rolle und zwei haben bisher nur geplant, ihr Rollenverhalten im Alltag zu verändern (siehe Tabelle 18a im Anhang).

In zwei Fällen kam es nach erfolgtem Wechsel wieder zu einer Rückkehr in das Rollenverhalten des biologischen Geschlechts: Eine Person lebt in allen, eine andere nur in bestimmten Bereichen wieder in der Rolle ihres Geburtsgeschlechts.

16 Personen erhalten eine gegengeschlechtliche Hormontherapie, drei haben ihre Hormontherapie abgebrochen. Neun Personen haben ihr Geschlecht operativ angleichen lassen, elf Personen wünschen eine solche Operation (Op.). Alle Personen, die eine geschlechtsangleichende Op. hatten, würden sich heute wieder dafür entscheiden.

Bei 16 Erwachsenen ist die Vornamensänderung bereits rechtskräftig erfolgt oder das Gerichtsverfahren (Antrag nach Transsexuellengesetz) läuft momentan noch (84% der Personen mit Geschlechtswechsel, siehe Tabelle 19 im Anhang). Eine Personenstandsänderung ist bei ca. 80 % der Personen mit Geschlechtswechsel (15 Personen) bereits durchgeführt worden oder das Verfahren läuft noch (siehe Tabelle 20 im Anhang). Die Zufriedenheit mit dem Rollenverhalten ist in Tabelle 21 im Anhang abgebildet. Sie ist bei 85% der Personen hoch oder sehr hoch, nur ein Erwachsener gab an, unzufrieden zu sein.

Sexuelle Orientierung

Anschließend wurden sexuelle Orientierung (ausgehend vom aktuell gelebten Geschlecht) und Zufriedenheit mit dem Sexualleben in der Gruppe der Erwachsenen und der Jugendlichen untersucht:

Die Ergebnisse der Erwachsenen wurden in Tabelle 22 im Anhang zusammengefasst: Knapp 60 % der Stichprobe ist heterosexuell orientiert, 11 % bisexuell und jeweils knapp 15% der Stichprobe ist homosexuell (vier Frauen und vier Männer). Bei den 18 Personen, die einen Geschlechtswechsel vollzogen haben, wurde mithilfe des Katamnesefragebogens erfasst, ob es durch diesen Prozess zu einer Veränderung in ihrer Sexualpräferenz kam. Dies war bei zwei Personen der Fall (siehe Tabellen 23 im

Anhang). Eine FzM- Transsexuelle fühlte sich vor dem Wechsel nur von Männern und heute von beiden Geschlechtern angezogen. Eine andere FzM Transsexuelle fühlte sich früher nur von Frauen angezogen und ist heute bisexuell orientiert.

Auch die Zufriedenheit mit dem Sexualleben wurde vor und nach dem Geschlechtswechsel (GW) erfasst. Bei der Hälfte der Stichprobe (9 Personen) kam es zu einer Verbesserung der Zufriedenheit. Knapp 72% der Befragten gaben an, vor dem Geschlechtswechsel unzufrieden oder sehr unzufrieden mit ihrem Sexualleben gewesen zu sein. Nach dem GW wählten fast 37% die Antwortmöglichkeiten zufrieden oder sehr zufrieden zur Beschreibung ihres Sexuallebens. Details sind in den Tabellen 23 enthalten.

In der Gruppe der Jugendlichen beantworteten vier der sechs Teilnehmer die Frage nach der sexuellen Orientierung, davon war eine Person heterosexuell, eine Jugendliche homosexuell und zwei gaben an, kein Interesse an Sexualität zu haben (siehe Tabelle 24 im Anhang).

Schulabschluss und Familienstand

Der Katamnesefragebogen erfasst Angaben zum Schulabschluss, zur Berufsausbildung und zur jetzigen Tätigkeit der Erwachsenen, bei den Jugendlichen und Kindern werden diese Daten zu den Eltern erfragt. Dadurch kann indirekt eine Aussage über das Bildungsniveau und den Sozialstatus der Stichprobe gemacht werden. Die Ergebnisse finden sich in Tabellen 25-27 im Anhang.

44% der Erwachsenen haben Abitur gemacht. 75% der Väter und 50% der Mütter der Jugendlichen haben diesen Schulabschluss erreicht, ebenso wie 67% der Mütter und Väter der Kinder.

Des Weiteren wurden Daten zum Familienstand der Erwachsenen erhoben (siehe Tabelle 28 im Anhang). Etwa die Hälfte der Erwachsenen (52 %) ist alleinstehend, 37% leben in einer Partnerschaft. Eine Person ist bereits Vater eines Kindes geworden, wobei er als MzF Transsexuelle jetzt in der weiblichen Rolle lebt.

Psychotherapie

Des Weiteren erfasst der Katamnesefragebogen gezielt bis zu drei in Anspruch genommene Psychotherapien mit der Anzahl der Sitzungen und Angaben zur Zufriedenheit mit der Therapie. Die erhaltenen Informationen finden sich in den Tabellen 29a-c im Anhang. Von allen drei betrachteten Therapien der Erwachsenen

waren 57% tiefenpsychologisch oder psychoanalytisch, 30% Verhaltenstherapien. Bei den Kindern und Jugendlichen lag der Gesamtanteil an tiefenpsychologischen oder psychoanalytischen Therapien bei 67%, während nur in 16% der Fälle eine Verhaltenstherapie in Anspruch genommen wurde.

Viel Psychotherapie, mit mehr als 50 Sitzungen, hatten 62% der gesamten Stichprobe (20 Personen), der Rest hatte weniger oder in drei Fällen keinerlei Psychotherapie. Die Personen der Gruppe wenig Therapie sind im Mittel 22.6 Jahre alt (SD=7.2), die Mitglieder der Gruppe viel Therapie 21.4 Jahre (SD=5.2; siehe Tabelle 10). Es gibt keinen signifikanten Altersunterschied zwischen den beiden Gruppen ($t=1.321$, $p=0.197$), ebenso keinen signifikanten Geschlechtsunterschied ($\chi^2=0.987$, $p=0.320$).

Tabelle 10: Aufteilung in die Gruppen wenig/ viel Therapie

	n	Prozent	Anzahl Therapiestunden	Mittelwert Alter	SD Alter	weiblich	männlich
wenig Therapie	13	38%	≤ 50	22.6	7.2	7	6
viel Therapie	21	62%	51- 150	21.4	5.1	9	12

Altersunterschied der Gruppen $t=1.321$, $p=0.197$; Geschlechtsunterschied $\chi^2=0.987$, $p=0.320$

Psychische Krisen

Als Indikator für psychische Krisen wurden stationäre psychiatrische Behandlungen, Suizidversuche oder Suizidpläne erfasst. Gefragt wurde nach diesen Ereignissen vor und nach dem Geschlechtswechsel (Tabellen 30a und b im Anhang).

- (1) In der Gruppe der Jüngsten wurde ein Kind mehrmals stationär psychiatrisch behandelt, doch es war nie suizidal.
- (2) Keiner der Jugendlichen, der sich für einen Geschlechtswechsel entschieden hat, hatte davor eine stationäre psychiatrische Behandlung. Allerdings unternahm einer der Jugendlichen, der sein Geschlecht im Alltag gewechselt hat, einen Suizidversuch nach dieser Entscheidung (siehe Tabellen 30b). Dieser Jugendliche gab an, an Depressionen zu leiden und sich in Behandlung zu befinden. Die Jugendlichen, die in ihrem biologischen Geschlecht weiterlebten, unternahmen keinen Suizidversuch und wurden nicht stationär psychiatrisch behandelt.
- (3) In der Gruppe der Erwachsenen ohne Geschlechtswechsel unternahmen drei Personen mehrere Suizidversuche, welche nach Angaben der Teilnehmer in

allen drei Fällen mit der GIS im Zusammenhang standen. Bei der Nachuntersuchung fiel auf, dass es zu einer bemerkenswerten Reduktion der Suizidversuche bei den erwachsenen Patienten nach dem Geschlechtswechsel kam (siehe Fallbetrachtung in Tabelle 11, detaillierte Zahlen siehe Tabellen 30a im Anhang).

Tabelle 11: Fallbetrachtung
Vergleich der Anzahl der Suizidversuche
der Erwachsenen *vor* und *nach* Geschlechtswechsel

Fall	Anzahl davor	Anzahl danach
Person 1	2	1
Person 2	2	0
Person 3	3	0
Person 4	5	0
Person 5	3	0
Person 6	2	0

Die Angaben zu stationären psychiatrischen Behandlungen wurden in einer Kreuztabelle gegen die Entscheidung für einen Geschlechtswechsel aufgetragen (siehe Tabellen 12). Es gibt keinen signifikanten Unterschied in der Anzahl der Klinikaufenthalte zwischen Personen mit und ohne Geschlechtswechsel ($p=1.0$).

Tabellen 12:
Stationäre psychiatrische Behandlung der Personen mit und ohne Geschlechtswechsel

- **Tabelle 12a** Erwachsene:

		Stationäre psychiatrische Behandlung			gesamt
		nein	ja einen	ja mehrere	
Geschlechtswechsel	nein	6	1	1	8
	ja	12	3	2	17
n gesamt		18	4	3	25

- **Tabelle 12b:** Jugendliche

		Stationäre psychiatrische Behandlung			gesamt
		nein	ja einen	ja mehrere	
Geschlechtswechsel	nein	2	0	0	2
	ja	1	1	1	3
n gesamt		3	1	1	5

Anzahl Psychiatrieaufenthalte Geschlechtswechsel vs. kein Geschlechtswechsel $p=1.0$

Veränderung der Psychopathologie über die Zeit

Bevor entsprechend den Hypothesen im Gruppenvergleich die Veränderung des CBCL-/ YSR-/ YASR-Profiles der Patienten über die Zeit ausgewertet wurde, wurde diese Veränderung deskriptiv untersucht.

Eine Auflistung der Rohwerte aller Skalen der CBCL/ des YSR/ YASR von männlichen und weiblichen Personen zu den beiden Zeitpunkten, ausgehend vom aktuell gelebten Geschlecht, ist in Tabellen 14 (Erstvorstellung (T₁)) und 15 (Nachuntersuchung (T₂)) zu finden. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ist keiner der Mittelwerte der Rohwerte klinisch auffällig, wenn die Auswertung mit dem YASR erfolgt. Im Gegensatz dazu ergeben sich bei Erstvorstellung für die gemittelten Rohwerte der Syndromskalen Internalisierung, Externalisierung und Total klinisch auffällige oder grenzwertige T-Werte, je nachdem welcher Fragebogen zur Auswertung herangezogen wird. Auch die Syndromskala Angst/ Depressivität ist auffällig für Mädchen, Jungen und männliche Jugendliche (Details siehe Tabelle 14).

Tabelle 13 soll einen Eindruck von der Entwicklung der gesamten Stichprobe geben. In ihr werden die Rohwerte jeder Skala des jeweiligen Instruments zur Testung der Psychopathologie aller Studienteilnehmer zum Erstvorstellungs- dem Nachuntersuchungszeitpunkt gegenübergestellt

Tabelle 13: Vergleich der Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Rohwerte aller Skalen der CBCL bzw. des YSR/YASR zwischen Erstvorstellung (T₁) und Nachuntersuchungszeitpunkt (T₂). Betrachtet wurden hier die vorhandenen Ergebnisse der gesamten Stichprobe.

Skala	Erstvorstellung (T ₁)		Nachuntersuchung (T ₂)	
	M	SD	M	SD
Sozialer Rückzug	4.8	3.2	3.5	2.9
Körperliche Beschwerden	3.0	3.0	2.7	2.2
Angst/ Depressivität	9.4	6.3	10.1	5.8
Soziale Probleme	4.5	3.0	3.1	2.9
Schizoid/ zwanghaft	2.3	1.9	0.9	1.4
Aufmerksamkeitsprobleme	6.7	4.3	4.3	2.9
Dissoziales Verhalten	4.4	3.3	1.8	2.5
Aggressives Verhalten	11.7	7.7	6.6	4.9
Internalisierung	16.2	9.4	14.0	7.8
Externalisierung	16.1	10.0	10.7	7.3
Total	55.6	26.3	46.9	21.3

T₁: Angaben von drei Personen fehlend (n=34) T₂: Angaben von zwei Personen fehlend (n=35)

Tabelle 14: Vergleich der Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Rohwerte aller Skalen der CBCL bzw. des YSR zwischen weiblichen und männlichen Studienteilnehmern (ausgehend vom aktuell gelebten Geschlecht) zum **Zeitpunkt der Erstvorstellung (T₁)**.

Geschlecht Skala	weiblich		männlich	
	M	SD	M	SD
Sozialer Rückzug	4.9	3.3	4.7 °	3.1
Körperliche Beschwerden	2.7	2.2	3.3 ° ^	3.7
Angst/ Depressivität	8.9 °° ^	6.6	9.9 °° ^^	6.3
Soziale Probleme	4.8 ° ^	2.8	4.2	3.3
Schizoid/ zwanghaft	2.4 ° ^	1.5	2.2 ° ^	2.2
Aufmerksamkeitsprobleme	5.8	3.6	7.6 ° ^	4.8
Dissoziales Verhalten	3.8	2.8	5.0 °	3.8
Aggressives Verhalten	10.3	6.4	13.2	8.8
Internalisierung	15.4 * °° ^^	9.9	16.9 ** °° ^^	9.2
Externalisierung	14.1 °° ^^	8.5	18.2 * °° ^^	11.2
Total	50.2 * °° ^^	22.4	61.0 ** °° ^^	29.3

T₁: Weibliche Personen: Eine Angabe fehlend (n=36) Männliche Personen: Zwei Angaben fehlend (n=35)

*: entsprechender T-Wert im Übergangsbereich im YSR-M (für weibliche) bzw. im YSR-J (für männliche Personen)

**: entsprechender T-Wert klinisch auffällig im YSR-J (für männliche Personen)

°: entsprechender T-Wert im Grenzbereich im CBCL-M 4-11 (für weibliche) bzw. im CBCL-J 4-11 (für männliche Personen)

°°: entsprechender T-Wert klinisch auffällig im CBCL-M 4-11 bzw. im CBCL-J 4-11

^: entsprechender T-Wert im Grenzbereich im CBCL-M 12-18 (für weibliche) bzw. im CBCL-J 12-18 (für männliche Personen)

^^: entsprechender T-Wert klinisch auffällig im CBCL-M 12-18 bzw. im CBCL-J 12-18

Tabelle 15: Vergleich der Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Rohwerte aller Skalen der CBCL/ des YSR bzw. des YASR zwischen weiblichen und männlichen Studienteilnehmern (ausgehend vom aktuell gelebten Geschlecht) zum **Zeitpunkt der Nachuntersuchung (T₂)**.

Geschlecht Skala	weiblich		männlich	
	M	SD	M	SD
Sozialer Rückzug	2.4	2.3	4.5	3.1
Körperliche Beschwerden	1.9	1.5	3.3	2.6
Angst/ Depressivität	9.7	5.0	10.4	6.7
Soziale Probleme	2.2	2.1	3.9	3.4
Schizoid/ zwanghaft	1.2	1.5	0.6	1.2
Aufmerksamkeitsprobleme	3.3	1.5	5.2	3.6
Dissoziales Verhalten	1.6	1.9	2.0	2.9
Aggressives Verhalten	5.5	3.8	7.7	5.7
Internalisierung	12.4	6.4	15.6	8.8
Externalisierung	9.3	5.9	12.0	8.2
Total	41.0	18.9	52.4	22.4

T₂: Weibliche und männliche Personen: Jeweils eine Angabe fehlend (n=36)

5.3 Überprüfung der Hypothesen

Nach der Drop-out- und der deskriptiven Analyse des Samples wurden die Fragestellungen (siehe Kapitel 3) mit den unter 4.5.6. genannten Methoden überprüft.

1. Hypothese

Es konnte nicht bestätigt werden, dass bei lange dauernder, früh beginnender oder zufriedenstellender Psychotherapie weniger psychopathologische Auffälligkeiten in den geprüften Bereichen auftreten. Im Einzelnen konnten die Prädiktoren Zufriedenheit mit der Therapie, Therapiehäufigkeit und Alter bei Therapiebeginn nicht die Verteilung der Werte der Syndromskala Internalisierung aufklären ($F_{(3,25)}=0.596$, $p=0.624$). Auch die Werte der Skala Externalisierung konnten nicht mithilfe dieser Prädiktoren aufgeklärt werden ($F_{(3,25)}=0.655$, $p=0.587$). Ebenso wurde für die Syndromskalen soziale Probleme und sozialer Rückzug keinerlei signifikante Relation im Regressionsmodell gefunden (soziale Probleme $F_{(3,25)}=0.158$, $p=0.924$; sozialer Rückzug $F_{(3,25)}=0.007$, $p=0.999$). Auch die Skala Angst/ Depressivität konnte nicht durch die Prädiktoren aufgeklärt werden ($F_{(3,25)}=2.077$, $p=0.129$). Somit muss die erste Hypothese verworfen werden.

2. Hypothese

Es wurde kein signifikanter Unterschied in der Entwicklung der Syndromskala soziale Probleme ($F_{(1,30)}=0.671$, $p=0.419$) und Angst/ Depressivität ($F_{(1,30)}=0.064$, $p=0.802$) zwischen den beiden Therapiegruppen (viel und wenig Psychotherapie) gefunden. Auch im aggressiven Verhalten ($F_{(1,30)}=0.292$, $p=0.593$) und im sozialen Rückzug ($F_{(1,30)}=0.187$, $p=0.668$) unterschieden sich viel und wenig Therapierte nicht signifikant zu den beiden Untersuchungszeitpunkten.

Es wurde kein signifikanter Unterschied im sozialen Rückzug ($F_{(1,30)}=1.414$, $p=0.244$) und im ängstlichen/ depressiven Verhalten ($F_{(1,30)}=0.506$, $p=0.482$) der Personen im Laufe der Zeit zwischen der Erst- und Nachuntersuchung gefunden (siehe Abbildungen 15 und 16 im Anhang). Allerdings verbesserten sich alle Nachuntersuchten gleichermaßen signifikant über die Zeit auf den beiden Syndromskalen soziale Probleme ($F_{(1,30)}=4.226$, $p=0.049$) und aggressives Verhalten ($F_{(1,30)}=13.360$, $p=0.001$). Dies war unabhängig vom Ausmaß der erfolgten Psychotherapie (vergleiche Abbildungen 4 und 5). Die Verbesserung ließ sich bereits schon in der deskriptiven Analyse (siehe Tabellen 13-15) erkennen.

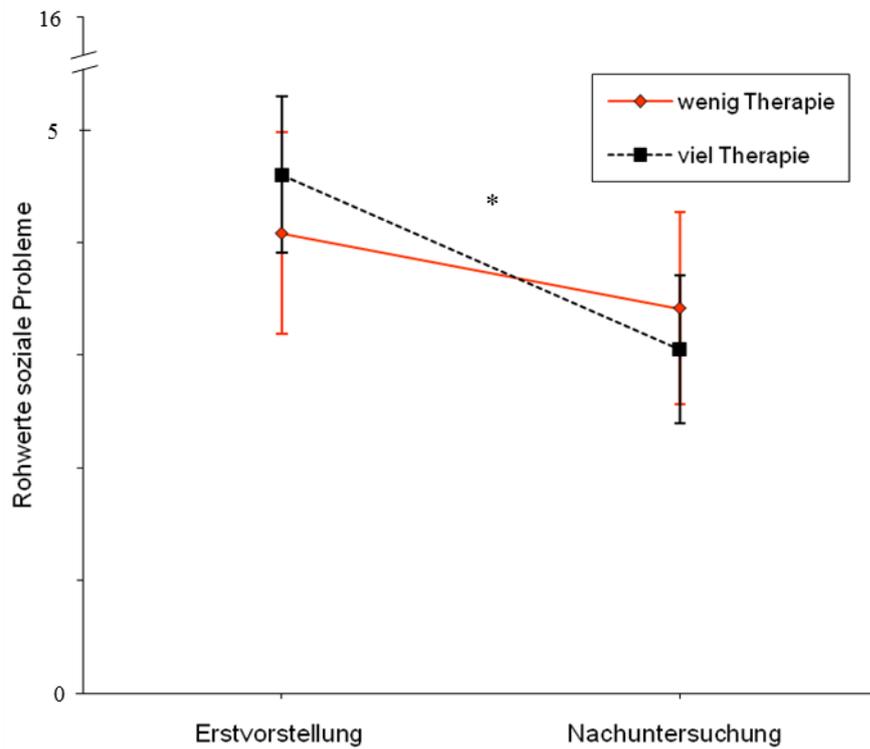


Abbildung 4: Vergleich des Ausmaßes der sozialen Probleme in den beiden Gruppen viel und wenig Therapie. Gegeben sind die Mittelwerte der Syndromskala soziale Probleme von wenig und viel therapierten Personen zu den beiden Untersuchungszeitpunkten. $F_{(1,30)}=4.226, p=0.049$

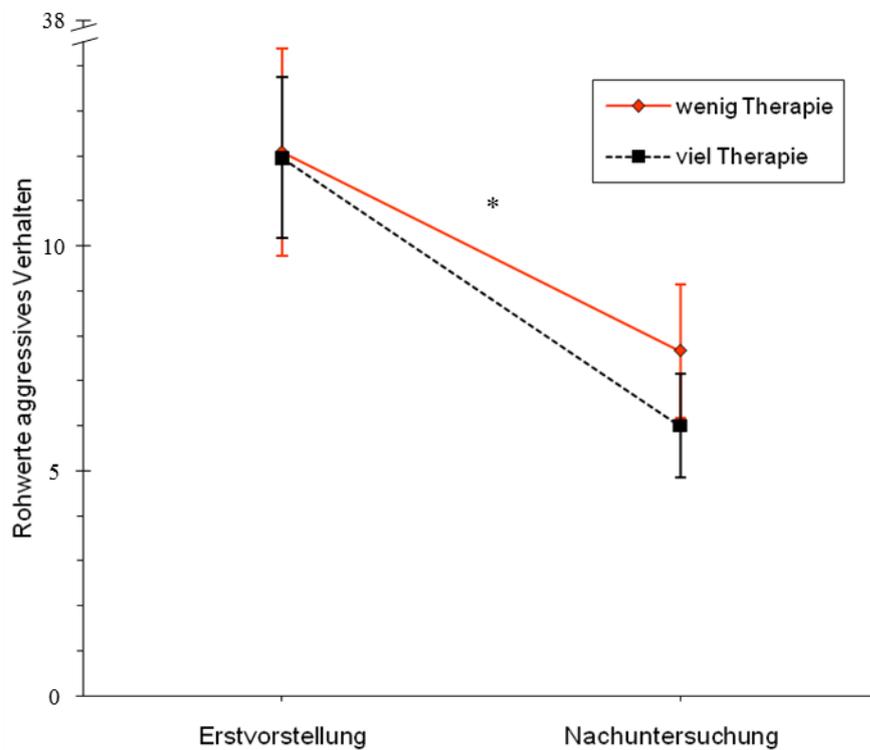


Abbildung 5: Vergleich des aggressiven Verhaltens in den beiden Gruppen viel und wenig Therapie. Gegeben sind die Mittelwerte der Syndromskala aggressives Verhalten von wenig und viel therapierten Personen zu den beiden Untersuchungszeitpunkten. $F_{(1,30)}=13.360, p=0.001$

3. Hypothese

Es gab in keiner der Skalen soziale Probleme ($F_{(1,28)}=1.840$, $p=0.186$), aggressives Verhalten ($F_{(1,28)}=0.556$, $p=0.462$), Angst/ Depressivität ($F_{(1,28)}=0.409$, $p=0.528$) und sozialer Rückzug ($F_{(1,28)}=0.143$, $p=0.708$) einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen Geschlechtswechsel und kein Geschlechtswechsel. Auch der Zeiteffekt war ohne signifikante Auswirkung auf die Syndromskalen sozialer Rückzug ($F_{(1,28)}=1.927$, $p=0.176$) und Angst/ Depressivität ($F_{(1,28)}=1.357$, $p=0.254$, siehe Abbildungen 17 und 18 im Anhang). Doch es zeigte sich, dass sich alle Personen gleichermaßen in den Rohwerten der Skala aggressives Verhalten über die Zeit verbesserten ($F_{(1,28)}=14.508$, $p=0.001$; vergleiche Abbildung 6). Auf der Syndromskala soziale Probleme zeigte sich ein Trend zu einer zeitabhängigen Verbesserung ($F_{(1,28)}=3.803$, $p=0.061$; siehe Abbildung 7).

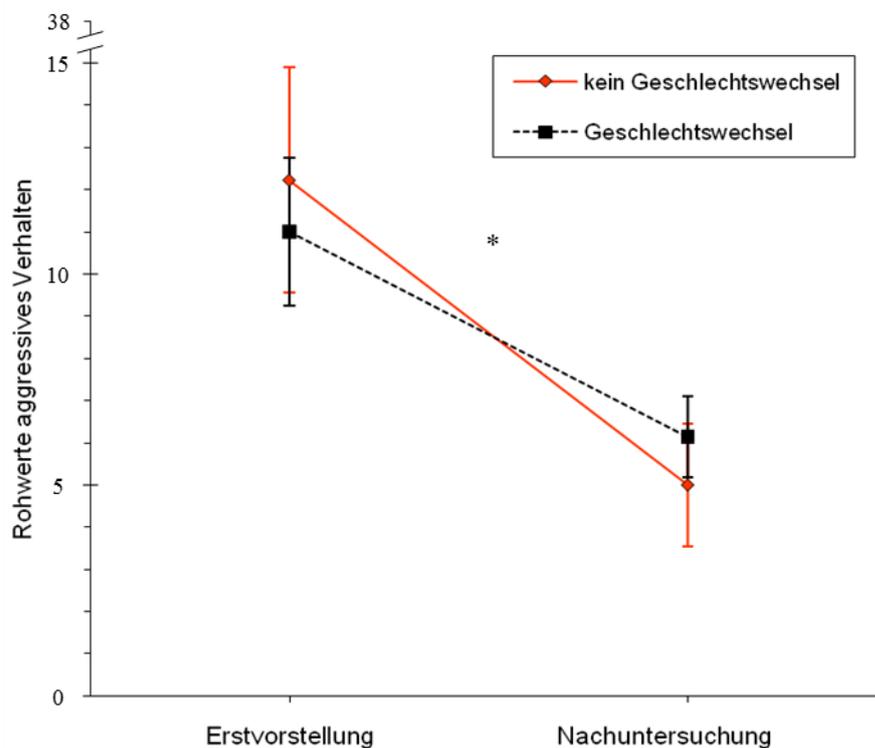


Abbildung 6: Vergleich des Ausmaßes des aggressiven Verhaltens in den beiden Gruppen mit und ohne Geschlechtswechsel. Gegeben sind die Mittelwerte der Syndromskala aggressives Verhalten von Personen mit und ohne Geschlechtswechsel zu den beiden Untersuchungszeitpunkten. $F_{(1,28)}=14.508$, $p=0.001$

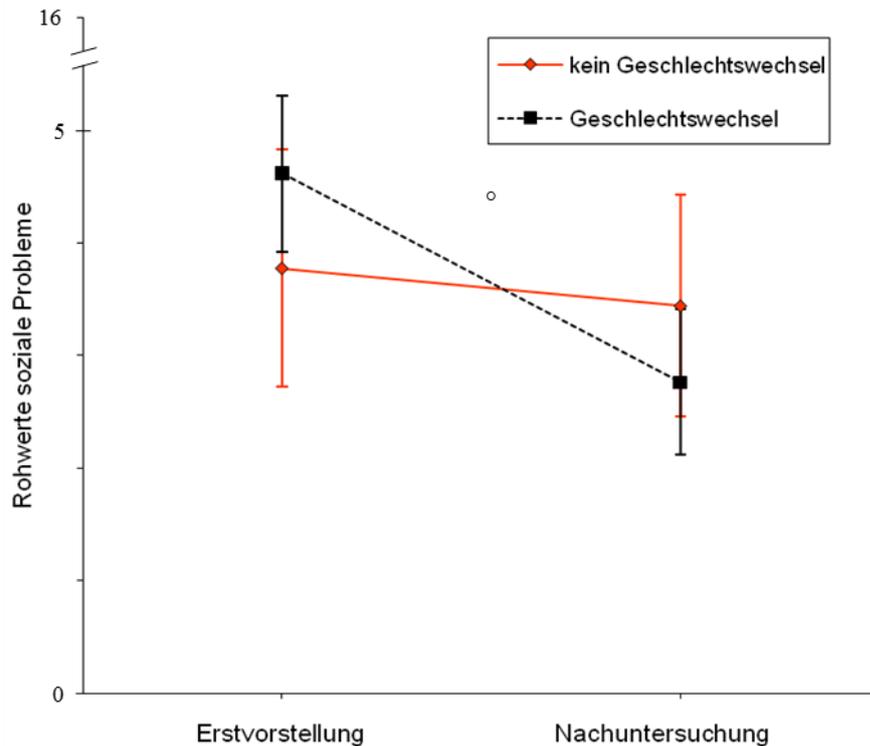


Abbildung 7: Vergleich des Ausmaßes der sozialen Probleme in den beiden Gruppen mit und ohne Geschlechtswechsel. Gegeben sind die Mittelwerte der Syndromskala soziale Probleme von Personen mit und ohne Geschlechtswechsel zu den beiden Untersuchungszeitpunkten. $F_{(1,28)}=3.803, p=0.061$

4. Hypothese

Die Annahme, dass eine große Anzahl von psychotherapeutischen Sitzungen mit einer höheren Zufriedenheit in der Gesamtbeurteilung der Lebensqualität zusammenhängt, konnte nicht bestätigt werden ($\rho=-0.207, p=0.256$).

5. Hypothese

Es wurde eine signifikante Korrelation zwischen der Lebenszufriedenheit im Bereich seelischer Gesundheit und der Therapiezufriedenheit gefunden ($\rho=0.516, p=0.004$).

Bei der zusätzlichen Exploration wurde kein Zusammenhang zwischen der Therapiezufriedenheit und der Zufriedenheit mit der familiären Situation und der Gesamtbeurteilung der Lebensqualität gefunden (Familie: $\rho=0.029, p=0.877$; gesamt: $\rho=0.399, p=0.032$)

6. Hypothese

Weder für die einzelnen Parameter der Lebensqualität seelische Gesundheit und Familie noch für die Gesamtbeurteilung wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne Geschlechtswechsel gefunden (Familie: $U=80.500$, $p=0.428$; seelische Gesundheit: $U=81.000$, $p=0.453$; ges. Lebenszufriedenheit: $U=68.500$, $p=0.368$; siehe Abbildungen 19, 20 und 21 im Anhang).

6 Diskussion

Aus der deskriptiven Analyse der Stichprobe, der Drop-out-Analyse und den empirischen Daten zur Überprüfung der Untersuchungshypothesen können die im Folgenden beschriebenen Schlussfolgerungen gezogen werden. Es ergeben sich darüber hinaus Empfehlungen für eine Veränderung des therapeutischen Vorgehens bei Kindern und Jugendlichen mit GIS.

6.1 Einschränkungen und Drop-out-Analyse

Die Drop-out Analyse zeigte keine Unterschiede im Alter und Geschlecht zwischen den Studienteilnehmern und -abbrechern. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Altersstruktur und das Geschlecht der Studienteilnehmer repräsentativ für das gesamte Patientenkollektiv von Kindern und Jugendlichen mit GIS an der KJP Frankfurt ist.

Die Öffentlichkeit ist durch die Berichterstattung in den Medien in den letzten Jahren immer mehr auf das Thema GIS des Kindes- und Jugendalters aufmerksam geworden. Trotzdem bleibt die Störung für Betroffene ein sensibles und schambehaftetes Thema. Ein Telefonanruf von einer fremden Person wegen der GIS in der Kindheit oder Jugendzeit könnte Angst oder Abwehr bei den angerufenen Personen ausgelöst haben. Dies mag einer der Gründe gewesen sein, nicht an der Studie teilzunehmen. Außerdem bietet die telefonische Rekrutierung der ehemaligen Patienten eine gewisse Anonymität und wird möglicherweise als weniger verbindlich als eine schriftliche Anfrage empfunden. So mag vielen Personen eine Absage leicht gefallen sein.

Bei manchen ehemaligen Patienten sind mehr als zehn Jahre seit der Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Frankfurt vergangen. Einige dieser Personen gaben an, sich kaum noch an die Therapie erinnern zu können und lehnten aus diesem Grund eine Teilnahme ab. Aus der Drop-out-Analyse lässt sich auch entnehmen, dass einige ehemalige Patienten, die unglücklich mit ihrer Situation sind, nicht an der Studie teilnehmen wollten. Zum Teil scheint ihre GIS immer noch ein ungelöstes Problem für diese Personen darzustellen und ihre Lebenssituation zu beeinflussen. Es wurde von einigen Studienabbrechern über Unsicherheiten mit ihrer Geschlechtsrolle, aber auch mit ihrer sexuellen Orientierung berichtet.

Es gab einen signifikant höheren Anteil an Personen, die sich für einen Geschlechtswechsel entschieden haben, in der Gruppe der Studienteilnehmer als in der Gruppe der Studienabbrecher. Also unterscheiden sich die Personen, die die Studie

abgebrochen haben, im Umgang mit ihrer GIS von den Teilnehmern. Eine Verzerrung der Ergebnisse durch einen systematischen Ausfall von Teilnehmern ist zu erwarten. Die Ergebnisse der Hypothesenprüfungen der Studie hätten anders ausfallen können, wenn eine Erfassung der Lebenszufriedenheit, Therapiezufriedenheit und Psychopathologie von einigen der Studienabbrecher ohne Geschlechtswechsel möglich gewesen wäre.

Es lässt sich nicht statistisch prüfen, ob es einen Unterschied in der sexuellen Orientierung zwischen Studienabbrechern und -teilnehmern gibt. Da viele der Studienteilnehmer ihr Geschlecht gewechselt haben und die Einteilung in Hetero- und Homosexuelle von ihrem aktuell gelebten Geschlecht ausgehend vorgenommen wurde, sind die beiden Gruppen nicht vergleichbar. Möglicherweise haben einige homosexuelle Personen nicht an der Studie teilgenommen, da die GIS keine Rolle mehr für sie spielt. Falls ein größerer Anteil der Studienabbrecher homosexuell wäre, so könnte es sich hierbei um Personen handeln, bei denen die GIS Teil einer prähomosexuellen Entwicklung war (Dannecker 2010).

Eine Ursache dafür, dass die Untersucherin einige der ehemaligen Patienten nicht erreichen konnte, war ein Ortswechsel der Personen. Es könnte sein, dass gerade die Kinder und Jugendlichen mit ihrer Familie umgezogen sind, die in ihrer früheren Heimat auf große Probleme gestoßen sind, die im Zusammenhang mit der GIS des Kindes entstanden sind. Es ist nicht auszuschließen, dass der Ausfall an Personen zum Teil solche systematischen Ursachen hatte. Sollte dies der Fall sein, so könnten sich die nicht erfassbaren Personen in ihrem Antwortverhalten hinsichtlich untersuchungsrelevanter Merkmale, wie der Lebenszufriedenheit, von den Teilnehmern der Studie unterscheiden. Eine Verzerrung der Stichprobe der Studie wäre zu erwarten.

Die bedeutendste Einschränkung der Studie ist sicher die relativ geringe Stichprobengröße mit 37 Teilnehmern, auch wenn diese für ein solch seltenes Krankheitsbild recht groß ist.

6.2 Eigenschaften der Stichprobe, Katamnese und deskriptive Analyse

An der Studie nahmen zu gleichen Teilen biologisch männliche und weibliche Personen teil, die sich gleich häufig für einen Geschlechtswechsel entschieden haben. Garrels et al. (2000) fanden in der bislang größten Übersicht des Geschlechtsverhältnisses erwachsener Transsexueller einen etwas höheren Anteil an

MzF- als an FzM-Transsexuellen (1,6:1). In früheren Untersuchungen wurde durchgehend ein Überwiegen biologisch männlicher Patienten beobachtet. Die vorliegende Studie spiegelt somit den Trend zu einem ausgeglichenen Geschlechterverhältnis wider. Auch die Übersicht aller in der Frankfurter GIS-Sprechstunde vorgestellten Patienten zeigt dieses Ergebnis.

In der Gruppe der Kinder wurden nur biologisch männliche Personen untersucht. Dies spiegelt die Tatsache wider, dass in Deutschland im Kindesalter häufiger Jungen mit dem Problem einer GIS vorgestellt werden. Möglicherweise ist dies auf eine größere Akzeptanz von gegengeschlechtlichem Verhalten bei Mädchen und den höheren Leidensdruck der Jungen durch Hänseleien Gleichaltriger zurückzuführen (Cohen-Kettenis et al. 2006; Cohen-Kettenis, Pfäfflin 2003, S.56).

Von den über 200 Frankfurter Patienten, die bis zum Beginn dieser Dissertation mit GIS des Kindes und Jugendalters in der Institutsambulanz behandelt wurden, waren nur in einem Fall Geschwister gleichsam betroffen. Somit ergab sich in dieser Gruppe nur einmalig ein Hinweis auf eine erbliche Komponente des Krankheitsbildes. Dies deckt sich mit der Literatur, in welcher nur selten ein gehäuftes familiäres Auftreten von GIS beschrieben wurde (Hyde, Kenna 1977; Green 2000; Diamond, Hawk 2003).

Die Auswertung des Katamnesefragebogens ergab einige wichtige Informationen zur Psychotherapie, zur Anzahl der Suizidversuche und zu stationären psychiatrischen Behandlungen. Auch der Geschlechtsrollenwechsel und die sexuelle Orientierung sollen im Folgenden diskutiert werden.

Die Einschätzung, ob eine Psychotherapie hilfreich war, wurde in dieser Studie durch einen Katamnesefragebogen erfasst, welcher nicht validiert ist. In die Bewertung einer Psychotherapie fließen viele Faktoren ein, z. B. die Beziehung zum Therapeuten und die Erreichbarkeit, wodurch die Beurteilung der Therapie beeinflusst wird. Deshalb kann in dieser Arbeit keine valide Aussage darüber gemacht werden, welche der abgefragten Therapieformen am hilfreichsten für die Studienteilnehmer war. Im Rahmen zukünftiger Forschung könnte ein validierter Fragebogen zur Therapieevaluation besser Aufschluss über die Therapiezufriedenheit der Patienten mit GIS geben und eine gewisse Qualitätskontrolle bieten. Dadurch wäre ein Vergleich zwischen den Psychotherapieformen möglich und es könnte beurteilt werden, welche Therapieform von Kindern und Jugendlichen mit GIS am besten bewertet wird und am effektivsten ist.

Ein Ergebnis der Analyse der Antworten des Katamnesefragebogens besteht darin, dass Patienten, die in der Vorgeschichte von Suizidversuchen berichtet hatten, nach einem Geschlechtswechsel mit einer Ausnahme keinen Suizidversuch mehr unternahmen. Also scheint es zu einer Besserung der psychischen Situation durch den Umwandlungsprozess zu kommen. Allerdings wurde kein Unterschied in der Anzahl der stationären psychiatrischen Behandlungen zwischen Personen mit und ohne Geschlechtswechsel gefunden.

In der Gruppe der Erwachsenen haben zwei Personen nach bereits begonnenem Alltagstest ihre Entscheidung zum Rollenwechsel revidiert und sind in die Rolle ihres biologischen Geschlechts zurückgekehrt. Dies unterstreicht die Wichtigkeit des einjährigen Alltagstests, bevor mit irreversiblen oder nur partiell reversiblen Behandlungsschritten begonnen wird.

Auch die frühere und heutige sexuelle Orientierung bezogen auf das momentan gelebte Geschlecht der Teilnehmer wurde erfragt. Die Veränderungen in diesem Bereich lassen sich jedoch nicht statistisch auswerten, da die Teilnehmer zum Teil einen Geschlechtswechsel vollzogen haben. Dies wäre insofern von Interesse, da ein Ergebnis der Psychotherapie eine Aufgabe des Wunsches nach Geschlechtswechsel und eine homosexuelle Orientierung sein könnte.

Die Veränderung der Psychopathologie der Studienteilnehmer über die Zeit wurde deskriptiv ausgewertet. Die Syndromskalen Internalisierung, Externalisierung, Total und Angst/ Depressivität waren zum Erstvorstellungszeitpunkt (T_1) klinisch auffällig oder grenzwertig, wenn die Auswertung im aktuell gelebten Geschlecht erfolgt. Daraus ergibt sich, dass die Kinder und Jugendlichen in den Bereichen Probleme aufwiesen, welche vor Studienbeginn als Prüfgrößen der Hypothesen festgelegt wurden. Insgesamt ist jedoch anzumerken, dass die klinische Auffälligkeit zum Zeitpunkt T_1 relativ gering war. Über die Zeit verbesserten sich alle Studienteilnehmer, so dass zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung die gemittelten Rohwerte aller Syndromskalen unauffälligen T-Werten im YASR entsprechen. Dies zeigt, dass die Teilnehmer heute im Durchschnitt eine recht unauffällige Psychopathologie aufweisen.

6.3 Diskussion der Überprüfung der Hypothesen

Im Rahmen der statistischen Testung wurden die meisten der vor Studienbeginn aufgestellten Hypothesen widerlegt oder konnten nicht eindeutig bestätigt werden. Als

Einschränkung der Überprüfung aller Hypothesen ist die geringe Stichprobengröße zu nennen, obwohl es sich um eine große Anzahl von Patienten für dieses seltene Krankheitsbild handelt. Manche Testungen konnten vielleicht aufgrund der geringen Teilnehmerzahl keinen Effekt zeigen und sind in ihrer Aussagekraft eingeschränkt. Des Weiteren waren die Studienteilnehmer zum Erstvorstellungszeitpunkt in einigen der überprüften Skalen der Psychopathologie nur grenzwertig klinisch auffällig. Die aktuellen Skalenwerte der Psychopathologie sind insgesamt recht unauffällig und alle Studienteilnehmer verbesserten sich gleichermaßen über die Zeit, so dass manche Tests auch deshalb keinen Effekt zeigten.

1. Die erste Hypothese, dass eine umfangreiche, früh beginnende, zufriedenstellende Therapie psychopathologische Verhaltensweisen (erfasst mit CBCL/YSR/ YASR) verbessert, konnte nicht bestätigt werden. Es wurde keine signifikante Beziehung zwischen verschiedenen aktuellen Skalenwerten der Psychopathologie (Internalisierung, Externalisierung, soziale Probleme, sozialer Rückzug, Angst/Depressivität) und den Einflussvariablen Therapiezufriedenheit, Gesamtanzahl der Therapiesitzungen und Alter bei Therapiebeginn gefunden. Es scheint also keine Rolle für die Einschätzung der aktuellen Psychopathologie zu spielen, ob die Patienten viel oder wenig, eine zufriedenstellende oder weniger zufriedenstellende Therapie schon im Kindes- oder erst im Jugendalter hatten.

2. Bei der Betrachtung der Entwicklung (Nachuntersuchungszeitpunkt vs. Erstvorstellungszeitpunkt) der Syndromskalen soziale Probleme und aggressives Verhalten wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen viel und wenig Psychotherapie gefunden. Auch in der Entwicklung des ängstlichen/ depressiven Verhaltens und des sozialen Rückzugs unterschieden sich viel und wenig therapierte Personen nicht. Durch den Zeiteffekt seit der Erstvorstellung in der Klinik wurden auch keine Unterschiede in der Entwicklung dieser beiden Skalen gefunden, wenn alle Teilnehmer zusammen betrachtet werden. Allerdings verbesserten sich alle Studienteilnehmer gleichermaßen signifikant über die Zeit in den beiden Syndromskalen aggressives Verhalten und soziale Probleme. Diese Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass eine intensive Psychotherapie allenfalls zu einer geringfügigen Verbesserung im sozialen Rückzug im Vergleich zu weniger intensiver Psychotherapie zu führen scheint. Da insbesondere männliche Patienten mit GIS häufig unter sozialer Ächtung leiden, wäre es ein Ziel der Psychotherapie, auf eine Verbesserung in den Bereichen soziale Probleme und sozialer Rückzug hinzuarbeiten. Depressivität wurde

als Komorbidität von GIS vielfach beschrieben (Zucker, Bradley 1995; Di Ceglie et al. 2002; Coolidge, Thedel, Young 2002), ein Therapiebedarf mit dem Ziel der Reduktion der Symptome ist gegeben.

Auch die Nachuntersuchung von operierten Mann-zu-Frau Transsexuellen, in welcher die Vorlage des Katamnesefragebogens zur Bewertung genutzt wurde, zeigte ähnliche Ergebnisse in Bezug auf die Rolle der Psychotherapie (Löwenberg, Krege 2008; Löwenberg et al. 2010). Aus dieser Studie ergab sich, dass mehr Psychotherapiesitzungen nicht generell zu besseren Ergebnissen im Bereich psychosoziale Integration führten.

Bei allen Studienteilnehmern ist es zeitabhängig zu einer Verbesserung der sozialen Probleme und des aggressiven Verhaltens unabhängig vom Ausmaß der in Anspruch genommenen Psychotherapie gekommen. Es wäre von Interesse, eine Untersuchung an einer größeren Zahl von Mädchen mit GIS durchzuführen, welche bei der Erstvorstellung gehäuft Aggressionsprobleme haben.

3. Die Hypothese, dass ein Geschlechtswechsel zu einer größeren Verbesserung in den Skalen der Psychopathologie soziale Probleme und aggressives Verhalten führt, konnte nicht bestätigt werden. Auch in den Bereichen ängstliches/ depressives Verhalten und sozialer Rückzug kam es durch eine Geschlechtsumwandlung nicht zu einer signifikanten Verbesserung. Durch den Zeiteffekt seit der Erstvorstellung änderte sich ebenfalls nichts an diesen beiden Skalen, wenn alle Studienteilnehmer zusammen betrachtet wurden. Doch alle Personen verbesserten sich signifikant auf den Skalen soziale Probleme und aggressives Verhalten seit der Erstvorstellung. Dieses Ergebnis zeigt, dass alle Studienteilnehmer heute weniger Probleme in diesen beiden Bereichen haben, egal welche Entscheidung sie für ihre Geschlechtsrolle getroffen haben.

Auch die Prüfung der dritten Hypothese zeigt, dass sich alle Studienteilnehmer über die Zeit in den Bereichen soziale Probleme und aggressives Verhalten verbessern. Dies könnte an einer besseren Anpassung der Personen an ihr Umfeld liegen. Vielleicht haben sich die Personen mit ihrer Situation und ihrer Geschlechtsrolle abgefunden und reagieren deshalb weniger aggressiv auf äußere Reize.

4. Umfangreiche psychotherapeutische Betreuung, gemessen an der Anzahl der Therapiesitzungen, führte nicht zu einer besseren Einschätzung der Lebenszufriedenheit in der Gesamtbeurteilung. Vielleicht waren die Probleme der Personen, die viel Psychotherapiebedarf hatten, so gravierend, dass diese die Lebenszufriedenheit der Teilnehmer bis heute beeinflussen.

5. Allerdings wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Lebensqualität im Bereich seelische⁹ Gesundheit und der Zufriedenheit mit der Therapie gefunden. Eine als positiv erlebte Therapie ist häufiger mit einer positiven Beurteilung der Lebensqualität im psychischen Bereich vergesellschaftet. Doch es wurde kein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Bereiche familiäre Lebensqualität und der Therapiezufriedenheit gefunden. Auch die Gesamtbeurteilung der Lebenszufriedenheit und die Zufriedenheit mit der Therapie zeigten keinen Zusammenhang. Also scheint sich eine als hilfreich empfundene Psychotherapie nur auf die Einschätzung der seelischen Gesundheit, nicht aber auf die familiäre und gesamte Lebensqualität auszuwirken. Es wäre ein künftiges Ziel z. B. durch Familientherapie eine Verbesserung der Einbindung in das familiäre Umfeld zu bewirken. Denn wie in der Studie von Löwenberg et al. (2008, 2010) an operierten Transsexuellen gezeigt werden konnte, hängt ein positives Katamneseergebnis mit einer guten Akzeptanz des Patienten in seiner Familie zusammen (Löwenberg, Krege 2008; Löwenberg et al. 2010).

6. Personen mit und ohne Geschlechtswechsel unterschieden sich nicht in den einzelnen Parametern der Beurteilung der Lebensqualität (seelische Gesundheit, Familie und Gesamtlebenszufriedenheit). Also scheint eine Geschlechtsumwandlung keine signifikant positiven Auswirkungen auf die Beurteilung der psychischen Situation zu haben. Auch eine größere familiäre Zufriedenheit oder Gesamtbeurteilung der Lebensqualität konnte bei einem Geschlechtswechsel nicht gefunden werden.

6.4 Kritik und Fazit

Die Stichprobengröße schränkt die Aussagekraft der vorliegenden Untersuchung sicher ein. Die in dieser Studie gewonnenen Ergebnisse lassen sich daher nur eingeschränkt auf alle Kinder und Jugendlichen mit GIS übertragen. Die Drop-out Analyse zeigte weiterhin einen signifikant höheren Anteil von Patienten, die sich für einen Geschlechtswechsel entschieden haben, in der Gruppe der Studienteilnehmer als in der Gruppe der Personen, die nicht teilnehmen wollten.

⁹ „Seelisch“ und „psychisch“ werden im Folgenden synonym benutzt.

Insgesamt ist anzumerken, dass weitere Nachuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen wünschenswert sind, um die Zielgrößen weiter zu überprüfen. Am besten sollten diese Follow-up Untersuchungen schriftlich und mit einem ähnlich langen Katamnesezeitraum durchgeführt werden. Eine weitere Nachuntersuchung der erfassten Stichprobe zu einem späteren Zeitpunkt wäre ebenfalls denkbar. Auch eine persönliche Nachuntersuchung wäre wünschenswert, da diese sicher eine bessere Einschätzung der Lebenssituation, psychischen Gesundheit und des geschlechtsatypischen Verhaltens ermöglichen könnte. Außerdem würde dies zu einer Reduktion der fehlenden Angaben führen, die durch ein lückenhaftes Ausfüllen des Fragebogens in der vorliegenden Follow-up Untersuchung zustande kamen. Dies führte zum Teil zu einer Verminderung der Anzahl der zur Auswertung zur Verfügung stehenden Aussagen.

Um mehr Patienten einschließen zu können und die Hypothesen an einer größeren Gruppe prüfen zu können, wäre eine multizentrische Studie eine gute Möglichkeit. Eine interdisziplinäre und Behandlungszentren übergreifende Zusammenarbeit ist eine wichtige Voraussetzung für eine optimale Therapie von Kindern und Jugendlichen mit GIS. Da es sich hierbei um eine relativ seltene kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose handelt, besteht der Bedarf weiterer Forschung, welche auch die Behandlung voranbringen könnte. Da das sensible Thema des Krankheitsbilds durch aktuelle Berichterstattung in den Medien immer mehr bekannt wird, kommt es immer häufiger zur Vorstellung von Kindern und Jugendlichen mit der Problematik.

Mithilfe der Fragebögen wurden zahlreiche Informationen zu Eigenschaften und Lebensumständen ehemaliger Patienten mit einer Geschlechtsidentitätsstörung des Kindes- und Jugendalters erfasst. Durch persönliche Kommentare der Befragten, Informationen aus dem Internet und Telefongesprächen konnten weitere Verlaufsbeschreibungen erhalten werden. Diese sind interessant, da sie individuelle Entwicklungen von Personen erfassen, die vor mehr als drei Jahren als Kinder oder Jugendliche mit einer GIS vorgestellt wurden. Vielfach ist die Geschlechtsidentitätsstörung auch noch nach Jahren ein problematisches Thema für die ehemaligen Patienten. Es gibt aber auch viele positiven Verläufe von Personen, die nicht an der Studie teilnehmen wollten, leider lassen sich diese Informationen nicht statistisch in die Studie mit einbeziehen, da kein strukturiertes Material in Form der benutzten Fragebögen vorliegt.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass für Kinder und Jugendliche mit GIS die Psychotherapie keine signifikante Auswirkung auf die Psychopathologie hat. Alle Studienteilnehmer zeigen gleichermaßen eine Verbesserung psychopathologischer Auffälligkeiten. Es wurde auch kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Gesamteinschätzung der Lebenszufriedenheit und der Anzahl der Psychotherapiestunden gefunden. Aus diesem Grund sind die Therapieleitlinien für Kinder und Jugendliche mit GIS weiter zu überarbeiten. Empfohlen werden könnte eine psychotherapeutische Begleitung des Umwandlungsprozesses anstatt einer intensiven Psychotherapie, wie dies auch von spezialisierten Therapeuten erwachsener Transsexueller propagiert wird (Meyenburg 2010). Siehe hierzu auch den aktuellen Artikel von Meyenburg, Kröger und Neugebauer in der Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie (2014).

7 Zusammenfassung

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen (GIS) wird seit dem Beginn der pubertätshemmenden Hormontherapie in den neunziger Jahren international kontrovers diskutiert. Diese Störung scheint bei Kindern durch psychotherapeutische Intervention besser behandelbar als bei Jugendlichen. Erwartet wurden weniger psychopathologische Auffälligkeiten und eine höhere Lebenszufriedenheit bei umfassender psychotherapeutischer Begleitung. Des Weiteren wurden die Hypothesen geprüft, dass sich ein Geschlechtswechsel ebenfalls positiv auf Lebenszufriedenheit und Psychopathologie auswirkt.

Es nahmen insgesamt 37 Kinder, Jugendliche und Erwachsene an der schriftlichen Nachuntersuchung teil, die mindestens drei Jahre vor Studienbeginn aufgrund der Diagnose GIS des Kindes- und Jugendalters in der KJP Frankfurt vorgestellt wurden. Erfasst wurden Daten zur Geschlechtsidentität, zum Behandlungsverlauf und zur sexuellen Orientierung, zur Ausprägung der Psychopathologie laut altersangemessenem Screening-Inventar (CBCL, YSR, YASR) und zur Lebenszufriedenheit mithilfe des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). Außerdem wurden die Ausprägung der Psychopathologie (erfasst mit dem CBCL und oder YSR) bei der Erstvorstellung in der Klinik mit der jetzigen Einschätzung verglichen.

Die erhobenen Daten geben keinen Hinweis darauf, dass umfangreiche Psychotherapie oder ein Geschlechtswechsel zu einer höheren Lebenszufriedenheit und einer Verbesserung der Psychopathologie führen. Im Laufe der Zeit kam es zu einer signifikanten Reduktion der Werte der Syndromskalen soziale Probleme und aggressives Verhalten bei allen Studienteilnehmern. Allerdings wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit im Bereich seelische Gesundheit und der Zufriedenheit mit ihrer Psychotherapie gefunden. Die Drop-out-Analyse zeigte, dass Betroffene mit einer unbewältigten Problematik im Zusammenhang mit ihrer GIS eher nicht bereit waren, an dieser Studie teilzunehmen. Des Weiteren ergab sich, dass sich in der Gruppe der Studienteilnehmer signifikant mehr Personen für einen Geschlechtswechsel entschieden haben als in der Gruppe der Studienabbrecher.

Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass alle Teilnehmer der Nachuntersuchung mit ihrem Lebensweg gleichsam zufrieden sind, unabhängig vom Ausmaß der Psychotherapie und der Entscheidung für einen Geschlechtswechsel.

Außerdem haben alle Personen der Stichprobe heute weniger Probleme mit aggressivem Verhalten und weniger soziale Probleme.

Da von einer Verzerrung der Stichprobe durch einen systematischen Ausfall von Teilnehmern auszugehen ist, sind weitere Nachuntersuchungen nötig, um die Hypothesen dieser Arbeit weiter zu überprüfen. Darüber hinaus gilt es zu klären, ob bestimmte Psychotherapieformen bei einigen Patienten effektiver als andere sind.

8 Summary

Treatment of children and adolescents with gender identity disorder (GID) has been disputed internationally since the introduction of puberty-delaying hormonal treatment in the nineties. Children with this disorder seem to respond more positively to psychotherapy than adolescents. It was expected, that patients with long psychotherapy show more improvement of psychopathological problems and life satisfaction. Moreover, the hypothesis was tested, that sex change has a positive effect in these two areas as well.

Altogether 37 children, adolescents and adults participated in the follow-up study. They were all diagnosed with gender identity disorder of childhood and adolescence in the Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy (DCAP) Frankfurt at least three years before the beginning of the study. Data were collected on gender identity, course of treatment, sexual orientation, psychopathology using Achenbach age-appropriate screening inventories (CBCL, YSR, YASR) and the Inventory for Quality of Life in Children and Adolescents (ILK) for measuring life satisfaction. Furthermore, Achenbach questionnaires' scores (CBCL, YSR) obtained at initial examination at the DCAP were compared with current results.

The collected data could not proof the hypotheses, that extensive psychotherapy or sex change contributes to a higher life satisfaction and an improvement of psychopathology. In the course of time scores of syndrome scales 'social problems' and 'aggressive behavior' were reduced in all participants. However, a significant correlation was found between life satisfaction in the area 'mental health' and satisfaction with psychotherapy. Drop-out analysis showed that more patients with unresolved gender identity problems refused participation in this study. Moreover, participants chose sex change significantly more often than non-participants.

These results are interpreted as evidence that all participants of the follow-up study are equally satisfied with their lives, regardless of their decision for sex change and extent of psychotherapy. In addition, today all participants had fewer problems with aggressive behavior and fewer social problems.

Because of some evidence for systematic distortion of our sample more follow-up studies are needed to proof the hypotheses of this study. Further studies are needed to assess whether certain methods of psychotherapy are more effective than others in GID patients.

9 Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M. (1991): Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile. University of Vermont: Department of Psychiatry, Burlington.
- Baba, T.; Endo, T.; Honnma, H.; Kitajima, Y.; Hayashi, T.; Ikeda, H. et al. (2007): Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. In: *Hum. Reprod.* 22 (4), S. 1011–1016.
- Bailey, J. M.; Dunne, M. P.; Martin, N. G. (2000): Genetic and environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian twin sample. In: *J Pers Soc Psychol* 78 (3), S. 524–536.
- Barlow, D. H.; Abel, G. G.; Blanchard, E. B. (1979): Gender identity change in transsexuals. Follow-up and replications. In: *Arch. Gen. Psychiatry* 36 (9), S. 1001–1007.
- Barlow, D. H.; Reynolds, E. J.; Agras, W. S. (1973): Gender identity change in a transsexual. In: *Arch. Gen. Psychiatry* 28 (4), S. 569–576.
- Becker, S.; Bosinski, H. A.; Clement, U.; Eicher, W.; Goerlich, T. M.; Hartmann, U. et al. (1998): Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der deutschen Gesellschaft für Sexuallforschung der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. In: *Fortschr Neurol Psychiatr* 66 (4), S. 164–169.
- Bentz, E-K.; Hefler, L. A.; Kaufmann, U.; Huber, J. C.; Kolbus, A.; Tempfer, C. B. (2008): A polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. In: *Fertil. Steril.* 90 (1), S. 56–59.
- Bosinski, H. A. G. (1996): Geschlechtsidentitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Nosologie und Epidemiologie. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 144 (11), S. 1235–1241.
- Bradley, S. J. (1980): Female transsexualism– a child and adolescent perspective. In: *Child Psychiatry Hum Dev* 11 (1), S. 12–18.
- Cohen-Kettenis, P. T. (1995): Replik auf Bernd Meyenburgs "Kritik der hormonellen Behandlung Jugendlicher mit Geschlechtsidentitätsstörungen". In: *Zeitschrift für Sexuallforschung* 8 (2), S. 165–167.
- Cohen-Kettenis, P. T.; Pfäfflin, F. (2003): Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence. Making choices. Thousand Oaks Calif.: SAGE Publications (Developmental clinical psychology and psychiatry series, 46).
- Cohen-Kettenis, P. T.; van Goozen, S. H. M. (1997): Sex Reassignment of Adolescent Transsexuals: A Follow-up Study. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36 (2), S. 263–271.
- Cohen-Kettenis, P. T.; Wallien, M.; Johnson, L. L.; Owen-Anderson, A. F. H.; Bradley, S. J.; Zucker, K. J. (2006): A parent-report Gender Identity Questionnaire for Children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. In: *Clin Child Psychol Psychiatry* 11 (3), S. 397–405.
- Coolidge, F. L.; Thede, L. L.; Young, S. E. (2002): The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. In: *Behav. Genet.* 32 (4), S. 251–257.

- Dannecker, M. (2010): Geschlechtsidentität und Geschlechtsidentitätsstörungen. In: *Z Sex-Forsch* 23 (01), S. 53–62.
- Davenport, C. W.; Harrison, S. I. (1977): Gender identity change in a female adolescent transsexual. In: *Arch Sex Behav* 6 (4), S. 327–340.
- De Cuypere, G. (2007): Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. In: *European Psychiatry* 22 (3), S. 137–141.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007): Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Mit 9 Tabellen. 3. überarb. und erw. Aufl. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Diamond, M.; Sigmundson, H. K. (1997): Sex reassignment at birth. Long-term review and clinical implications. In: *Arch Pediatr Adolesc Med* 151 (3), S. 298–304.
- Di Ceglie, D. (2000): Gender identity disorder in young people. In: *Advances in Psychiatric Treatment* (6), S. 458–466.
- Di Ceglie, D.; Freedman, D.; McPherson, S.; Richardson, P. (2002): Children and Adolescents Referred to a Specialist Gender Identity Development Service: Clinical Features and Demographic Characteristics. In: *The International Journal of Transgenderism* 6 (1).
- Diamond, M.; Hawk, S. T. (2003): Transsexualism among twins. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Symposium, 12.09.2003.
- Dilling, H.; Freyberger, H. J.; Cooper, J. E. (2010): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und diagnostischen Kriterien ICD-10:DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 v.s. DSM-IV-TR. 5., überarb. Aufl. unter Berücks. der German Modification (GM) der ICD-10. Bern: Huber.
- Dittmann, R. W.; Kappes, M. H.; Kappes, M. E.; Börger, D.; Meyer-Bahlburg, H. F.; Stegner, H. et al. (1990b): Congenital adrenal hyperplasia. II: Gender-related behavior and attitudes in female salt-wasting and simple-virilizing patients. In: *Psychoneuroendocrinology* 15 (5-6), S. 421–434.
- Dittmann, R. W.; Kappes, M. H.; Kappes, M. E.; Börger, D.; Stegner, H.; Willig, R. H.; Wallis, H. (1990a): Congenital adrenal hyperplasia. I: Gender-related behavior and attitudes in female patients and sisters. In: *Psychoneuroendocrinology* 15 (5-6), S. 401–420.
- Doctor, R. M.; Neff, B. (1998): Sexual Disorders. In: *Academic Press*, S. 379–384.
- Doorn, C. D.; Kuiper, A. J.; Verschoor, A. M.; Cohen-Kettenis, P. T. (1996): Het verloop van de gelachtaanpassing: een 5-jarige prospectieve studie (The course of sex reassignment: A 5-year prospective study). Report for the Dutch National Health Council.
- Döpfner, M.; Plück J.; Bölte S.; Lenz K.; Melchers P.; Heim K. (1998): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; Normen. Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2.Aufl. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Drummond, K. D.; Bradley, S. J.; Peterson-Badali, M.; Zucker, K. J. (2008): A Follow-up Study of Girls With Gender Identity Disorder. In: *Developmental Psychology* 44 (1), S. 34–45.

- Fiedler, P. (2004): Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Heterosexualität - Homosexualität - Transgenderismus und Paraphilien - sexueller Missbrauch - sexuelle Gewalt. Weinheim: Beltz PVU.
- Garcia-Falgueras, A.; Swaab, D. F. (2008): A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity. In: *Brain* 131 (Pt 12), S. 3132–3146.
- Garrels, L.; Kockott, G.; Michael, N.; Preuss, W.; Renter, K.; Schmidt, G. et al. (2000): Sex ratio of transsexuals in Germany: the development over three decades. In: *Acta Psychiatr Scand* 102 (6), S. 445–448.
- Green, R. (2000): Family cooccurrence of "gender dysphoria": ten sibling or parent-child pairs. In: *Arch Sex Behav* 29 (5), S. 499–507.
- Green, R. (1987): The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality. New Haven: Yale Univ. Pr.
- Hare, L.; Bernard, P.; Sánchez, F. J.; Baird, P. N.; Vilain, E.; Kennedy, T.; Harley, V. R. (2009): Androgen receptor repeat length polymorphism associated with male-to-female transsexualism. In: *Biol. Psychiatry* 65 (1), S. 93–96.
- Helm, S. (1979): A simple sequentially rejective multiple test procedure. In: *Scandinavian Journal of Statistics* (6), S. 65–70.
- Hyde, C.; Kenna, J. C. (1977): A male MZ twin pair, concordant for transsexualism, discordant for schizophrenia. In: *Acta Psychiatr Scand* 56 (4), S. 265–275.
- Kästner, F. (2001): Messung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen : eine Befragung von 2527 Schülern. Dissertation. Philipps Universität, Marburg.
- Kirkpatrick, M.; Freidmann, C. T. (1976): Treatment of requests for sex-change surgery with psychotherapy. In: *Am J Psychiatry* 133 (10), S. 1194–1196.
- Knafo, A.; Iervolino, A. C.; Plomin, R. (2005): Masculine girls and feminine boys: genetic and environmental contributions to atypical gender development in early childhood. In: *J Pers Soc Psychol* 88 (2), S. 400–412.
- Korte, A.; Lehmkuhl, U.; Goecker, D.; Beier, K. M.; Krude, H.; Grüters-Kieslich, A. (2008): Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter: Zur aktuellen Kontroverse um unterschiedliche Konzepte und Behandlungsstrategien. In: *Dtsch Arztebl* 105 (48), S. 834–841.
- Kronberg, J.; Tyano, S.; Apter, A.; Wijzenbeek, H. (1981): Treatment of transsexualism in adolescence. In: *J Adolesc* 4 (2), S. 177–185.
- Kruijver, F. P.; Zhou, J. N.; Pool, C. W.; Hofman, M. A.; Gooren, L. J.; Swaab, D. F. (2000): Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. In: *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 85 (5), S. 2034–2041.
- Kuiper, A. J. (1991): Transsexualiteit; evaluatie van de geslachtsaanpassende behandeling. Amsterdam: Free University Press.
- Lindgren, T.; Pauly, I. (1975): A body image scale for evaluating transsexuals. In: *Arch Sex Behav* (4), S. 639–656.
- Löwenberg, H.; Krege, S. (2008): Die Rolle der Psychotherapie im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen. Ergebnisse einer Katamnese bei 106 operierten Mann-zu-Frau-Transsexuellen. In: *Psychologische Medizin* 19, S. 73.

- Löwenberg, H.; Lax, H.; Rossi N. R.; Krege, S. (2010): Komplikationen, subjektive Zufriedenheit und sexuelles Erleben nach geschlechtsangleichender Operation bei Mann-zu-Frau-Transsexualität. In: *Z Sex-Forsch* 23 (04), S. 328–347.
- Manners, P. J. (2008): Gender Identity Disorder in Adolescence: A Review of the Literature. In: *Child and Adolescent Mental Health*.
- Mattejat, F. (2003): Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 31 (4), S. 293–303.
- Mattejat, F.; Heidgen, A.; Remschmidt, H. (2008): ILK- Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen.
- Mattejat, F.; Jungmann, J.; Meusers, M.; Moik, C.; Nölkel, P.; Schaff, C. et al. (1998): Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)- Eine Pilotstudie. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 26 (3), S. 174–182.
- Mattejat, F.; Remschmidt, H. (1998): Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen - Eine Übersicht. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 26 (3), S. 183–196.
- Mattejat, F.; Remschmidt, H. (2006): ILK Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Verl. für Psychologie Hogrefe.
- Meyenburg, B. (1994): Kritik der hormonellen Behandlung Jugendlicher mit Geschlechtsidentitätsstörungen. In: *Zeitschrift für Sexualforschung* 7, S. 343–349.
- Meyenburg, B. (1999): Gender identity disorder in adolescence: Outcomes of Psychotherapy. In: *Adolescence* 34 (134), S. 305–313.
- Meyenburg, B. (2007): Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: Sigusch, Volkmar, Becker, Nikolaus. Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 4., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Meyenburg, B. (2008): Clinical findings in transsexual adolescents with early hormone treatment, oral presentation at the world congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) 30.04-03.05.2008 in Istanbul.
- Meyenburg, B. (2010): Mündliche Mitteilung.
- Meyenburg, B., Kröger, A., Neugebauer, R. (2014): Transidentität im Kindes- und Jugendalter. Behandlungsrichtlinien und Ergebnisse einer Katamnese studie. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* (in Vorbereitung).
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002): Gender Identity Disorder in Young Boys: A Parent- and Peer-Based Treatment Protocol. In: *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 7 (3), S. 1359–1045.
- Money, J. (1994): The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. In: *J Sex Marital Ther* 20 (3), S. 163–177.
- Money, J.; Ehrhardt, A. (1975): "Männlich - weiblich". Die Entstehung der Geschlechtsunterschiede. Reinbek: Rowohlt TB-V., Hamburg: Rowohlt (rororo-sexologie, 8042).
- Pfäfflin, F.; Junge, A. (1992): Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität. Stuttgart: Schattauer.

- Philippopoulos, G. S. (1964): A case of transvestitism in a 17-year-old girl. Psychopathology- Psychodynamics. In: *Acta Psychother Psychosom* 12, S. 29–37.
- Remschmidt, H. (2009): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 mit DSM-IV. 5., vollst. überarb. und erw. Aufl., 1. Nachdr. Bern: Huber.
- Remschmidt, H.; Walter, R. (2002): Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Eine epidemiologische Untersuchung. Mit deutschen Normen für die Child Behavior Checklist. 2. Aufl. Göttingen: Verl. für Psychologie Hogrefe.
- Saß, H. (2003): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Textrevision ; DSM-IV-TR ; übersetzt nach der Textrevision der 4. Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe.
- Schönfeld, M. (2008): Die Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Normalbevölkerung. Dissertation. Philipps-Universität Marburg, Marburg.
- Smith, Y. L. S.; van Goozen, S. H. M.; Cohen-Kettenis, P. T. (2001): Adolescents With Gender Identity Disorder Who Were Accepted or Rejected for Sex Reassignment Surgery: A Prospective Follow-up Study. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40 (4), S. 472–481.
- Smith, Y. L. S.; van Goozen, S. H. M.; Kuiper, A. J.; Cohen-Kettenis, P. T. (2005): Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. In: *Psychol Med* 35 (1), S. 89–99.
- Tabachnick, B. G.; Fidell, L. S. (2007): Using multivariate statistics. 5. ed., Pearson internat. ed.,. Boston, Mass.: Pearson/Allyn and Bacon.
- Ujike, H.; Otani, K.; Nakatsuka, M.; Ishii, K.; Sasaki, A.; Oishi, T. et al. (2009): Association study of gender identity disorder and sex hormone-related genes. In: *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 33 (7), S. 1241–1244.
- Vetter, B. (2007): Sexualität. Störungen, Abweichungen, Transsexualität. Stuttgart: Schattauer.
- Vries, A. L. C. de; Steensma, T. D.; Doreleijers, T. A. H.; Cohen-Kettenis, P. T. (2010): Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study. In: *J Sex Med*.
- Ward, I. L.; Ward, O. B.; Winn, R. J.; Bielawski, D. (1994): Male and female sexual behavior potential of male rats prenatally exposed to the influence of alcohol, stress, or both factors. In: *Behav. Neurosci* 108 (6), S. 1188–1195.
- wer-kennt-wen.de GmbH: Alte Bekannte finden und neue Freunde suchen - wer-kennt-wen.de. Online verfügbar unter <http://www.wer-kennt-wen.de/>, zuletzt geprüft am 07.01.2014.
- Zhou, J. N.; Hofman, M. A.; Gooren, L. J.; Swaab, D. F. (1995): A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. In: *Nature* 378 (6552), S. 68–70.
- Zucker, K. J.; Doering, R. W.; Bradley, S. J.; Finegan, J. K. (1982): Sex-typed play in gender-disturbed children: a comparison to sibling and psychiatric controls. In: *Arch Sex Behav* 11 (4), S. 309–321.

- Zucker, K. J.; Finegan, J. A.; Doering, R. W.; Bradley, S. J. (1983): Human figure drawings of gender-problem children: a comparison to sibling, psychiatric and normal controls. In: *J Abnorm Child Psychol* 11 (2), S. 287–298.
- Zucker, K. J. (2005): Gender identity disorder in children and adolescents. In: *Annual Review of Clinical Psychology* (1), S. 467–492.
- Zucker, K. J. (2008): Associated psychopathology in children and adolescents with gender identity disorder. 55th annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28.08.2008.
- Zucker, K. J.; Bradley, S. J.; Sanikhani, M. (1997): Sex differences in referral rates of children with gender identity disorder: some hypotheses. In: *J Abnorm Child Psychol* 25 (3), S. 217–227.
- Zucker, K. J.; Bradley, Susan J. (1995): Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. New York: Guilford Press.
- Zucker, K. J.; Green, R. (1992): Psychosexual disorders in children and adolescents. In: *J Child Psychol Psychiatry* 33 (1), S. 107–151.

10 Anhang

10.1 Abbildungen und Tabellen

DSM-IV-TR: Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter (302.6)
bzw. bei Jugendlichen und Erwachsenen (302.85)

Diagnostische Merkmale für Geschlechtsidentitätsstörung
<p>A. Eine starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht (d. h. nicht lediglich das Verlangen nach irgendwelchen kulturellen Vorteilen, die als mit der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht verbunden empfunden werden).</p> <p>Bei Kindern manifestiert sich das Störungsbild durch vier (oder mehr) der folgenden Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none">(1) wiederholt geäußertes Verlangen oder Bestehen darauf, dem anderen Geschlecht anzugehören,(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,(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,(4) intensives Verlangen nach Teilnahme an Spielen und Freizeitbeschäftigungen, die für das andere Geschlecht typisch sind,(5) ausgeprägte Bevorzugung von Spielgefährten des anderen Geschlechts. <p>Bei Jugendlichen und Erwachsenen manifestiert sich das Störungsbild durch Symptome wie geäußertes Verlangen nach Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht, häufiges Auftreten als Angehöriger des anderen Geschlechts, das Verlangen, wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben oder behandelt zu werden oder die Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechtes aufzuweisen.</p> <p>Bei Kindern ist das Störungsbild durch eines der folgenden Merkmale gekennzeichnet: 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; 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> <p>Bei Jugendlichen und Erwachsenen manifestiert sich das Störungsbild durch Symptome wie das Eingenommensein von Gedanken darüber, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (z. B. Nachsuchen um Hormone, Operation oder andere Maßnahmen, welche körperlich die Geschlechtsmerkmale so verändern, daß das Aussehen des anderen Geschlechts simuliert wird) oder der Glaube, im falschen Geschlecht geboren zu sein.</p>
<p>C. Das Störungsbild ist nicht von einem somatischen Intersex-Syndrom begleitet.</p>
<p>D. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p>
<p><i>Codiere</i> basierend auf dem aktuellen Alter: 302.6 (F64.2) Geschlechtsidentitätsstörung bei Kindern, 302.85 (F64.0) Geschlechtsidentitätsstörung bei Jugendlichen oder Erwachsenen.</p>
<p><i>Bestimme</i>, ob (für Personen nach Abschluß der sexuellen Entwicklung): Sexuell Orientiert auf Männer, Sexuell Orientiert auf Frauen, Sexuell Orientiert auf beide Geschlechter, Sexuell Orientiert weder auf Männer noch auf Frauen.</p>

Abbildung 8: Diagnostische Merkmale für GIS laut DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig 2003, S.642)

F64.2 Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters

Diese Störung zeigt sich während der frühen Kindheit, immer lange vor der Pubertät. Sie ist durch ein anhaltendes und starkes Unbehagen über das zugefallene Geschlecht gekennzeichnet, zusammen mit dem Wunsch oder der ständigen Beteuerung, zum anderen Geschlecht zu gehören *und beispielsweise einen Vornamen des anderen Geschlechts zu tragen*. Es besteht eine andauernde Beschäftigung mit der Kleidung oder den Aktivitäten des anderen Geschlechtes und eine Ablehnung des eigenen Geschlechtes. Die Diagnose erfordert eine tiefgreifende Störung der normalen Geschlechtsidentität; eine bloße Knabenhaftigkeit bei Mädchen und ein mädchenhaftes Verhalten bei Jungen sind nicht ausreichend.

Geschlechtsidentitätsstörungen bei Personen, welche die Pubertät erreicht haben oder gerade erreichen, sind nicht hier, sondern unter F66 zu klassifizieren.

Ausschluss:

- ichdystone Sexualorientierung (F66.1)
- sexuelle Reifungskrise (F66.0)

Diagnostische Kriterien

Bei Mädchen:

- A. Andauerndes intensives Leiden daran, ein Mädchen zu sein, und erklärter Wunsch, ein Junge zu sein (nicht begründet mit kulturellen Vorteilen für Jungen). Oder das Mädchen besteht darauf, bereits ein Junge zu sein.
- B. Entweder 1. oder 2.:
 1. Anhaltende deutliche Aversion gegen üblicherweise weibliche Kleidung und Bestehen auf typisch männlicher Kleidung, z.B. männlicher Unterwäsche und anderer Accessoires;
 2. anhaltende Ablehnung weiblicher anatomischer Strukturen, die sich in mindestens einem der folgenden Merkmale äußert:
 - a. Behauptung, einen Penis zu besitzen, oder dass ein Penis wachsen wird;
 - b. Ablehnung, im Sitzen zu urinieren;
 - c. Versicherung, keine Brüste bekommen oder nicht menstruieren zu wollen.
- C. Das Mädchen hat bis jetzt nicht die Pubertät erreicht.
- D. Die Störung muss mindestens sechs Monate vorliegen.

Bei Jungen:

- A. Anhaltendes intensives Leiden darunter, ein Junge zu sein sowie intensiver Wunsch oder – seltener – Behauptung, bereits ein Mädchen zu sein.
- B. Entweder 1. oder 2.:
 1. Beschäftigung mit typisch weiblichen Aktivitäten, z. B. Tragen weiblicher Kleidungsstücke oder Nachahmung der weiblichen Erscheinung, intensiver Wunsch, an Spielen und Zeitvertreib von Mädchen teilzunehmen und Ablehnung von typisch männlichem Spielzeug, Spielen und Aktivitäten;
 2. anhaltende Ablehnung männlicher anatomischer Strukturen, die sich durch mindestens eine der folgenden wiederholten Behauptungen äußert:
 - a. dass er zu einer Frau heranwachsen wird (nicht nur in eine weibliche Rolle);
 - b. dass sein Penis oder seine Hoden ekelhaft sind oder verschwinden werden;
 - c. dass es besser wäre, keinen Penis oder Hoden zu haben.
- C. Der Junge hat bis jetzt nicht die Pubertät erreicht.
- D. Die Störung muss mindestens seit sechs Monaten vorliegen.

Abbildung 9: Diagnostische Merkmale für GIS (Dilling, Freyberger 2010, S.260-262)

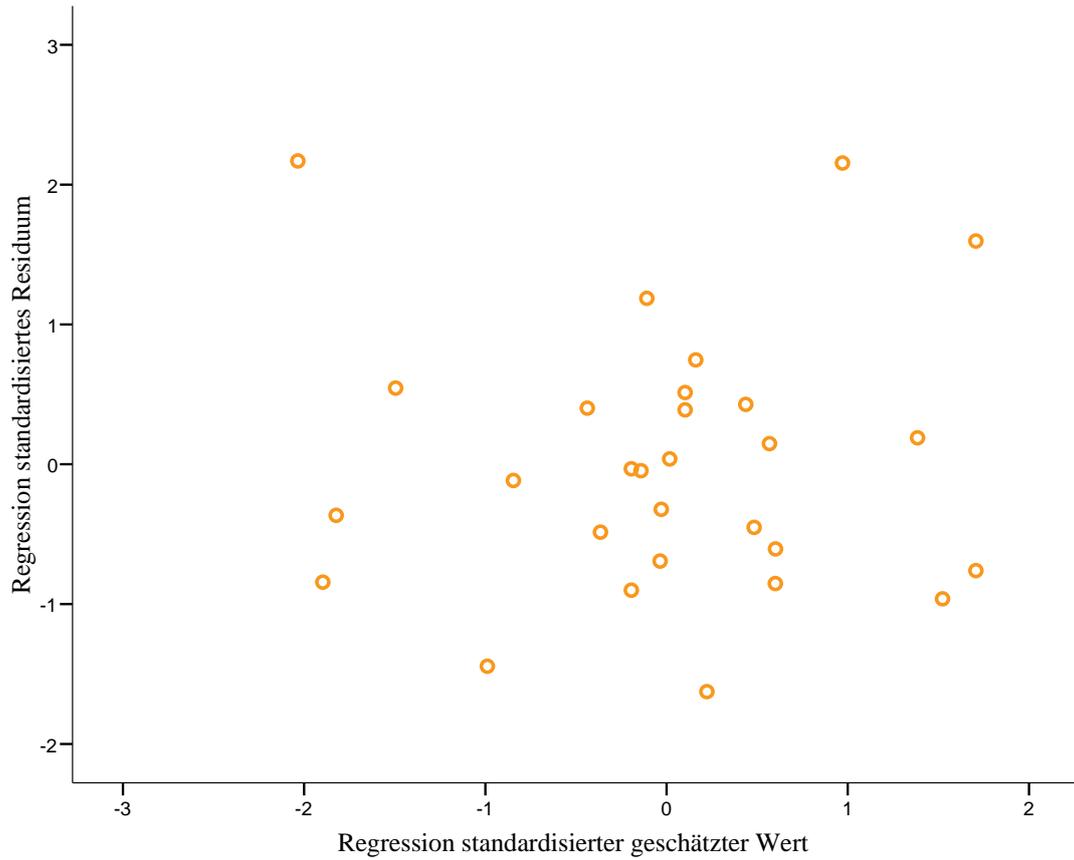


Abbildung 10: Streudiagramm abhängige Variable= Rohwert der Syndromskala Internalisierung

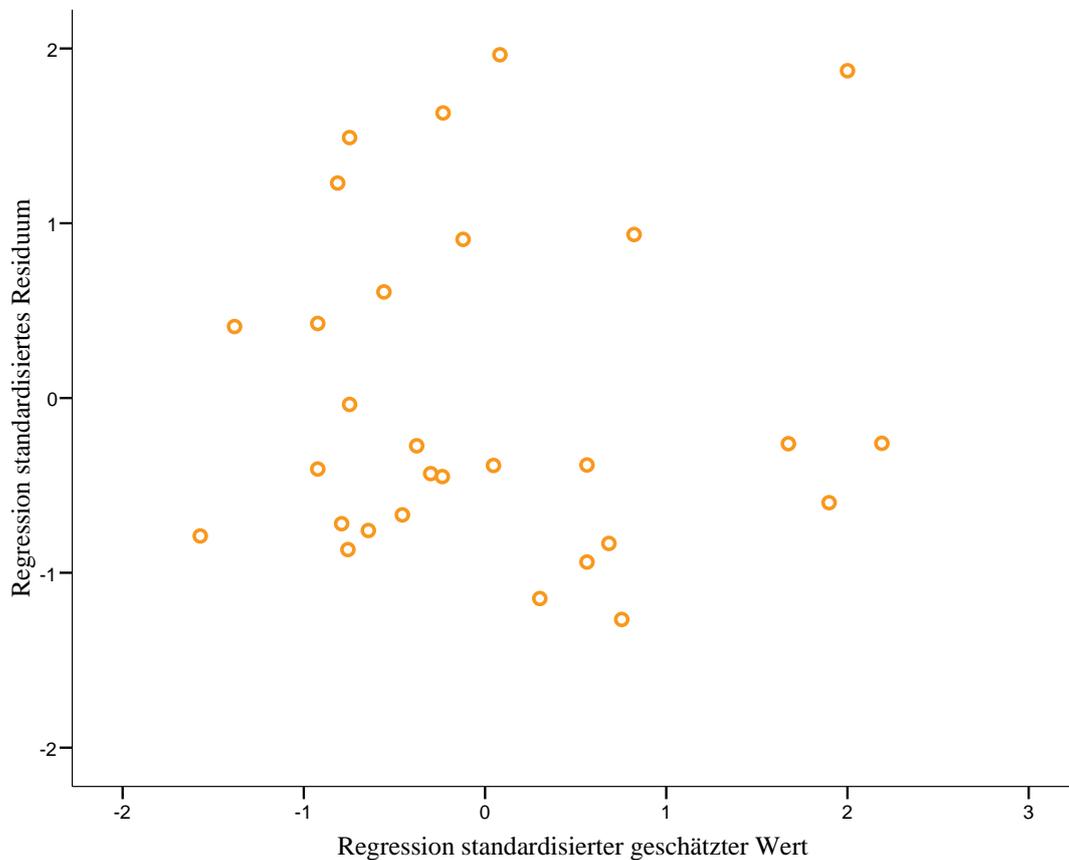


Abbildung 11: Streudiagramm: abhängige Variable= Rohwert der Syndromskala Externalisierung

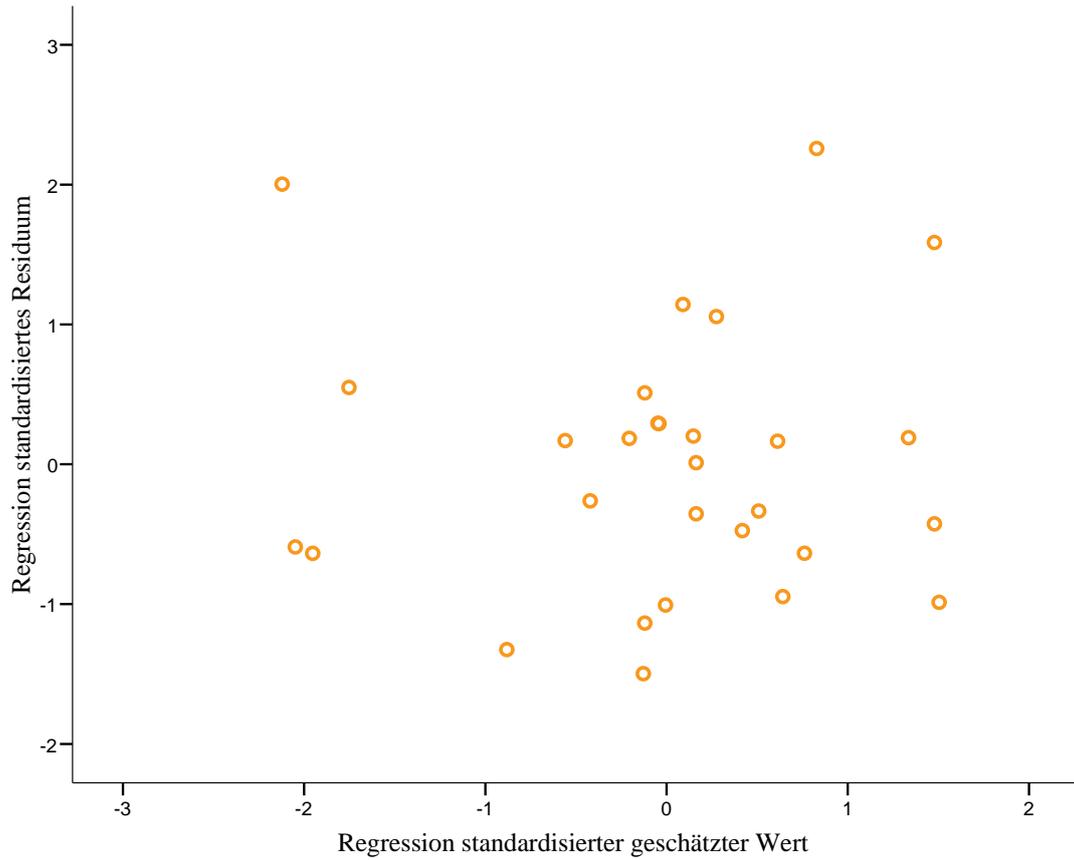


Abbildung 12: Streudiagramm: abhängige Variable= Rohwert der Syndromskala Angst/ Depressivität

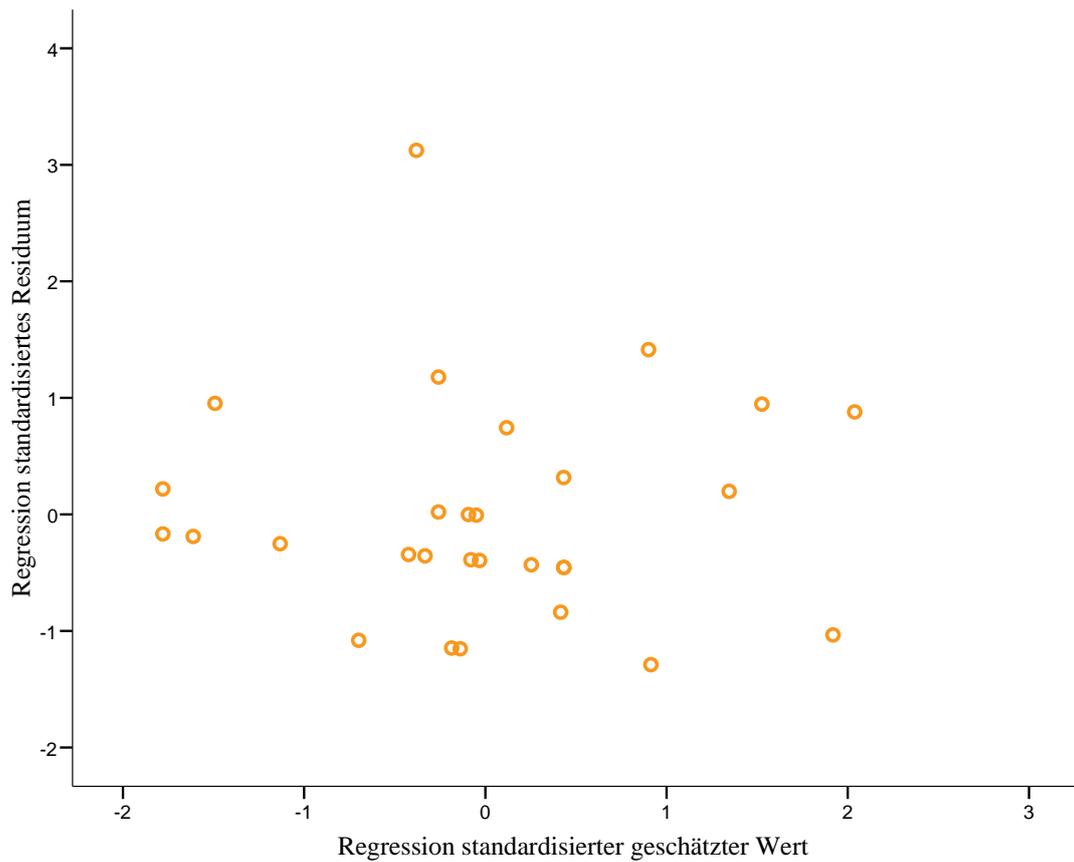


Abbildung 13: Streudiagramm: abhängige Variable= Rohwert der Syndromskala soziale Probleme

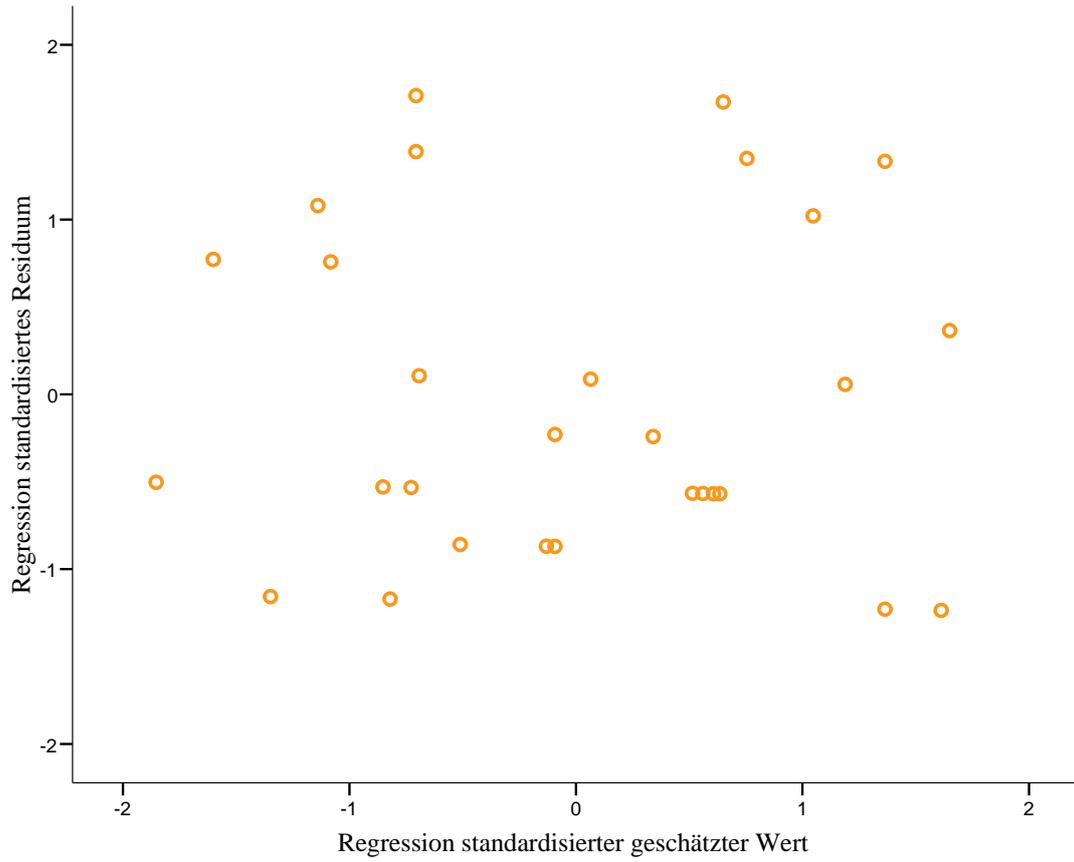


Abbildung 14: Streudiagramm: abhängige Variable= Rohwert der Syndromskala sozialer Rückzug

10.1.1 Drop-out-Analyse: Tabellen 16 und 17

Tabellen 16: Im Telefongespräch gewonnene Informationen über Personen der Stichprobe, die einer Teilnahme an der Studie zunächst zustimmten, sich dann aber nach Erhalt der Unterlagen gegen eine Teilnahme entschieden.

- **Tabelle 16a:** Fallbetrachtung Kinder:

Fall	Geschlecht	Alter bei Erstvorstellung	heutiges Alter	GIS noch problematisch
1	männlich	6	11	nein
2	männlich	3	8	nein

- **Tabelle 16b:** Fallbetrachtung Jugendliche

Fall	biologisches Geschlecht	Alter bei Erstvorstellung	heutiges Alter	GIS noch problematisch
1	männlich	10	17	nein
2	männlich	12	17	ja
3	weiblich	10	15	nein

jüngste operierte Jugendliche in D (16 J.)

- **Tabelle 16c:** Fallbetrachtung Erwachsene

Fall	biologisches Geschlecht	Alter bei Erstvorstellung	heutiges Alter	GIS noch problematisch	Namensänderung	Transsexualität	Op. mit	Hormone	Homosexualität
1	männlich	12	22	ja	ja	ja		ja	
2	weiblich	16	24	ja	Verfahren läuft	ja		ja	
3	weiblich	12	20	nein					ja
4	weiblich	12	20	nein					
5	weiblich	18	23	ja	ja	ja	21 J.	ja	
6	männlich	9	27	nein					
7	weiblich	17	27	ja	Verfahren läuft	ja		ja	
8	männlich	13	34	nein					ja
9	männlich	5	19	nein					
10	weiblich	14	33	ja	unbekannt	unbekannt			

Anmerkungen zur Person Nummer 9: Er ist in der Ausbildung zum Elektrotechniker, findet momentan keine Zeit für eine Nachuntersuchung.

Tabellen 17: Fallbetrachtungen zu Personen, die die Teilnahme an der Studie direkt per Telefon oder Internet ablehnten.

Tabelle 17a: Fallbetrachtung der Daten zu den Personen, die die Teilnahme an der Studie beim ersten Telefongespräche ablehnten und Zusammenfassung der Gründe dafür:

Fall	Geburts- geschlecht	Alter bei Erst- vorstellung	heutiges Alter	GIS noch problematisch	Namens- änderung	Homo- sexualität
1	männlich	17	22	ja		ja
2	weiblich	10	24	nein		unbekannt
3	weiblich	12	20	nein		ja
4	männlich	16	29	unbekannt	unbekannt	
5	männlich	6	23	nein		
6	männlich	16	38	nein		unbekannt
7	weiblich	16	20	ja		
8	weiblich	13	34	nein		
9	männlich	9	23	nein		ja

Anmerkungen zu den Personen:

- 1: Er lebt noch bei den Eltern, der Vater tabuisiert die GIS in der Vergangenheit seines Sohnes.
- 2: Sie befindet sich in der Ausbildung zur Hotelfachfrau und möchte die Zeit für eine Nachuntersuchung nicht aufwenden.
- 3: Sie fürchtet das Aufdecken der früheren GIS durch ihr heutiges soziales Umfeld. Sie studiert und lebt in einer Wohngemeinschaft.
- 4: Er möchte sich nicht mit dem Thema beschäftigen.
- 5: Er kann sich nicht mehr an die Therapie erinnern.
- 6: Er arbeitet als Arzt und schließt eine Teilnahme aus persönlichen Gründen aus.
- 7: Sie ist mit 19 Jahren Mutter geworden. Ihre GIS ist immer noch ein schmerzliches Thema für sie, mit dem sie sich nicht mehr auseinandersetzen möchte.
- 8: Sie unternahm einen Suizidversuch in der Zeit der Diagnosestellung der GIS. Ihre GIS ist heute kein Thema mehr für sie.
- 9: Er möchte keine Fragen zu seiner Sexualität beantworten.

Tabelle 17b: Fallbetrachtung der Daten zu den Personen, die die Teilnahme an der Studie beim ersten Emailkontakt ablehnten und Zusammenfassung der Gründe

Fall	Geburts- geschlecht	Alter bei Erst- vorstellung	heutiges Alter	GIS noch problematisch	Namens- änderung	Trans- sexualität	Op. mit (Jahren)	Hormone	Homo- sexualität
1	männlich	16	21	ja	ja	ja	19	ja	
2	weiblich	15	25	ja	ja	ja	19	ja	
3	männlich	18	29	nein					
4	weiblich	17	23	ja	unbekannt				Bisexualität
5	weiblich	7	21	nein					ja
6	männlich	13	18	nein					ja
7	weiblich	17	23	ja	unbekannt			unbekannt	ja
8	weiblich	7	20	nein					ja
9	weiblich	14	20	nein					ja

Anmerkungen zu Personen:

2: Er studiert Humanmedizin und hat Angst vor der Entdeckung seines biologischen Geschlechts.

3: Er ist verheiratet und hat ein Kind. Seine Ehefrau weiß nichts über seine GIS in der Jugend.

5: Sie ist in einer gleichgeschlechtlichen Ehe verheiratet.

6: Er ist in der Ausbildung zum Einzelhandelskaufmann.

7: Sie wechselte ihr Rollenverhalten. Trat vor zwei Jahren betont weiblich auf, gab sich dann aber betont männlich. Sie hat vor vier Jahren die Einnahme von gegengeschlechtlichen Hormonen vom Schwarzmarkt versucht.

9: Sie ist verheiratet in einer gleichgeschlechtlichen Ehe. Zurzeit ist sie leider arbeitslos.

10.1.2 Rollen- und Geschlechtswechsel: Tabellen 18 bis 21

Tabellen 18: Rollenwechsel

- **Tabellen 18a:** Erwachsene:

Geschlechtsrollenwechsel Erwachsene: Alltagstest

	n	Prozent
ja	18	69,2
nur in best. Bereichen	1	3,8
nein, ist aber geplant	2	7,7
nein, ist nicht geplant	5	19,2
n gesamt	26	1 Angabe fehlend

Hormontherapie

	n	Prozent
ja	16	59,3
Hormonth. abgebrochen	3	11,1
nie Hormonth.	8	29,6
n gesamt	27	

Hormonth.= Hormontherapie

Zufriedenheit mit Hormontherapie

	n	Prozent
sehr zufrieden	4	22,2
zufrieden	7	38,9
teils, teils	4	22,2
unzufrieden	1	5,6
sehr unzufrieden	2	11,1
n gesamt	18	1 Angabe fehlend

Geschlechtsangleichende Op.

	n	Prozent
ja	9	34,6
Op. ist gewünscht	11	42,3
nein, Op. ist nicht gewünscht	6	23,1
n gesamt	26	1 Angabe fehlend

Zufriedenheit mit Op.-Ergebnis (Geschlechtsangleichende Op. oder Voroperation (z. B. Mastektomie oder Hysterektomie))

	n	Prozent
sehr zufrieden	4	40
zufrieden	2	20
teils, teils	1	10
unzufrieden	1	10
sehr unzufrieden	2	20
n gesamt	10	

• **Tabelle 18b:** Jugendliche:
Pubertätshemmende Hormone

	n	Prozent
nein	1	33,3
ja	2	66,7
n gesamt	3	3 Angaben fehlend

Op. Geschlechtsorgane

	n	Prozent
ja, ich denke darüber nach	1	25
ja, ich habe es geplant	1	25
bereits operiert	1	25
nein, keine Op. gewünscht	1	25
n gesamt	4	2 Angaben fehlend

Tabelle 19: Vornamensänderung (Erwachsene, befragt wurden nur Personen mit bereits durchgeführtem oder gewünschtem GW)

	n	Prozent
ist rechtskräftig erfolgt	12	63,2
Verfahren läuft noch	4	21,1
später Antrag geplant	2	10,5
kein Antrag geplant	1	5,3
n gesamt	19	

Tabelle 20: Personenstandsänderung (Erwachsene, befragt wurden nur Personen mit bereits durchgeführtem oder gewünschtem GW)

	n	Prozent
ist rechtskräftig erfolgt	10	52,6
Verfahren läuft noch	5	26,3
soll später beantragt werden	3	15,8
soll nicht beantragt werden	1	5,3
n gesamt	19	

Tabelle 21: Zufriedenheit mit dem Rollenverhalten (befragt wurden alle Erwachsenen)

	n	Prozent
sehr zufrieden	16	59,3
zufrieden	7	25,9
teils, teils	3	11,1
unzufrieden	1	3,7
n gesamt	27	

10.1.3 Sexuelle Orientierung: Tabellen 22 bis 24

- **Tabelle 22:** Sexuelle Orientierung der Erwachsenen (ausgehend vom aktuell gelebten Geschlecht)

gesamte Stichprobe der Erwachsenen:

	n	Prozent
heterosexuell	16	59,3
bisexuell	3	11,1
homosexuelle Frauen	4	14,8
homosexuelle Männer	4	14,8
n gesamt	27	

Tabellen 23: Sexuelle Orientierung und sexuelle Zufriedenheit der transsexuellen Erwachsenen *vor* und *nach* der Entscheidung für einen Geschlechtswechsel (GW)

Aktuelle sexuelle Orientierung (<i>nach</i> GW)			Zufriedenheit mit Sexualleben (<i>nach</i> GW)		
	n	Prozent		n	Prozent
heterosexuell	14	77,8	sehr zufrieden	1	5,6
bisexuell	3	16,7	zufrieden	6	33,3
homosexuelle Frauen	1	5,5	teils, teils	8	44,4
homosexuelle Männer	0	0	unzufrieden	2	11,1
n gesamt	18		sehr unzufrieden	1	5,6
			n gesamt	18	

Sexuelle Orientierung (<i>vor</i> GW)			Zufriedenheit mit Sexualleben (<i>vor</i> GW)		
	n	Prozent		n	Prozent
heterosexuell	15	83,3	teils, teils	5	27,8
bisexuell	1	5,5	unzufrieden	6	33,3
homosexuelle Frauen	2	11	sehr unzufrieden	7	38,9
homosexuelle Männer	0	0	n gesamt	18	
n gesamt	18				

- **Tabelle 24:** Sexuelle Orientierung der Jugendlichen

	n	Prozent
heterosexuell	1	25
weibliche homosexuelle	1	25
asexuell	2	50

10.1.4 Sozialstatus: Tabellen 25-28:

- **Tabellen 25:** Erwachsene:

Tabelle 25a: Schulabschluss Erwachsene

	n	Prozent
kein Schulabschluss	5	18,5
Hauptschulabschluss	6	22,2
Mittlere Reife	4	14,8
Abitur	12	44,4
n gesamt	27	

Tabelle 25b: Ausbildung Erwachsene

	n	Prozent
FH/ Uni Studium	6	30
Berufsausbildung	4	20
keine	10	50
n gesamt	20	7 Angaben fehlend

Tabelle 25c: Jetzige Tätigkeit Erwachsene

	n	Prozent
arbeitslos	2	7,7
nicht erwerbstätig ¹¹	10	38,5
zeitweise beschäftigt	4	15,4
Teilzeitjob	1	3,8
Ganztagjob	9	34,6
n gesamt	26	1 Angabe fehlend

- **Tabellen 26:** Jugendliche:

Tabellen 26a: Schulabschluss der Eltern der Jugendlichen

Mutter:

	n	Prozent
Hauptschulabschluss	1	25
Mittlere Reife	1	25
Abitur	2	50
n gesamt	4	2 Angaben fehlend

Vater:

	n	Prozent
Hauptschulabschluss	1	25
Abitur	3	75
n gesamt	4	2 Angaben fehlend

¹¹ nicht erwerbstätig, d.h. in Ausbildung/ Umschulung, im Haushalt tätig

Tabellen 26b: Jetzige Tätigkeit der Eltern der Jugendlichen

Mutter:

	n	Prozent
arbeitslos	2	50
zeitweise beschäftigt	1	25
Teilzeitjob	1	25
n gesamt	4	2 Angaben fehlend

Vater:

	n	Prozent
Teilzeitjob	1	25
Ganztagsjob	3	75
n gesamt	4	2 Angaben fehlend

Tabellen 26c: Schulabschluss der Jugendlichen

	n	Prozent
kein Schulabschluss	1	20
Hauptschulabschluss	1	20
Mittlere Reife	1	20
Abitur	2	40
n gesamt	5	1 Angabe fehlend

- **Tabellen 27:** Kinder:

Tabelle 27a: Schulabschluss der Eltern der Kinder

Mutter:

	n	Prozent
Mittlere Reife	1	33,3
Abitur	2	66,7
n gesamt	3	1 Angabe fehlend

Vater:

	n	Prozent
Mittlere Reife	1	33,3
Abitur	2	66,7
n gesamt	3	1 Angabe fehlend

Tabellen 27b: Jetzige Tätigkeit der Eltern der Kinder

Mutter:

	n	Prozent
nicht erwerbstätig ¹²	1	33,3
Teilzeitjob	2	66,7
n gesamt	3	1 Angabe fehlend

Vater:

	n	Prozent
Ganztagsjob	3	100
		1 Angabe fehlend

Tabelle 27c: Momentan besuchte Schule der Kinder

	n	Prozent
Grundschule	3	75
Realschule	1	25

¹² nicht erwerbstätig, d.h. in Ausbildung/ Umschulung, im Haushalt tätig

n gesamt 4

Tabelle 28: Familienstand Erwachsene

	n	Prozent
alleinstehend	14	51,9
in Partnerschaft	10	37
verheiratet	3	11,1
n gesamt	27	

10.1.5 Psychotherapie und seelische Gesundheit: Tabellen 29 und 30

Tabellen 29: Psychotherapie

- **Tabellen 29a:** Erwachsene: Psychotherapie

	n	Prozent
eine Therapie	9	34,6
mehrere Therapien**	15	57,7
keine Psychotherapie	2	7,7
n gesamt	27	

** Falls mehrere Psychotherapien (Psychth.): Anzahl

Anzahl der Psychth.	n	Prozent
2	6	40
3	8	53,3
6	1	6,7
n gesamt	15	

Art der 1. Psychotherapie

	n	Prozent
tiefenpsychologisch		
analytisch	13	61,9
Verhaltenstherapie	4	19,05
sonstige	4	19,05
n gesamt	21	3 Angaben fehlend

Anzahl Sitzungen Psychotherapie 1

	n	Prozent
1-10 Sitzungen	3	12,5
11-25 Sitzungen	5	20,8
26-50 Sitzungen	8	33,4
51-100 Sitzungen	5	20,8
> 100 Sitzungen	3	12,5
n gesamt	24	

Art der 2. Psychotherapie

	n	Prozent
tiefenpsychologisch		
analytisch	7	50
Verhaltenstherapie	6	42,9
sonstige	1	7,1

Anzahl Sitzungen Psychotherapie 2

	n	Prozent
1-10 Sitzungen	4	28,6
11-25 Sitzungen	4	28,6
26-50 Sitzungen	6	42,8
n gesamt	14	1 Angabe fehlend

n gesamt 14 1 Angabe fehlend

Art der 3. Psychotherapie

	n	Prozent
tiefenpsychologisch analytisch	5	55,5
Verhaltenstherapie	3	33,3
sonstige	1	11,1
n gesamt	9	

Anzahl Sitzungen Psychotherapie 3

	n	Prozent
1-10 Sitzungen	4	50
11-25 Sitzungen	2	25
26-50 Sitzungen	1	12,5
51-100 Sitzungen	1	12,5
n gesamt	8	1 Angabe fehlend

• **Tabellen 29b:** Jugendliche: Psychotherapie

	n
eine Therapie	1
mehrere Therapien**	2
keine Psychotherapie	1
n= 4	3 Angaben fehlend

** Falls mehrere Psychotherapien (Psychth.): Anzahl

Anzahl der Psychth.	n
2	1
3	1

Art der 1. Psychotherapie

	n
tiefenpsychologisch analytisch	2
Verhaltenstherapie	1

Anzahl Sitzungen Psychotherapie 1

	n
51-100 Sitzungen	3

Art der 2. Psychotherapie

	n
tiefenpsychologisch analytisch	1
sonstige	1

Anzahl Sitzungen Psychotherapie 2

	n
26-50 Sitzungen	2

Art der 3. Psychotherapie

	n
tiefenpsychologisch analytisch	1

Anzahl Sitzungen Psychotherapie 3

	n
11-25 Sitzungen	1

- **Tabellen 29c:** Kinder: Psychotherapie

	n
eine Therapie	3
keine Psychotherapie	1
<hr/>	
n= 4	

Art der Psychotherapie

	n
tiefenpsychologisch	2
analytisch	
sonstige	1

Anzahl Sitzungen Psychotherapie

	n
11-25 Sitzungen	2
51-100 Sitzungen	1

Tabellen 30: Stationäre psychiatrische Behandlung und Suizid

- **Tabellen 30a:** Erwachsene:

Erwachsene: Personen *mit* Geschlechtswechsel: Stationäre psychiatrische Behandlung

	n	Prozent
nein	14	66,7
ja, einen	4	19
ja, mehrere	3	14,3
n gesamt	21	1 Angabe fehlend

Erwachsene: Suizidpläne/ -versuche *vor dem GW*

	n	Prozent
keine	11	64,7
ja, mehrere	6	35,3
n gesamt	17	5 Angaben fehlend

Erwachsene: Suizidpläne/ -versuche *nach dem GW*

	n	Prozent
keine	11	91,7
ja, einer	1	8,3
n gesamt	12	10 Angaben fehlend

Erwachsene: Personen *ohne* Geschlechtswechsel: Stationäre psychiatrische Behandlung

	n	Prozent
nein	3	50
ja, einen	1	16,7
ja, mehrere	2	33,3
n gesamt	6	

Erwachsene: Personen *ohne* Geschlechtswechsel: Suizidpläne/ -versuche

	n	Prozent
nein	5	83,3
ja	1	16,7
n gesamt	6	

- **Tabellen 30b:** Jugendliche: Personen *mit* Geschlechtswechsel: Stationäre psychiatrische Behandlung

	n
nein	1
ja, mehrere	1

Jugendliche: Suizidpläne/ -versuche *nach* Geschlechtswechsel

	n
keine	1
ja, einer	1

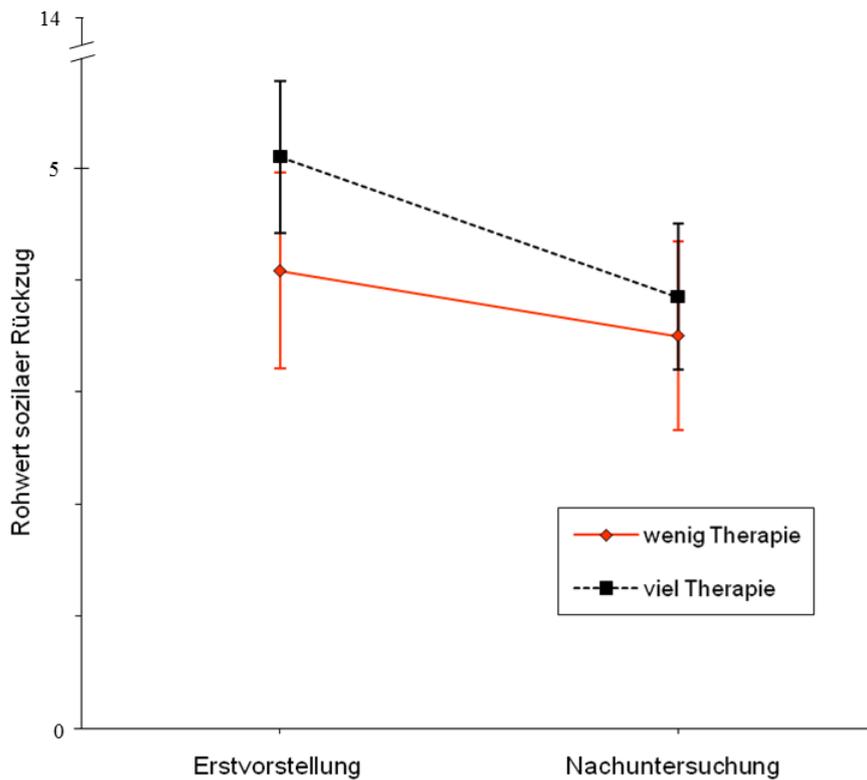


Abbildung 15: Vergleich des sozialen Rückzugs in den beiden Gruppen viel und wenig Therapie. Gegeben sind die Mittelwerte der Syndromskala sozialer Rückzug von wenig und viel therapierten Personen zu den beiden Untersuchungszeitpunkten. $F_{(1,30)}=1.414$, $p=0.244$

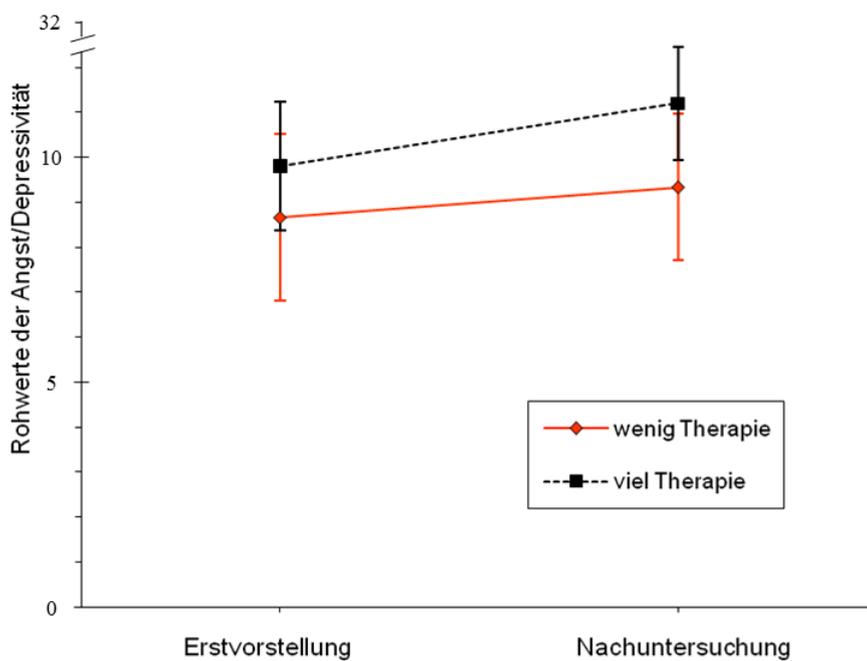


Abbildung 16: Vergleich der Angst/ Depressivität in den beiden Gruppen viel und wenig Therapie. Gegeben sind die Mittelwerte der Syndromskala Angst/ Depressivität von wenig und viel therapierten Personen zu den beiden Untersuchungszeitpunkten. $F_{(1,30)}=0.506$, $p=0.482$

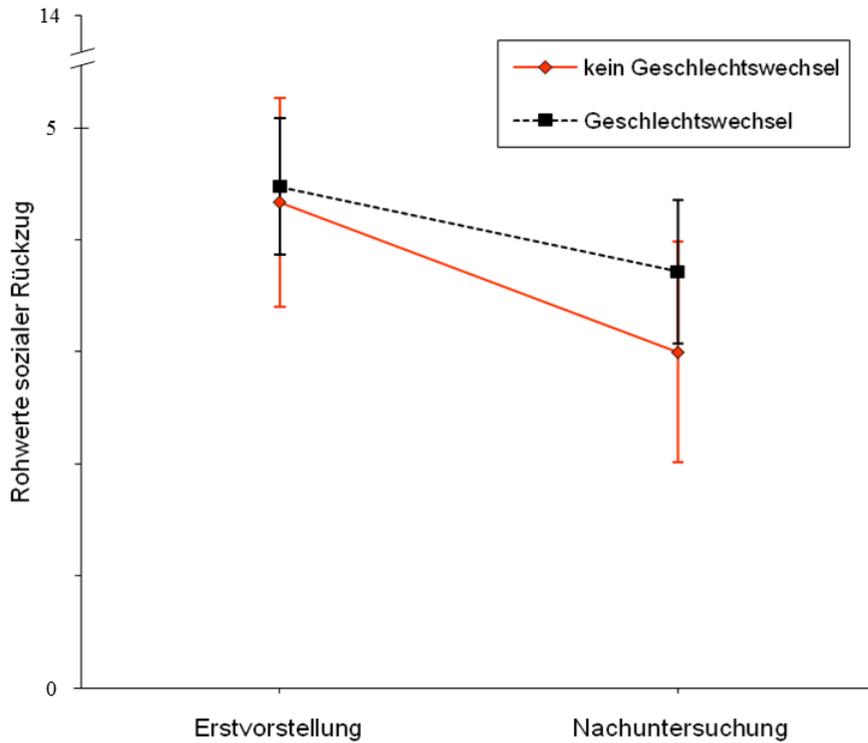


Abbildung 17: Vergleich des sozialen Rückzugs in den beiden Gruppen mit und ohne Geschlechtswechsel. Gegeben sind die Mittelwerte der Syndromskala sozialer Rückzug von Personen mit und ohne Geschlechtswechsel zu den beiden Untersuchungszeitpunkten. $F_{(1,28)}=1.927, p=0.176$

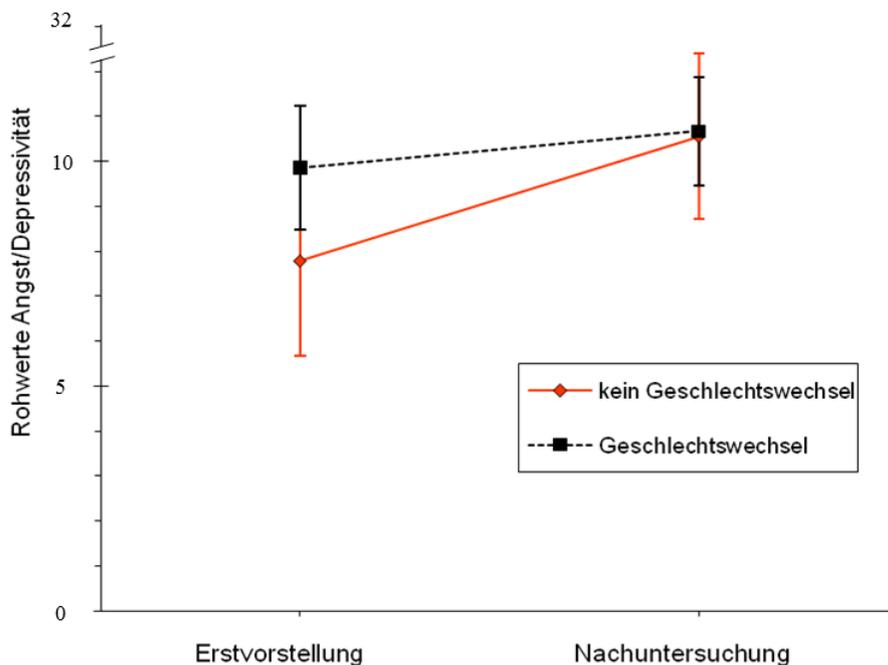


Abbildung 18: Vergleich des Ausmaßes der Angst/ Depressivität in den beiden Gruppen mit und ohne Geschlechtswechsel. Gegeben sind die Mittelwerte der Syndromskala Angst/ Depressivität von Personen mit und ohne Geschlechtswechsel zu den beiden Untersuchungszeitpunkten. $F_{(1,28)}=1.357, p=0.254$

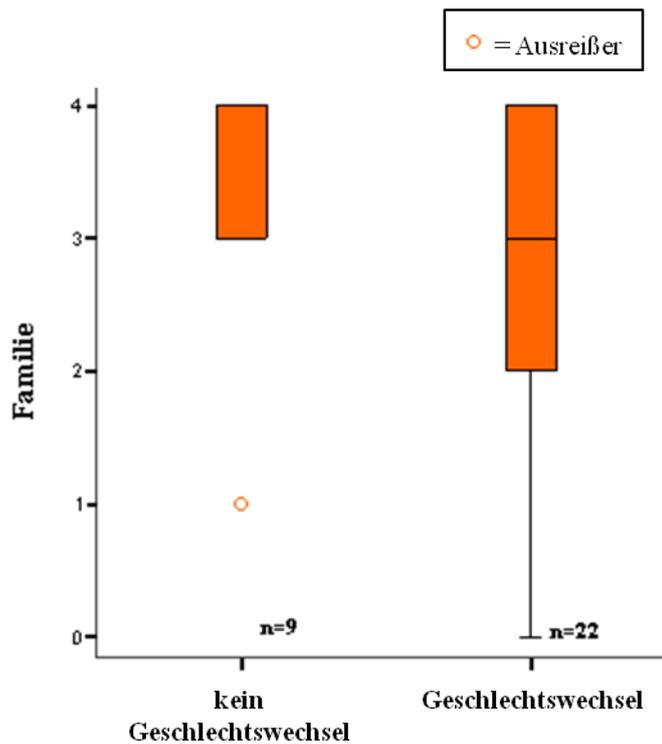


Abbildung 19: Vergleich der Verteilung der Werte der Lebensqualität im Bereich Familie zwischen Personen mit und ohne Geschlechtswechsel (0=„sehr schlecht“; 1=„eher schlecht“; 2=„teils, teils“; 3=„eher gut“; 4=„sehr gut“). Der Balken im Plot stellt den Median dar. ° Ausreißer (1,5 bis 3 -fache Boxhöhe von der Verteilung entfernt). U=80.500, p=0.428

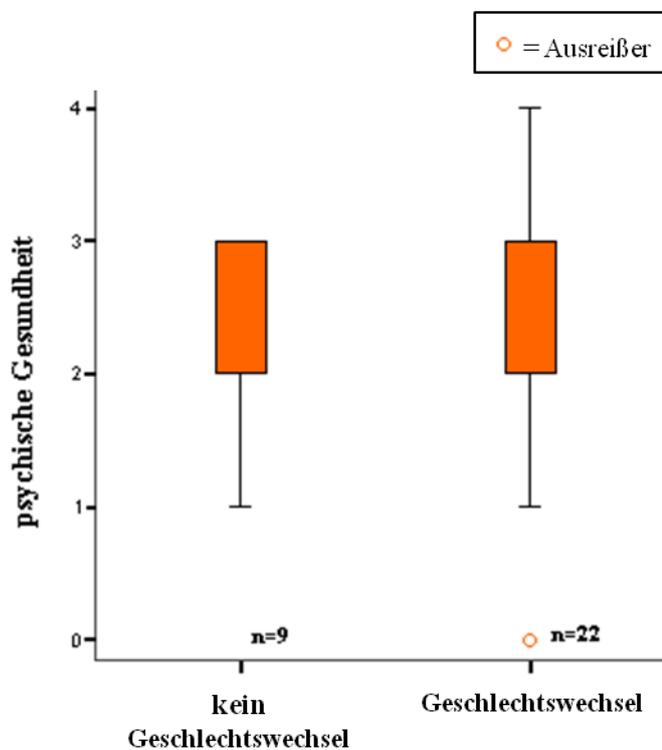


Abbildung 20: Vergleich der Verteilung der Werte der Lebensqualität im Bereich psychische Gesundheit zwischen Personen mit und ohne Geschlechtswechsel (0=„sehr schlecht“; 1=„eher schlecht“; 2=„teils, teils“; 3=„eher gut“; 4=„sehr gut“). ° Ausreißer (1,5 bis 3 -fache Boxhöhe von der Verteilung entfernt). U= 81.000, p= 0.453

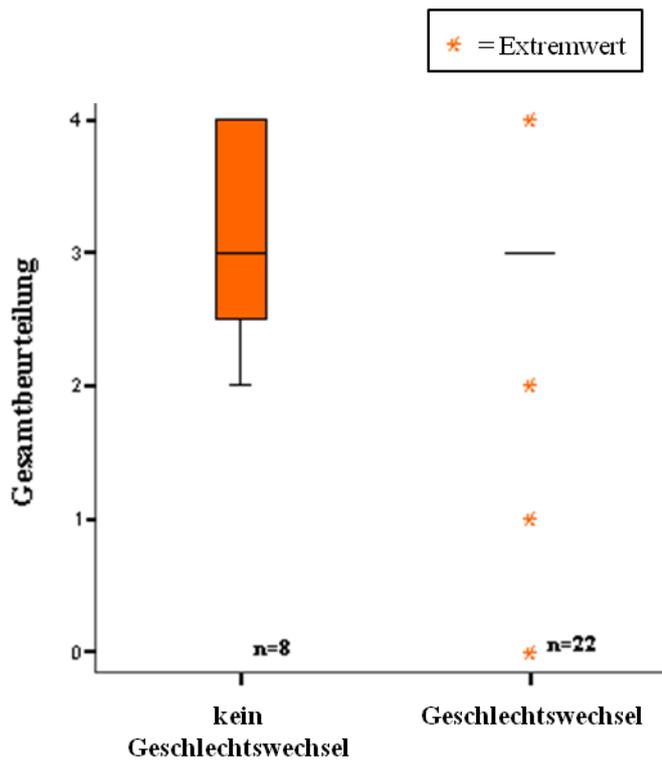


Abbildung 21: Vergleich der Verteilung der Werte der Gesamtbeurteilung der Lebensqualität zwischen Personen mit und ohne Geschlechtswechsel (0=„sehr schlecht“; 1=„eher schlecht“; 2=„teils, teils“; 3=„eher gut“; 4=„sehr gut“). Der Balken im Plot stellt den Median dar. * Extremwerte (über 3-fache Boxhöhe von der Verteilung entfernt). U=68.500, p=0.368

10.2 Fragebögen

- | | |
|---|-----------|
| (1) Elternfragebogen über Ihre Tochter ¹³ | S.97-100 |
| (2) Fragebogen für Jugendliche (weibliche Version) | S.101-105 |
| (3) Fragebogen für junge Erwachsene (weibliche Version) | S.106-112 |

¹³ Hier wird für alle drei Fragebögen jeweils nur die weibliche Version des Fragebogens abgedruckt. Die Fragebögen für männliche Personen enthalten den weiblichen Versionen entsprechende Fragen.

Elternfragebogen über Ihre Tochter

ID: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____ (Tag, Monat, Jahr)

Fragebogen ausgefüllt von:

- ₁ Vater
₂ Mutter
₃ _____

Ihr Geburtsdatum: _____ (Tag, Monat, Jahr)

1. Fragen zu Familie und Freunden

Hat Ihre Tochter Geschwister?

- ₁ nein
₂ ja, Anzahl: _____ Alter: _____

Mit wem lebt Ihre Tochter zusammen?

- ₁ mit einem Elternteil oder beiden Eltern
₂ mit den Großeltern
₃ mit: _____

Wie viele Freunde hat Ihre Tochter, mit denen sie regelmäßig Kontakt hat? _____

Wie oft pro Monat hat Ihre Tochter Kontakt mit ihren Freunden/ Bekannten (auch Telefonate, Briefe, Email)?

- ₁ weniger als einmal
₂ ein- bis zweimal
₃ drei- bis viermal
₄ fünfmal oder häufiger

Hat Ihre Tochter Kontakt zu andern Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen (auch per Internet)?

- ₁ viel Kontakt
₂ etwas Kontakt
₃ kein Kontakt

Wie oft pro Monat hat Ihre Tochter Besuch von Freunden?

- ₁ weniger als einmal
₂ ein- bis zweimal
₃ drei- bis viermal
₄ fünfmal oder häufiger

2. Fragen zur (schulischen) Ausbildung Ihres Kindes

Meine Tochter befindet sich momentan in der/ in

- ₁ Grundschule
₂ Hauptschule
₃ Realschule
₄ Gymnasium
₅ sonstiger Einrichtung: _____

Ist Ihre Tochter mit der momentanen Situation im Kindergarten/ in der Schule zufrieden?

- ₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils, teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Falls sie unzufrieden ist, was sollte besser/ anders sein? _____

3. Fragen zu Ihren Lebensumständen

Bitte geben Sie jeweils den höchsten Schulabschluss und die Berufsausbildung an:

Ich:	Mein Partner:
<input type="checkbox"/> ₁ kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> ₂ Hauptschule <input type="checkbox"/> ₃ Realschule <input type="checkbox"/> ₄ Abitur <input type="checkbox"/> ₁ abgeschlossene Fachhochschule/ Universität als: _____ <input type="checkbox"/> ₂ abgeschlossene Berufsausbildung als: _____ <input type="checkbox"/> ₃ keine abgeschlossene Ausbildung	<input type="checkbox"/> ₁ kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> ₂ Hauptschule <input type="checkbox"/> ₃ Realschule <input type="checkbox"/> ₄ Abitur <input type="checkbox"/> ₁ abgeschlossene Fachhochschule/ Universität als: _____ <input type="checkbox"/> ₂ abgeschlossene Berufsausbildung als: _____ <input type="checkbox"/> ₃ keine abgeschlossene Ausbildung

Bitte geben Sie die derzeitige Tätigkeit an:

Ich:	Mein Partner:
<input type="checkbox"/> ₁ arbeitslos seit: _____ <input type="checkbox"/> ₂ nicht erwerbstätig (Ausbildung/ Umschulung, Hausfrau/ mann) <input type="checkbox"/> ₃ zeitweise beschäftigt <input type="checkbox"/> ₄ Teilzeitjob <input type="checkbox"/> ₅ Ganztagsjob	<input type="checkbox"/> ₁ arbeitslos seit: _____ <input type="checkbox"/> ₂ nicht erwerbstätig (Ausbildung/ Umschulung, Hausfrau/ mann) <input type="checkbox"/> ₃ zeitweise beschäftigt <input type="checkbox"/> ₄ Teilzeitjob <input type="checkbox"/> ₅ Ganztagsjob

4. Behandlung der Geschlechtsidentitätsstörung Ihres Kindes

Wann hatte Ihre Tochter zum ersten Mal wegen ihrer Geschlechtsidentitätsstörung Kontakt mit einem Arzt? _____ (Monat, Jahr)
 und/oder mit einem Psychologen? _____ (Monat, Jahr)

4.1 Psychotherapie

Hat Ihre Tochter jemals an einer Psychotherapie teilgenommen?

- ₁ ja, er hatte eine Therapie
₂ ja, er hatte mehrer Therapien Anzahl: _____
₃ nein

Wenn Ihre Tochter *nie* in einer Psychotherapie war, machen Sie bitte weiter bei 5. „Rollenverhalten Ihrer Tochter und Zufriedenheit mit ihrem Geschlecht“ auf Seite 2

1. Therapie: Bitte geben Sie die Art der ersten psychotherapeutischen Behandlung Ihrer Tochter an:

- ₁ tiefenpsychologisch analytisch
₂ Verhaltenstherapie
₃ andere: _____

Wie viele Psychotherapiesitzungen haben stattgefunden?

- ₁ keine Psychotherapie
₂ 1-10 Sitzungen
₃ 11-25 Sitzungen
₄ 26-50 Sitzungen
₅ 51-100 Sitzungen
₆ mehr als 100 Sitzungen

Zufriedenheit

Hat diese Form der Psychotherapie Ihrer Tochter dabei geholfen, Schwierigkeiten in der Schule, in der Familie, im Freundes-/ Bekanntenkreis zu bewältigen, die im Zusammenhang mit ihrer Geschlechtsidentitätsstörung aufgetreten sind?

- ₁ sehr geholfen
₂ eher geholfen
₃ teils, teils
₄ eher nicht geholfen
₅ nicht geholfen

Wie zufrieden sind Sie/ ist Ihre Tochter im Rückblick mit dieser Form der Psychotherapie?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils, teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Falls Sie/ Ihre Tochter unzufrieden sind, was hätte Ihrer Meinung nach besser/ anders sein können?

2. Therapie: Bitte geben Sie die Art der zweiten psychotherapeutischen Behandlung Ihrer Tochter an:

- ₁ tiefenpsychologisch analytisch
- ₂ Verhaltenstherapie
- ₃ andere: _____

Wie viele Psychotherapiesitzungen haben stattgefunden?

- ₁ keine Psychotherapie
- ₂ 1-10 Sitzungen
- ₃ 11-25 Sitzungen
- ₄ 26-50 Sitzungen
- ₅ 51-100 Sitzungen
- ₆ mehr als 100 Sitzungen

Zufriedenheit

Hat diese Form der Psychotherapie Ihrer Tochter dabei geholfen, Schwierigkeiten in der Schule, in der Familie, im Freundes-/Bekanntenkreis zu bewältigen, die im Zusammenhang mit ihrer Geschlechtsidentitätsstörung aufgetreten sind?

- ₁ sehr geholfen
- ₂ eher geholfen
- ₃ teils, teils
- ₄ eher nicht geholfen
- ₅ nicht geholfen

Wie zufrieden sind Sie/ ist Ihre Tochter im Rückblick mit dieser Form der Psychotherapie?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils, teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Falls Sie/ Ihre Tochter unzufrieden sind, was hätte Ihrer Meinung nach besser/ anders sein können?

3. Therapie: Bitte geben Sie die Art Ihrer dritten psychotherapeutischen Behandlung Ihrer Tochter an:

- ₁ tiefenpsychologisch analytisch
- ₂ Verhaltenstherapie
- ₃ andere: _____

Wie viele Psychotherapiesitzungen haben stattgefunden?

- ₁ keine Psychotherapie
- ₂ 1-10 Sitzungen
- ₃ 11-25 Sitzungen
- ₄ 26-50 Sitzungen
- ₅ 51-100 Sitzungen
- ₆ mehr als 100 Sitzungen

Zufriedenheit

Hat diese Form der Psychotherapie Ihrer Tochter dabei geholfen, Schwierigkeiten in der Schule, in der Familie, im Freundes-/Bekanntenkreis zu bewältigen, die im Zusammenhang mit ihrer Geschlechtsidentitätsstörung aufgetreten sind?

- ₁ sehr geholfen
- ₂ eher geholfen
- ₃ teils, teils
- ₄ eher nicht geholfen
- ₅ nicht geholfen

Wie zufrieden sind Sie/ ist Ihre Tochter im Rückblick mit dieser Form der Psychotherapie?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils, teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Falls Sie/ Ihre Tochter unzufrieden sind, was hätte Ihrer Meinung nach besser/ anders sein können?

Befindet sich Ihre Tochter zurzeit in Psychotherapie?

- ₀ nein
- ₁ ja, oben beschrieben unter Punkt 1 2 3

Gab es bei Ihrer Tochter jemals stationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Klinik?

- ₁ nein
- ₂ ja, einen
- ₃ ja, mehrere

Falls ja, Name der Klinik(en) _____

Wann war Ihre Tochter dort? _____

5. Rollenverhalten Ihrer Tochter und Zufriedenheit mit ihrem Geschlecht

Lebt Ihre Tochter in *allen* Lebensbereichen (Schule, Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis) in der männlichen Rolle?

- ₁ ja, seit: _____ (Monat, Jahr)
- ₂ nein, nur in folgenden Bereichen _____
- ₃ nein, sie plant aber als Junge zu leben
- ₄ nein, sie plant nicht als Junge zu leben

Wie schätzen Sie das Rollenverhalten Ihrer Tochter heute ein?

- ₁ ganz überwiegend weiblich
- ₂ mehr weiblich als männlich
- ₃ mehr männlich als weiblich
- ₄ ganz überwiegend männlich

Wie stark wird sie von anderen in seiner Rolle als Junge/ Mädchen akzeptiert?

- ₁ vollkommen akzeptiert
- ₂ überwiegend akzeptiert
- ₃ überwiegend abgelehnt
- ₄ vollkommen abgelehnt

Wie oft kommt es vor, dass sie von Unbekannten als Junge angesprochen wird?

- ₁ nie
- ₂ selten
- ₃ oft
- ₄ immer

Wie häufig fühlt sie sich in ihrer Rolle unsicher?

- ₁ nie
- ₂ selten
- ₃ oft
- ₄ immer
- ₅ weiß ich nicht

Falls sie manchmal unsicher ist, in welchen Situationen besonders?

Zufriedenheit

Wie zufrieden ist Ihre Tochter mit ihrem Rollenverhalten als Mädchen/ als Junge heute?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils, teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden
- ₆ weiß ich nicht

Falls sie unzufrieden ist, in welchen Situationen besonders?

Wenn Ihre Tochter ihr Geschlecht im Alltag nie gewechselt hat, machen Sie bitte weiter bei „Geschlechtsorgane“ in der nächsten Spalte.

Hat die Familie Ihre Tochter bei ihrer Entscheidung zum Geschlechtsrollenwechsel unterstützt?

- ₁ ja
- ₂ nein

Akzeptiert die Familie sie heute als Junge?

- ₁ akzeptiert sie vollkommen als Junge
- ₂ akzeptiert sie überwiegend als Junge
- ₃ lehnt sie überwiegend ab als Junge
- ₄ lehnt sie vollkommen ab als Junge

Name

Wird sie seitdem bei einem Jungennamen oder neutralen Spitznamen gerufen?

- ₁ ja
- ₂ nein

Falls ja, sprechen die Mitglieder Ihrer Familie Ihre Tochter mit diesem Vornamen an?

- ₁ immer
- ₂ überwiegend
- ₃ überwiegend nicht
- ₄ fast nie

Haben sich die Erwartungen Ihrer Tochter an ein Leben als Junge erfüllt?

- ₁ vollkommen erfüllt
- ₂ überwiegend erfüllt
- ₃ überwiegend nicht erfüllt
- ₄ gar nicht erfüllt
- ₅ weiß ich nicht

Falls sich ihre Erwartungen nicht erfüllt haben, was hat sie sich anders vorgestellt? _____

Ist ihr Leben im anderen Geschlecht insgesamt einfacher für sie geworden?

- ₁ wesentlich einfacher
- ₂ etwas einfacher
- ₃ keine Veränderung
- ₄ etwas schwieriger
- ₅ wesentlich schwieriger
- ₆ weiß ich nicht

6. Geschlechtsorgane

Hat Ihre Tochter jemals gesagt, sie möchte gerne, dass ihre Geschlechtsorgane männlich wären?

- ₁ ja, sie denkt darüber nach
- ₂ ja, sie scheint es geplant zu haben
- ₃ nein, sie möchte nichts verändern lassen

7. Stimmung Ihrer Tochter

Hat Ihre Tochter jemals Selbstmordgedanken gehabt?

- ₁ nein
- ₂ ja
- ₃ weiß ich nicht

Falls ja, hat Ihre Tochter Selbstmordpläne geschmiedet oder Selbstmordversuch(e) unternommen?

- ₁ nein
- ₂ weiß ich nicht
- ₃ ja Anzahl der Versuche: _____

Falls ja, standen diese im Zusammenhang mit ihrer Geschlechtsidentitätsstörungen?

- ₁ nein
- ₂ ja
- ₃ weiß ich nicht

8. Aussehen Ihrer Tochter

Wie zufrieden ist Ihre Tochter heute mit ihrem Aussehen?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils, teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Falls Ihre Tochter unzufrieden ist, was stört sie?

Wie zufrieden ist sie mit ihrem Gesicht?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils, teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Wie zufrieden ist sie mit ihrem Körperbau/ ihrer Figur?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils, teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Falls Ihre Tochter unzufrieden ist, was stört sie?

Falls es Unklarheiten gibt, wären Sie bereit, dass wir Kontakt mit Ihnen aufnehmen?

ja, Telefonnummer: _____

Email: _____

nein

Wären Sie bereit, dass Ihre Tochter an einer weiteren Nachbefragung zu einem späteren Zeitpunkt teilnimmt?

ja

nein

Wir danken Ihnen sehr herzlich, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unseren Fragebogen auszufüllen!

Raum für weitere Anmerkungen:

Fragebogen für Jugendliche

ID: _____

Geburtsdatum: _____ (Tag, Monat, Jahr)

1. Fragen zu Deiner Familie und Deinen Freunden

Hast Du Geschwister?

- ₁ nein
₂ ja, Anzahl: _____ Alter: _____

Hast Du im Moment einen festen Freund/ Freundin?

- ₁ ja, einen Jungen, seit: _____
₂ ja, ein Mädchen, seit: _____
₃ nein

Wenn Du keinen festen Freund/ Freundin hast, wünschst Du Dir eine/ n?

- ₁ ja
₂ nein

Mit wem lebst Du zusammen?

- ₁ alleine
₂ mit Freund/ Freundin
₃ mit einem oder beiden meiner Eltern
₄ mit den Großeltern
₅ mit: _____

Wie viele Freunde hast Du, mit denen du regelmäßig Kontakt hast?

Wie oft pro Monat hast du Kontakt mit Deinen Freunden/ Bekannten (auch Telefonate, Briefe, Email)?

- ₁ weniger als einmal
₂ ein- bis zweimal
₃ drei- bis viermal
₄ fünfmal oder häufiger

Hast Du Kontakt zu andern Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen (zum Beispiel per Internet)?

- ₁ viel Kontakt
₂ etwas Kontakt
₃ keinen Kontakt

Wie oft pro Monat hast Du Besuch von Freunden?

- ₁ weniger als einmal
₂ ein- bis zweimal
₃ drei- bis viermal
₄ fünfmal oder häufiger

2. Fragen zu Deiner Ausbildung/ Schule

Ich besuche folgende Schule: (Gesamtschule bitte sinngemäß einstufen)

- ₁ kein Schulebesuch
₂ Hauptschule
₃ Realschule
₄ Gymnasium
₅ Berufsschule
₆ andere Schule: _____

Meine Ausbildung:

- ₁ abgeschlossene Berufsausbildung als:

₂ keine abgeschlossene Ausbildung

Meine derzeitige Berufstätigkeit:

- ₁ arbeitslos seit: _____
₂ ich arbeite noch nicht (Ausbildung/ Umschulung)
₃ zeitweise beschäftigt
₄ Teilzeitjob
₅ Ganztagsjob

Zufriedenheit

Bist du mit Deiner momentanen Situation in der Schule/ in der Ausbildung/ im Beruf zufrieden?

- ₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Falls Du unzufrieden bist, was sollte besser/ anders sein? _____

3. Fragen zu Deinen Eltern

Gib bitte jeweils den höchsten Schulabschluss und die Berufsausbildung Deiner Eltern an:

Meine Mutter:	Mein Vater:
<input type="checkbox"/> ₁ kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> ₂ Hauptschule <input type="checkbox"/> ₃ Realschule <input type="checkbox"/> ₄ Abitur <input type="checkbox"/> ₁ abgeschlossene Fachhochschule/ Universität als: _____ <input type="checkbox"/> ₂ abgeschlossene Berufsausbildung als: _____ <input type="checkbox"/> ₃ keine abgeschlossene Ausbildung	<input type="checkbox"/> ₁ kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> ₂ Hauptschule <input type="checkbox"/> ₃ Realschule <input type="checkbox"/> ₄ Abitur <input type="checkbox"/> ₁ abgeschlossene Fachhochschule/ Universität als: _____ <input type="checkbox"/> ₂ abgeschlossene Berufsausbildung als: _____ <input type="checkbox"/> ₃ keine abgeschlossene Ausbildung

Gib bitte die momentane Tätigkeit Deiner Eltern an:

Meine Mutter:	Mein Vater:
<input type="checkbox"/> ₁ arbeitslos seit: _____ <input type="checkbox"/> ₂ nicht erwerbstätig (Ausbildung/ Umschulung, Hausfrau/ mann) <input type="checkbox"/> ₃ zeitweise beschäftigt <input type="checkbox"/> ₄ Teilzeitjob <input type="checkbox"/> ₅ Ganztagsjob	<input type="checkbox"/> ₁ arbeitslos seit: _____ <input type="checkbox"/> ₂ nicht erwerbstätig (Ausbildung/ Umschulung, Hausfrau/ mann) <input type="checkbox"/> ₃ zeitweise beschäftigt <input type="checkbox"/> ₄ Teilzeitjob <input type="checkbox"/> ₅ Ganztagsjob

4. Behandlung Deiner Geschlechtsidentitätsstörung

Wann hattest Du zum ersten Mal wegen Deiner Geschlechtsidentitätsstörung Kontakt mit einem Arzt? _____ (Monat, Jahr)
 und/ oder mit einem Psychologen? _____ (Monat, Jahr)

4.1 Psychotherapie

Warst Du jemals in psychotherapeutischer Behandlung?

- ₁ ja, ich hatte eine Therapie
₂ ja, ich hatte mehrere Therapien Anzahl: _____
₃ nein

Wenn Du *nie* in einer Psychotherapie warst, mache bitte weiter bei 5. „Rollenverhalten und Zufriedenheit mit dem Geschlecht“ auf Seite 2.

1. Therapie: Bitte gib die Art Deiner ersten psychotherapeutischen Behandlung an:

- ₁ tiefenpsychologisch analytisch
₂ Verhaltenstherapie
₃ andere: _____

Falls ja, wie viele Psychotherapiesitzungen haben stattgefunden?

- ₉ keine Psychotherapie
- ₅ 1-10 Sitzungen
- ₄ 11-25 Sitzungen
- ₃ 26-50 Sitzungen
- ₂ 51-100 Sitzungen
- ₁ mehr als 100 Sitzungen

Zufriedenheit

Hat Dir die Psychotherapie dabei geholfen, Schwierigkeiten in der Schule/ im Beruf, in der Familie, im Freundes-/ Bekanntenkreis zu bewältigen, die im Zusammenhang mit Deiner Geschlechtsidentitätsstörung aufgetreten sind?

- ₁ sehr geholfen
- ₂ eher geholfen
- ₃ teils, teils
- ₄ eher nicht geholfen
- ₅ nicht geholfen

Wie zufrieden bist Du im Rückblick mit der Psychotherapie?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils, teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Falls Du unzufrieden bist, was hätte Deiner Meinung nach besser/anders sein können?

2. Therapie: Bitte gib die Art Deiner zweiten psychotherapeutischen Behandlung an:

- ₁ tiefenpsychologisch analytisch
- ₂ Verhaltenstherapie
- ₃ andere: _____

Falls ja, wie viele Psychotherapiesitzungen haben stattgefunden?

- ₉ keine Psychotherapie
- ₅ 1-10 Sitzungen
- ₄ 11-25 Sitzungen
- ₃ 26-50 Sitzungen
- ₂ 51-100 Sitzungen
- ₁ mehr als 100 Sitzungen

Zufriedenheit

Hat Dir die Psychotherapie dabei geholfen, Schwierigkeiten in der Schule/ im Beruf, in der Familie, im Freundes-/ Bekanntenkreis zu bewältigen, die im Zusammenhang mit Deiner Geschlechtsidentitätsstörung aufgetreten sind?

- ₁ sehr geholfen
- ₂ eher geholfen
- ₃ teils, teils
- ₄ eher nicht geholfen
- ₅ nicht geholfen

Wie zufrieden bist Du im Rückblick mit der Psychotherapie?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ mittelmäßig zufrieden
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Falls Du unzufrieden bist, was hätte Deiner Meinung nach besser/anders sein können?

3. Therapie: Bitte gib die Art Deiner Dritten psychotherapeutischen Behandlung an:

- ₁ tiefenpsychologisch analytisch
- ₂ Verhaltenstherapie
- ₃ andere: _____

Falls ja, wie viele Psychotherapiesitzungen haben stattgefunden?

- ₉ keine Psychotherapie
- ₅ 1-10 Sitzungen
- ₄ 11-25 Sitzungen
- ₃ 26-50 Sitzungen
- ₂ 51-100 Sitzungen
- ₁ mehr als 100 Sitzungen

Zufriedenheit

Hat Dir die Psychotherapie dabei geholfen, Schwierigkeiten in der Schule/ im Beruf, in der Familie, im Freundes-/Bekanntenkreis zu bewältigen, die im Zusammenhang mit Deiner Geschlechtsidentitätsstörung aufgetreten sind?

- ₁ sehr geholfen
- ₂ eher geholfen
- ₃ teils, teils
- ₄ eher nicht geholfen
- ₅ nicht geholfen

Wie zufrieden bist Du im Rückblick mit der Psychotherapie?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils, teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Falls Du unzufrieden bist, was hätte Deiner Meinung nach besser/anders sein können?

Befindest Du Dich zurzeit in Psychotherapie?

- ₀ nein
- ₁ ja, oben beschrieben unter Punkt 1 2 3

Gab es bei Dir jemals stationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Klinik?

- ₁ nein
- ₂ ja, einen
- ₃ ja, mehrere

Falls ja, Name der Klinik(en) _____

Wann warst Du dort? _____

5. Rollenverhalten und Zufriedenheit mit dem Geschlecht

Lebst Du in *allen* Lebensbereichen (Schule, Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis) in der männlichen Rolle?

- ₁ ja, seit: _____ (Monat, Jahr)
- ₂ nein, nur in folgenden Bereichen _____
- ₃ nein, ich plane aber als Junge zu leben
- ₄ nein, ich plane nicht als Junge zu leben

Wie schätzt Du Dein eigenes Rollenverhalten heute ein?

- ₁ ganz überwiegend weiblich
- ₂ mehr weiblich als männlich
- ₃ mehr männlich als weiblich
- ₄ ganz überwiegend männlich

Wie stark wirst Du von anderen in Deiner Rolle als Mädchen/ als Junge akzeptiert?

- ₁ vollkommen akzeptiert
₂ überwiegend akzeptiert
₃ überwiegend abgelehnt
₄ vollkommen abgelehnt

Wie oft kommt es vor, dass Du von Unbekannten als Junge angesprochen wirst?

- ₁ nie
₂ selten
₃ oft
₄ immer

Wie häufig fühlst Du Dich in Deiner Rolle unsicher?

- ₁ nie
₂ selten
₃ oft
₄ immer

Falls Du manchmal unsicher bist, in welchen Situationen besonders?

Zufriedenheit

Wie zufrieden bist Du mit Deinem Rollenverhalten als Mädchen/ Junge heute?

- ₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Falls Du unzufrieden bist, was stört Dich an Deinem Verhalten?

Wenn Du Dein Geschlecht im Alltag nicht gewechselt hast, mache bitte weiter bei 6. „Hormontherapie“ in der nächsten Spalte.

Wenn Du früher schon einmal ganz in der männlichen Rolle gelebt hast, lebst Du heute zeitweise wieder als Mädchen?

- ₁ nein
₂ ja, zeitweilig nämlich in folgenden Lebensbereichen:

₃ ja, ganz

Name

Wirst Du seit dem Geschlechtsrollenwechsel bei einem Jungennamen oder neutralen Spitznamen gerufen?

- ₁ ja
₂ nein

Falls eine Vornamensänderung stattgefunden hat, sprechen die Mitglieder Deiner Familie Dich mit Deinem männlichen Vornamen an?

- ₁ immer
₂ überwiegend
₃ überwiegend nicht
₄ nie

Liebe

Hattest Du eine feste Freundin/ einen festen Freund, als Du Dein Geschlecht im Alltag gewechselt hast?

- ₁ ja, einen Freund
₂ ja, eine Freundin
₃ nein

Falls ja, hat er/ sie Dich bei Deiner Entscheidung unterstützt?

- ₁ ja
₂ nein

Hattest Du *nach* dem Geschlechtsrollenwechsel einen festen Freund/ eine feste Freundin?

- ₁ ja, die Partnerschaft hatte Bestand
₂ ja, in einer neuen Partnerschaft
₃ nein

Hattest Du *nach* dem Geschlechtsrollenwechsel Schwierigkeiten, eine(n) Freund(in) zu finden?

- ₁ ja
₂ keine Veränderung durch Geschlechtsrollenwechsel
₃ nein

Wenn Du Deinen jetzigen Freund/ Deine jetzige Freundin erst nach dem Geschlechtsrollenwechsel kennengelernt hast: Hast Du ihm/ ihr gleich davon erzählt?

- ₁ ja
₂ nein

6. Hormontherapie

Wird/ wurde bei Dir eine Hormontherapie durchgeführt?

- ₁ ja, seit: _____ (Monat, Jahr)
₂ ja, aber ich habe die Therapie abgebrochen
₃ nein, ich habe nie Hormone bekommen

Falls Du die Hormontherapie beendet hast, schreib bitte auf warum:

Wenn Du keine Hormone bekommst, mache bitte weiter bei 7. „Psychotherapeutische Begleitung von Hormontherapie/ Geschlechtsrollenwechsel“ auf Seite 4.

Wirst Du mit pubertätshemmenden Hormonen behandelt?

- ₁ **nein**
₂ ja, nämlich mit: _____

Nimmst Du ergänzend Hormone zur Unterdrückung der Menstruation ein?

- ₁ **nein**
₂ ja, nämlich mit: _____

Wirst Du mit männlichen Hormonen behandelt?

- ₁ **nein**
₂ ja, nämlich mit: _____

Zufriedenheit

Konnten die Hormone das Wachstum Deiner Brüste stoppen?

- ₁ ja, ich bin sehr zufrieden damit
₂ ja, ich bin eher zufrieden
₃ teils teils
₄ nein, ich bin eher nicht zufrieden
₅ nein, ich bin überhaupt nicht zufrieden

Hat sich Deine Figur durch die Hormone zu Deiner Zufriedenheit verändert?

- ₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Hast Du bei Dir eine der nachfolgenden Wirkungen der Hormone beobachtet?

- | | ja | nein |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. zunehmende Aggressivität | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 2. zunehmende sexuelle Erregbarkeit | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 3. zunehmende Orgasmusfähigkeit | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |

Sind unerwünschte Nebenwirkungen bzw. Komplikationen durch die Hormontherapie eingetreten?

- ₁ nein
₂ ja

Falls ja, welche? _____

Meine aktuelle Körpergröße beträgt: _____ m

Hat sich die Hormoneinnahme auf Dein Größenwachstum ausgewirkt?

- ₁ nein, ich bin normal gewachsen
₂ ja, ich bin deutlich mehr gewachsen

Falls Du pubertätshemmende Hormone bekommst, konnten diese Hormone den Eintritt Deiner Pubertät verhindern?

- ₁ nein
₂ ja
₃ teilweise

Wie zufrieden bist Du mit dem Ergebnis der Hormone?

- ₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Falls Du unzufrieden bist, was sind die Gründe dafür?

7. Psychotherapeutische Begleitung von Hormontherapie/ Geschlechtsrollenwechsel

War eine der unter 4.1 genannten Therapien begleitend zum Geschlechtsrollenwechsel/ zur Hormontherapie?

- ₁ ja, nämlich Therapie 1 2 3
₄ nein

Wenn Du nach dem Geschlechtsrollenwechsel/ der Hormontherapie nicht in einer Psychotherapie warst, mache bitte weiter bei 8.

Wie hat Sich Deine Therapeutin/ Dein Therapeut gegenüber Deiner Entscheidung zum Geschlechtswechsel verhalten?

- ₁ aktiv unterstützend
₂ eher positiv
₃ er/ sie war neutral
₄ eher negativ
₅ deutlich ablehnend

Hat Dir die Psychotherapie bei Deiner Entscheidungsfindung Dein Geschlecht zu wechseln geholfen?

- ₁ sehr geholfen
₂ eher geholfen
₃ eher nicht geholfen
₄ nicht geholfen

Hat Dir die Psychotherapie dabei geholfen, eine realistische Vorstellung von Deinem Leben als Junge nach dem Geschlechtsrollenwechsel zu entwickeln?

- ₁ sehr geholfen
₂ eher geholfen
₃ eher nicht geholfen
₄ nicht geholfen

Hat Dir die Psychotherapie dabei geholfen, Schwierigkeiten in der Schule/ im Beruf, in der Familie, im Freundes-/ Bekanntenkreis zu bewältigen, die in der Zeit vor dem Geschlechtsrollenwechsel aufgetreten sind?

- ₁ sehr geholfen
₂ eher geholfen
₃ eher nicht geholfen
₄ nicht geholfen

8. Geschlechtsrollenwechsel in Deinem Leben

Hat Deine Familie (gemeint sind Eltern, Geschwister) Dich bei Deiner Entscheidung zum Geschlechtsrollenwechsel unterstützt?

- ₁ ja
₂ nein

Akzeptiert Dich Deine Familie heute als Junge?

- ₁ akzeptiert mich vollkommen als Junge
₂ akzeptiert mich überwiegend als Junge
₃ lehnt mich überwiegend ab als Junge
₄ lehnt mich vollkommen ab als Junge

Haben sich Deine Erwartungen an ein Leben als Junge erfüllt?

- ₁ vollkommen erfüllt
₂ überwiegend erfüllt
₃ überwiegend nicht erfüllt
₄ gar nicht erfüllt

Falls sich Deine Erwartungen nicht erfüllt haben, was hast Du Dir anders vorgestellt? _____

Ist Dein Leben nach dem Geschlechtsrollenwechsel insgesamt einfacher für Dich geworden?

- ₁ wesentlich einfacher
₂ etwas einfacher
₃ keine Veränderung
₄ etwas schwieriger
₅ wesentlich schwieriger

9. Genitaloperation

Möchtest Du Deine Geschlechtsorgane operativ verändern lassen?

- ₁ ja, ich denke darüber nach
₂ ja, ich habe es geplant
₃ nein, ich möchte nichts verändern lassen

10. Liebe

Zu welchem Geschlecht fühlst Du Dich hingezogen?

- ₁ nur zu Jungen
₂ zu Jungen und Mädchen
₃ nur zu Mädchen
₄ weder zu Jungen noch zu Mädchen

Hattest Du schon Sex?

- ₁ ja, nur mit Jungen
₂ ja, nur mit Mädchen
₃ ja, mit Mädchen und Jungen
₄ nein

Falls ja, wie zufrieden warst Du damit?

- ₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ mittel
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

In Deinen Träumen, welches Geschlecht hast Du?

- ₁ ich bin immer weiblich
₂ ich bin meist weiblich
₃ ich bin meist männlich
₄ ich bin immer männlich
₅ ich kann mich an meine Träume nicht erinnern

Wie stark ist Deine Lust auf Sex?

- ₁ sehr stark
- ₂ eher stark
- ₃ mittelmäßig
- ₄ eher schwach
- ₅ nicht vorhanden

11a) Stimmung (Geschlechtsrollenwechsel)

Hast Du jemals *vor* Deinem Geschlechtsrollenwechsel Selbstmordgedanken gehabt?

- ₁ nein
- ₂ ja

Falls ja, hast Du *vor* Deinem Geschlechtsrollenwechsel jemals Selbstmordpläne geschmiedet oder Selbstmordversuch(e) unternommen?

- ₁ nein
- ₂ ja Anzahl der Versuche: _____

Falls ja, hatten diese etwas mit Deinem Geschlechtsrollenwechsel zu tun?

- ₁ nein
- ₂ ja

Hast Du *nach* Deinem Geschlechtsrollenwechsel jemals Selbstmordgedanken gehabt?

- ₁ nein
- ₂ ja

Falls ja, hast Du *nach* Deinem Geschlechtsrollenwechsel jemals Selbstmordpläne geschmiedet oder Selbstmordversuch(e) unternommen?

- ₁ nein
- ₂ ja Anzahl der Versuche: _____

Falls ja, standen diese im Zusammenhang mit Deinem Geschlechtsrollenwechsel?

- ₁ nein
- ₂ ja

11b) Stimmung (kein Geschlechtsrollenwechsel)

Hast Du jemals Selbstmordgedanken gehabt?

- ₁ nein
- ₂ ja

Falls ja, hast Du jemals Selbstmordpläne geschmiedet oder Selbstmordversuch(e) unternommen?

- ₁ nein
- ₂ ja Anzahl der Versuche: _____

Falls ja, standen diese im Zusammenhang mit Deiner Geschlechtsidentitätsstörungen?

- ₁ nein
- ₂ ja

Gab es bei Dir jemals stationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Klinik?

- ₁ nein
- ₂ ja, einen
- ₃ ja, mehrere

Falls ja, Name der Klinik(en) _____

Wann warst Du dort? _____

12. Zufriedenheit mit Deinem Aussehen

Wie zufrieden bist Du mit Deinem Aussehen heute?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Falls Du unzufrieden bist, was stört Dich?

Wie zufrieden bist Du mit Deinem Gesicht?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Wie zufrieden bist Du mit Deinem Körperbau/ Deiner Figur?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Falls Du unzufrieden bist, was stört Dich?

Falls es Unklarheiten gibt, wärst Du bereit, dass wir Kontakt mit Dir aufnehmen?

- ja, Telefonnummer: _____
- Email: _____
- nein

Wärst Du bereit an einer weiteren Nachbefragung zu einem späteren Zeitpunkt teilzunehmen?

- ja
- nein

Wir danken Dir sehr herzlich, dass Du Dir die Mühe gemacht hast, unseren Fragebogen auszufüllen!

Raum für weitere Anmerkungen:

Fragebogen für junge Erwachsene

ID: _____

Geburtsdatum: _____ (Tag, Monat, Jahr)

1. Momentane Lebensumstände

Familienstand

Familienstand

- ₁ alleinstehend
₂ in einer Partnerschaft lebend
₃ verheiratet seit: _____ (Monat, Jahr)
₄ getrennt lebend/ geschieden/ verwitwet
seit: _____ (Monat, Jahr)

leibliche Kinder

- ₁ nein
₂ ja, Anzahl: _____ Alter: _____

adoptierte Kinder

- ₁ nein
₂ ja, Anzahl: _____ Alter: _____

Stief- Kinder

- ₁ nein
₂ ja, Anzahl: _____ Alter: _____

Falls Sie zurzeit eine feste Partnerschaft haben, seit wann besteht diese?

- ₁ ja, mit einem Mann, seit: _____ (Monat, Jahr)
₂ ja, mit einer Frau, seit: _____ (Monat, Jahr)

Falls nein, haben Sie den Wunsch nach einer festen Partnerschaft?

- ₁ ja
₂ nein

Wohnsituation

Mit wem leben Sie zusammen?

- ₁ alleine
₂ mit Lebenspartner(in)/Ehepartner(in)
₃ mit Eltern
₄ mit: _____

Soziale Situation

Wie viele Freunde haben Sie, mit denen Sie regelmäßig Kontakt haben? _

Wie oft pro Monat haben Sie Kontakt mit Ihren Freunden/ Bekannten (auch Telefonate, Briefe, Email)?

- ₁ weniger als einmal
₂ ein- bis zweimal
₃ drei- bis viermal
₄ fünfmal oder häufiger

Haben Sie Kontakt zu Transsexuellen (privat, Selbsthilfegruppe, Internet)?

- ₁ viel Kontakt
₂ etwas Kontakt
₃ kein Kontakt

Wie oft pro Monat haben Sie Besuch von Freunden oder Familienmitgliedern?

- ₁ weniger als einmal
₂ ein- bis zweimal
₃ drei- bis viermal
₄ fünfmal oder häufiger

2. Ausbildung/Arbeit

Bitte geben Sie jeweils den höchsten Schulabschluss und die Berufsausbildung an:

- ₁ kein Schulabschluss
₂ Hauptschule
₃ Realschule
₄ Abitur

₁ abgeschlossene Fachhochschule/ Universität als:

₂ abgeschlossene Berufsausbildung als:

₃ keine abgeschlossene Ausbildung

Bitte geben Sie die derzeitige Tätigkeit an:

- ₁ arbeitslos seit: _____
₂ nicht erwerbstätig (Ausbildung/ Umschulung, im Haushalt tätig)
₃ zeitweise beschäftigt
₄ regelmäßig teilzeitbeschäftigt
₅ regelmäßig ganztags beschäftigt

Wie viele Monate waren Sie insgesamt in den letzten fünf Jahren arbeitslos?

Insgesamt _____ Monate ohne berufliche Tätigkeit

Zufriedenheit

Sind Sie mit Ihrer momentanen beruflichen Situation zufrieden?

- ₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils, teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Falls Sie unzufrieden sind, was sollte besser/ anders sein?

Sind Sie mit Ihrer aktuellen finanziellen Situation zufrieden?

- ₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils, teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

3. Behandlung Ihrer Geschlechtsidentitätsstörung

Wann hatten Sie zum ersten Mal wegen Ihrer Geschlechtsidentitätsstörung Kontakt

mit einem Arzt? _____ (Monat, Jahr)
und/ oder mit einem Psychologen? _____ (Monat, Jahr)

3.1 Psychotherapie

Waren Sie jemals in psychotherapeutischer Behandlung?

- ₁ ja, ich hatte eine Therapie
₂ ja, ich hatte mehrere Therapien Anzahl: _____
₃ nein

Wenn Sie *nie* in Psychotherapie waren, machen Sie bitte weiter bei 3.2 „Alltagstest“ auf Seite 2.

1. Therapie: Bitte geben Sie die Art Ihrer ersten psychotherapeutischen Behandlung an:

- ₁ tiefenpsychologisch analytisch
₂ Verhaltenstherapie
₃ andere: _____

Wie viele Psychotherapiesitzungen haben stattgefunden?

- ₁ keine Psychotherapie
₂ 1-10 Sitzungen
₃ 11-25 Sitzungen
₄ 26-50 Sitzungen
₅ 51-100 Sitzungen
₆ mehr als 100 Sitzungen

Zufriedenheit

Hat Ihnen diese Form der Psychotherapie dabei geholfen, Schwierigkeiten im Beruf, in der Familie, im Freundes-/ Bekanntenkreis zu bewältigen, die im Zusammenhang mit Ihrer Geschlechtsidentitätsstörung aufgetreten sind?

- ₁ sehr geholfen
₂ eher geholfen
₃ teils, teils
₄ eher nicht geholfen
₅ nicht geholfen

Wie zufrieden sind Sie im Rückblick mit dieser Form der Psychotherapie?

- ₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils, teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Falls Sie unzufrieden sind, was hätte Ihrer Meinung nach besser/ anders sein können?

2. Therapie: Bitte geben Sie die Art Ihrer zweiten psychotherapeutischen Behandlung an:

- ₁ tiefenpsychologisch analytisch
₂ Verhaltenstherapie
₃ andere: _____

Wie viele Psychotherapiesitzungen haben stattgefunden?

- ₁ keine Psychotherapie
₂ 1-10 Sitzungen
₃ 11-25 Sitzungen
₄ 26-50 Sitzungen
₅ 51-100 Sitzungen
₆ mehr als 100 Sitzungen

Zufriedenheit

Hat Ihnen diese Form der Psychotherapie dabei geholfen, Schwierigkeiten im Beruf, in der Familie, im Freundes-/ Bekanntenkreis zu bewältigen, die im Zusammenhang mit Ihrer Geschlechtsidentitätsstörung aufgetreten sind?

- ₁ sehr geholfen
₂ eher geholfen
₃ teils, teils
₄ eher nicht geholfen
₅ nicht geholfen

Wie zufrieden sind Sie im Rückblick mit dieser Form der Psychotherapie?

- ₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils, teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Falls Sie unzufrieden sind, was hätte Ihrer Meinung nach besser/ anders sein können?

3. Therapie: Bitte geben Sie die Art Ihrer dritten psychotherapeutischen Behandlung an:

- ₁ tiefenpsychologisch analytisch
₂ Verhaltenstherapie
₃ andere: _____

Wie viele Psychotherapiesitzungen haben stattgefunden?

- ₁ keine Psychotherapie
₂ 1-10 Sitzungen
₃ 11-25 Sitzungen
₄ 26-50 Sitzungen
₅ 51-100 Sitzungen
₆ mehr als 100 Sitzungen

Zufriedenheit

Hat Ihnen diese Form der Psychotherapie dabei geholfen, Schwierigkeiten im Beruf, in der Familie, im Freundes-/ Bekanntenkreis zu bewältigen, die im Zusammenhang mit Ihrer Geschlechtsidentitätsstörung aufgetreten sind?

- ₁ sehr geholfen
₂ eher geholfen
₃ teils, teils
₄ eher nicht geholfen
₅ nicht geholfen

Wie zufrieden sind Sie im Rückblick mit dieser Form der Psychotherapie?

- ₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils, teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Falls Sie unzufrieden sind, was hätte Ihrer Meinung nach besser/ anders sein können?

Befinden Sie sich zurzeit in Psychotherapie?

- ₀ nein
₁ ja, oben beschrieben unter Punkt 1 2 3

Gab es bei Ihnen jemals stationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Klinik?

- ₁ nein
₂ ja, einen
₃ ja, mehrere

Falls ja, Name der Klinik(en) _____

Wann waren Sie dort? _____

3.2 Alltagstest

Leben Sie in *allen* Lebensbereichen (Beruf, Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis) in der männlichen Rolle?

- ₁ ja, seit: _____ (Monat, Jahr)
₂ nein, nur in folgenden Bereichen _____
₃ nein, ich plane aber als Mann zu leben
₄ nein, ich plane nicht als Mann zu leben

Wie schätzen Sie Ihr eigenes Rollenverhalten heute ein?

₁ ganz überwiegend weiblich
₂ mehr weiblich als männlich
₃ mehr männlich als weiblich
₄ ganz überwiegend männlich

Wie stark werden Sie von anderen in Ihrer Rolle als Frau/ als Mann akzeptiert?

₁ vollkommen akzeptiert
₂ überwiegend akzeptiert
₃ überwiegend abgelehnt
₄ vollkommen abgelehnt

Wie oft kommt es vor, dass Sie von Unbekannten als Mann angesprochen werden?

₁ nie
₂ selten
₃ oft
₄ immer

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Rollenverhalten als Mann/ als Frau heute?

₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Falls Sie unzufrieden sind, was stört Sie an Ihrem Verhalten?

Wie häufig fühlen Sie sich unsicher bezüglich Ihrer Weiblichkeit/ Ihrer Männlichkeit?

₁ nie
₂ selten
₃ oft
₄ immer

Falls Unsicherheitsgefühle auftreten, in welchen Situationen besonders?

Wenn Sie schon einmal ganz in der männlichen Rolle gelebt haben, leben Sie heute zeitweilig oder ganz wieder als Frau?

₁ nein
₂ ja, zeitweilig nämlich in folgenden Lebensbereichen:

₃ ja, ganz

3.3 Hormontherapie

Wird/ wurde bei Ihnen eine Hormontherapie durchgeführt?

₁ ja, seit: _____ (Monat, Jahr)
₂ ja, aber ich habe die Therapie abgebrochen
₃ nein, ich habe nie Hormone bekommen

Wenn bei Ihnen *keine* Hormontherapie durchgeführt wird/ wurde, machen Sie bitte weiter bei 3.4 „Genitaloperation [Op.]“ in der nächsten Spalte.

Falls Sie die Hormontherapie abgebrochen haben, nennen Sie bitte Ihre Gründe:

Welche(s) Hormonpräparat(e) bekommen/ bekamen Sie?
 Name: _____

Nehmen/ Nahmen Sie ergänzend Hormone zur Unterdrückung der Menstruation ein?

₁ nein
₂ ja

Zufriedenheit

Ist es durch die Hormontherapie zu einem zufriedenstellenden männlichen Haarwuchs gekommen?

₁ sehr zufriedenstellend
₂ eher zufriedenstellend
₃ mittelmäßig
₄ eher nicht zufriedenstellend
₅ überhaupt nicht zufrieden stellend

Hat sich Ihre Figur bzw. Ihre Körperfettverteilung durch die Hormontherapie zu Ihrer Zufriedenheit verändert?

₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ mittelmäßig zufrieden
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Haben Sie bei sich eine der nachfolgenden Wirkungen der Hormontherapie beobachtet?

	ja	nein
1. zunehmende Aggressivität	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
2. zunehmende sexuelle Erregbarkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
3. zunehmende Orgasmusfähigkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Sind unerwünschte Nebenwirkungen bzw. Komplikationen (z.B. Thrombose) durch die Hormontherapie eingetreten?

₁ nein
₂ ja

Falls ja, welche? _____

Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis Ihrer Hormonbehandlung?

₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Falls Sie unzufrieden sind, was sind die Gründe dafür?

3.4 Genitaloperation [Op.]

Wurden bei Ihnen geschlechtsangleichende Genitaloperation(en) durchgeführt?

₁ ja, 1. Op: _____ (Monat, Jahr)
₂ nein, eine solche Op. ist aber gewünscht
₃ nein, ich möchte meine Genitalien nicht verändern lassen

Wenn Sie keinen Geschlechtrollenwechsel vollzogen haben, machen Sie bitte weiter bei 4b) „Sexualität (kein Geschlechtsrollenwechsel)“ auf Seite 4.

Wenn Sie keine Op. hatten, machen Sie bitte weiter bei 4a) „Sexualität (Geschlechtsrollenwechsel/ Op.)“ auf Seite 4.

Zufriedenheit

Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis Ihrer geschlechtsangleichenden Operation(en)?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Falls Sie unzufrieden sind, womit im Einzelnen? _____

Sind nach der Operation Komplikationen eingetreten, die mit der Operation im Zusammenhang stehen?

- ₁ nein
- ₂ ja

Falls ja, welche? _____

Wie zufrieden sind Sie mit dem Erscheinungsbild Ihrer äußeren Genitalien?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Falls Sie eine Penoidoperation hatten, sind Sie mit der Größe Ihres Penoids zufrieden?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Wie würden Sie sich bei Ihrem jetzigen Kenntnisstand bezüglich der Operation entscheiden?

- ₁ auf jeden Fall wieder für die Op.
- ₂ vermutlich wieder für die Op.
- ₃ vermutlich gegen die Op.
- ₄ auf jeden Fall gegen die Op.

4a) Sexualität (Geschlechtsrollenwechsel/ Op.)

Von welchem Geschlecht fühlen Sie sich sexuell angezogen?

- ₁ ausschließlich von Männern
- ₂ von Männern und Frauen
- ₃ ausschließlich von Frauen
- ₄ weder von Männern noch von Frauen

Ist in dieser Hinsicht während des Prozesses des Geschlechtsrollenwechsels/ nach der Op. (falls sie bereits operiert sind) eine Veränderung eingetreten?

- ₁ nein
- ₂ ja

Falls ja, von welchem Geschlecht fühlten Sie sich früher angezogen?

- ₁ ausschließlich von Männern
- ₂ von Männern und Frauen
- ₃ ausschließlich von Frauen
- ₄ weder von Männern noch von Frauen

In welchem Geschlecht träumen Sie nachts von sich selbst?

- ₁ ausschließlich als Frau
- ₂ überwiegend als Frau
- ₃ überwiegend als Mann
- ₄ ausschließlich als Mann
- ₅ ich kann mich an meine Träume nicht erinnern

Haben Sie *nach* dem Geschlechtsrollenwechsel/ der Genitaloperation Geschlechtsverkehr gehabt?

- ₁ ja, mit einem Mann/ Männern
- ₂ ja, mit einer Frau/ Frauen
- ₃ ja, mit einem Mann und einer Frau/ Männern und Frauen
- ₄ nein

Haben Sie *nach* dem Geschlechtsrollenwechsel/ der Operation andere sexuelle Praktiken ausgeübt?

- ₁ ja, mit einem Mann/ Männern
- ₂ ja, mit einer Frau/ Frauen
- ₃ ja, mit einem Mann und einer Frau/ Männern und Frauen
- ₄ nein

Falls ja, sind Ihre Genitalien am Sex beteiligt?

- ₁ ja
- ₂ nein

Waren Sie *vor* dem Geschlechtsrollenwechsel/ der Operation orgasmusfähig?

- ₁ ja
- ₂ nein

Sind Sie *nach* dem Geschlechtsrollenwechsel/ der Operation orgasmusfähig?

- ₁ ja
- ₂ nein

Falls ja, hat sich *nach* dem Geschlechtsrollenwechsel/ der Operation etwas an der Art und Weise oder der Intensität, wie Sie den Orgasmus erleben, verändert?

Wie stark ist Ihr sexuelles Verlangen heute?

- ₁ sehr stark
- ₂ eher stark
- ₃ mittel
- ₄ eher schwach
- ₅ nicht vorhanden

Wie stark war Ihr sexuelles Verlangen *vor* dem Geschlechtsrollenwechsel/ der Operation?

- ₁ sehr stark
- ₂ eher stark
- ₃ mittel
- ₄ eher schwach
- ₅ nicht vorhanden

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualeben heute?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

Wie zufrieden mit Ihrem Sexualeben waren Sie im Vergleich dazu *vor* dem Geschlechtsrollenwechsel/ der Operation?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ teils teils
- ₄ unzufrieden
- ₅ sehr unzufrieden

4b) Sexualität (kein Geschlechtsrollenwechsel)

Von welchem Geschlecht fühlen Sie sich sexuell angezogen?

- ₁ ausschließlich von Männern
- ₂ von Männern und Frauen
- ₃ ausschließlich von Frauen
- ₄ weder von Männern noch von Frauen

Haben Sie Geschlechtsverkehr?

- ₁ ja, ausschließlich mit Männern
₂ ja, ausschließlich mit Frauen
₃ ja, mit Männern und Frauen
₄ nein

Falls ja, sind Ihre Genitalien am Sex beteiligt?

- ₁ ja
₂ nein

Sind Sie orgasmusfähig?

- ₁ ja
₂ nein

In welchem Geschlecht träumen Sie nachts von sich selbst?

- ₁ ausschließlich als Frau
₂ überwiegend als Frau
₃ überwiegend als Mann
₄ ausschließlich als Mann
₅ ich kann mich an meine Träume nicht erinnern

Wie stark ist Ihr sexuelles Verlangen heute?

- ₁ sehr stark
₂ eher stark
₃ mittel
₄ eher schwach
₅ nicht vorhanden

Wie stark war Ihr sexuelles Verlangen früher?

- ₁ sehr stark
₂ eher stark
₃ mittel
₄ eher schwach
₅ nicht vorhanden

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualeben heute?

- ₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Wie zufrieden mit Ihrem Sexualeben waren Sie im Vergleich dazu früher?

- ₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Bitte machen Sie weiter bei 10b) „Stimmung (kein Geschlechtsrollenwechsel)“ auf Seite 7.

5. Partnerschaft bei Geschlechtsrollenwechsel/ Op.

Bestand zum Zeitpunkt des Geschlechtsrollenwechsels/ der Op. eine feste Partnerschaft?

- ₁ ja, mit einem Mann
₂ ja, mit einer Frau
₃ nein

Falls ja, hat Ihr(e) Partner(in) Sie bei Ihrer Entscheidung für den Geschlechtsrollenwechsel/ die Op. unterstützt?

- ₁ ja
₂ nein

Lebten Sie nach dem Geschlechtsrollenwechsel/ der Op. in einer festen Partnerschaft?

- ₁ ja, die Partnerschaft hatte Bestand
₂ ja, in einer neuen Partnerschaft
₃ nein

Haben Sie *nach* dem Geschlechtsrollenwechsel/ der Op. Schwierigkeiten, eine(n) Partner(in) zu finden?

- ₁ ja
₂ keine Veränderung durch Geschlechtsrollenwechsel/ Op.
₃ nein

Falls Ihre aktuelle Partnerschaft erst nach dem Geschlechtsrollenwechsel/ der Op. zustande gekommen ist: Haben Sie Ihre(n) Partner über Ihre Transsexualität informiert?

- ₁ ja
₂ nein

6. Psychotherapeutische Begleitung des Geschlechtsrollenwechsels/ des Eingriffs

War eine der unter 4.1 genannten Therapien begleitend zum Geschlechtsrollenwechsel/ zur Op.?

- ₁ ja, nämlich Therapie 1 2 3
₄ nein

Wenn Sie nach dem Geschlechtsrollenwechsel/ der Op. nicht in Psychotherapie waren, machen Sie bitte weiter beim nächsten Punkt: 7. „Weitere geplante/ durchgeführte Operationen/ Behandlungen“.

Wie haben Sie die Haltung Ihrer Therapeutin/ Ihres Therapeuten gegenüber Ihrer Entscheidung für den Geschlechtsrollenwechsel/ die Op. empfunden?

- ₁ aktiv unterstützend
₂ eher positiv
₃ er/ sie war neutral
₄ eher negativ
₅ deutlich ablehnend

Hat Ihnen die Psychotherapie bei Ihrer Entscheidungsfindung bezüglich des Geschlechtsrollenwechsels/ der Op. geholfen?

- ₁ sehr geholfen
₂ eher geholfen
₃ eher nicht geholfen
₄ nicht geholfen

Hat Ihnen die Psychotherapie dabei geholfen, eine realistische Vorstellung von Ihrem Leben als Mann nach dem Geschlechtsrollenwechsel/ der Op. zu entwickeln?

- ₁ sehr geholfen
₂ eher geholfen
₃ eher nicht geholfen
₄ nicht geholfen

Hat Ihnen die Psychotherapie dabei geholfen, Schwierigkeiten im Beruf, in der Familie, im Freundes-/ Bekanntenkreis zu bewältigen, die in der Zeit vor dem Geschlechtsrollenwechsel/ der Op. aufgetreten sind?

- ₁ sehr geholfen
₂ eher geholfen
₃ eher nicht geholfen
₄ nicht geholfen

7. Weitere geplante/ durchgeführte Operationen/ Behandlungen

Werden noch weitere operative Eingriffe zur Korrektur der Geschlechtsorgane von Ihnen angestrebt oder für notwendig erachtet?

- ₁ nein
₂ ja

Falls ja, was im Einzelnen? _____

Wurde bei Ihnen eine Op. zur Brustentfernung durchgeführt?

- ₁ ja, im _____ (Monat, Jahr)
₂ nein, ist aber geplant
₃ nein, ist nicht geplant

Wie zufrieden sind Sie mit dem Erscheinungsbild Ihrer Brust?

- ₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ mittelmäßig zufrieden
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Wurden bei Ihnen kosmetische Operationen durchgeführt?

₁ keine
₂ Nasenkorrektur
₃ Vergrößerung der Gesichtskontur
₄ andere _____

Falls ja, wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis dieser Operationen?

₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ mittelmäßig zufrieden
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Streben Sie noch (weitere) kosmetische Operationen an?

₁ nein
₂ ja
 Falls ja, welche? _____

Wurde bei Ihnen eine Stimmtherapie durchgeführt?

₁ logopädische Behandlung
₂ Stimmband-Operation im _____ (Monat, Jahr)
₃ logopädische Behandlungen plus Stimmband-Operation
₄ eigene Übungen mit/ ohne Anleitung
₅ keine Stimmtherapie

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Stimme heute?

₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ mittelmäßig zufrieden
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Haben Sie Muskeltraining betrieben?

₁ im Fitnessstudio
₂ Training zuhause
₃ kein Muskelaufbau

Wie zufrieden sind Sie bezüglich Ihrer Gesichtsbehaarung?

₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

8. Rechtliche Aspekte

Vornamensänderung

₁ ist rechtskräftig erfolgt am: (Monat, Jahr)
₂ Verfahren läuft noch
₃ soll später beantragt werden
₄ soll nicht beantragt werden

Von wem wurde das Gutachten angefertigt?

₁ von dem Behandelnden, bei dem ich in Psychotherapie war (Beschrieben oben unter Therapie Nummer: 1 2 3
₄ Name: _____

Personenstandsänderung

₁ ist rechtskräftig erfolgt am: (Monat, Jahr)
₂ Verfahren läuft noch
₃ soll später beantragt werden
₄ soll nicht beantragt werden

Von wem wurde das Gutachten angefertigt?

₁ von dem Behandelnden, bei dem ich in Psychotherapie war (Beschrieben oben unter Therapie Nummer: 1 2 3
₄ Name: _____

9. Geschlechtsrollenwechsel im Alltag

Hat Ihre Familie (gemeint sind Eltern, Geschwister, andere Verwandte, aber nicht Ihr Partner) Sie bei Ihrer Entscheidung zum Geschlechtswechsel unterstützt?

- ₁ ja
₂ nein

Akzeptiert Ihre Familie Sie heute als Mann?

- ₁ akzeptiert mich vollkommen als Mann
₂ akzeptiert mich überwiegend als Mann
₃ lehnt mich überwiegend ab als Mann
₄ lehnt mich vollkommen ab als Mann

Falls eine Vornamensänderung stattgefunden hat, sprechen die Mitglieder Ihrer Familie Sie mit Ihrem männlichen Vornamen an?

- ₁ immer
₂ überwiegend
₃ überwiegend nicht
₄ nie

Haben sich Ihre Erwartungen an ein Leben als Mann erfüllt?

- ₁ vollkommen erfüllt
₂ überwiegend erfüllt
₃ überwiegend nicht erfüllt
₄ gar nicht erfüllt

Falls sich Ihre Erwartungen nicht erfüllt haben, was haben Sie sich anders vorgestellt? _____

Ist Ihr Leben nach dem Geschlechtsrollenwechsel insgesamt einfacher für Sie geworden?

- ₁ wesentlich einfacher
₂ etwas einfacher
₃ keine Veränderung
₄ etwas schwieriger
₅ wesentlich schwieriger

10a) Stimmung (Geschlechtsrollenwechsel)

Haben Sie vor Ihrem Geschlechtsrollenwechsel jemals Selbstmordgedanken gehabt?

- ₁ nein
₂ ja

Falls ja, haben Sie vor Ihrem Geschlechtsrollenwechsel jemals Selbstmordpläne geschmiedet oder Selbstmordversuch(e) unternommen?

- ₁ nein
₂ ja Anzahl der Versuche: _____

Falls ja, standen diese im Zusammenhang mit Ihrem Geschlechtsrollenwechsel?

- ₁ nein
₂ ja

Haben Sie nach Ihrem Geschlechtsrollenwechsel jemals Selbstmordgedanken gehabt?

- ₁ nein
₂ ja

Falls ja, haben Sie nach Ihrem Geschlechtsrollenwechsel jemals Selbstmordpläne geschmiedet oder Selbstmordversuch(e) unternommen?

- ₁ nein
₂ ja Anzahl der Versuche: _____

Falls ja, standen diese im Zusammenhang mit Ihrem Geschlechtsrollenwechsel?

- ₁ nein
₂ ja

10b) Stimmung (kein Geschlechtsrollenwechsel)

Haben Sie jemals Selbstmordgedanken gehabt?

₁ nein
₂ ja

Falls ja, haben Sie jemals Selbstmordpläne geschmiedet oder Selbstmordversuch(e) unternommen?

₁ nein
₂ ja Anzahl der Versuche: _____

Falls ja, standen diese im Zusammenhang mit Ihren Geschlechtsidentitätsstörungen?

₁ nein
₂ ja

Gab es bei Ihnen jemals stationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Klinik?

₁ nein
₂ ja, einen
₃ ja, mehrere

Falls ja, Name der Klinik(en) _____

Wann waren Sie dort? _____

Falls es Unklarheiten gibt, wären Sie bereit, dass wir Sie kontaktieren?

ja, Telefonnummer: _____

Email: _____
 nein

Wären Sie bereit an einer weiteren Nachbefragung zu einem späteren Zeitpunkt teilzunehmen?

ja
 nein

Wir danken Ihnen sehr herzlich, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unseren Fragebogen auszufüllen!

Raum für weitere Anmerkungen:

11. Zufriedenheit mit dem Erscheinungsbild

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem äußeren Erscheinungsbild heute?

₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ mittelmäßig zufrieden
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Falls Sie unzufrieden sind, was stört Sie?

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesicht?

₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Körperbau/ Ihrer Figur?

₁ sehr zufrieden
₂ zufrieden
₃ teils teils
₄ unzufrieden
₅ sehr unzufrieden

Falls Sie unzufrieden sind, was stört Sie?

10.3 Auskunft zur schriftlichen Nachuntersuchung

Telefonische Auskunft zur schriftlichen Nachuntersuchung zu Lebenszufriedenheit und Therapieerfolg von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen

Uniklinikum Frankfurt, Rebecca Neugebauer, Guten Tag!

Spreche ich mit Herrn/ Frau ...?

Ist mein Anruf passend für Sie?

Sie waren 200_/ 19__ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Uniklinikum Frankfurt in Behandlung.

Hoffentlich konnten wir Ihnen mit den Schritten, die wir in die Wege geleitet haben, helfen.

Wir führen momentan eine schriftliche Nachbefragung aller Patienten durch, die vor mindestens drei Jahren behandelt wurden.

Herr/ Frau..., wir würden gerne wissen, wie es Ihnen ergangen ist. Wie Sie wissen, ist die Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen ein umstrittenes Thema. Durch eine Nachbefragung von Betroffenen soll eine Verbesserung der Therapie ermöglicht werden. Wir möchten gerne wissen was Sie als besonders hilfreich empfunden haben. Welche Therapien Sie in Anspruch genommen haben und wie zufrieden Sie waren. Die Daten werden anonymisiert, so dass keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind.

Sind sie bereit an dieser Nachbefragung teilzunehmen?

Ich werde Ihnen drei Fragebögen zuschicken: Einen kurzen Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, einen Fragebogen zu Eigenschaften und Verhaltensweisen, den Sie bereits bei der Erstvorstellung in der Klink ausgefüllt haben und einen Fragebogen zu Ihrer Behandlung. Außerdem liegt ein adressierter und frankierter Umschlag für Ihre Rückantwort, ein Informationsschreiben und eine Anleitung zum Ausfüllen bei.

Ist ... Ihre aktuelle Adresse?

Haben Sie momentan Fragen?

Für Rückfragen stehe ich jederzeit zur Verfügung.

Vielen Dank für das Gespräch Herr/ Frau... .

11 Schriftliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main zur Promotionsprüfung eingereichte Dissertation mit dem Titel

Katamnese und Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen

in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

unter Betreuung und Anleitung von Dr. Bernd Meyenburg mit Unterstützung durch Anne Kröger ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe. Darüber hinaus versichere ich, nicht die Hilfe einer kommerziellen Promotionsvermittlung in Anspruch genommen zu haben.

Ich habe bisher an keiner in- oder ausländischen Universität ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht. Die vorliegende Arbeit wurde bisher nicht als Dissertation eingereicht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)