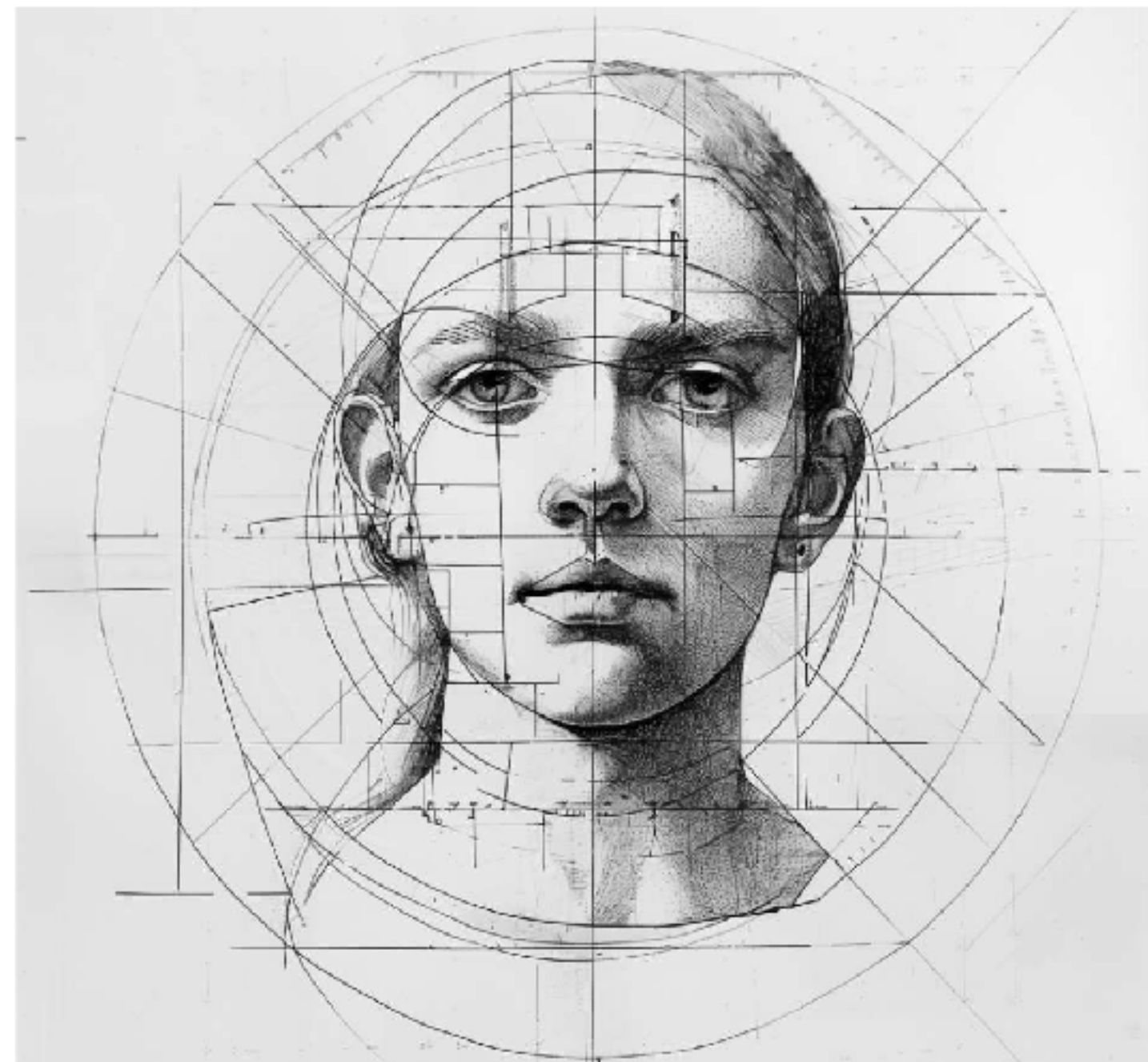


Hinter dem Regenbogen:

Geschlechtsdysphorie bei Minderjährigen und Erwachsenen

KJP-State-of-the-Art Symposium, Schön Klinik Roseneck, Prien, April 2025



Alexander Korte

Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualpsychologie (DGSMP e.V.)

dr.alexander.korte@gmail.com

Interessenkonflikt

Ich erkläre hiermit, dass der Inhalt meines Vortrags produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet ist und dass **kein Interessenkonflikt hinsichtlich einer Beteiligung an der Produktentwicklung oder -vermarktung**, an Produkten oder Unternehmen, die an dieser Veranstaltung beteiligt sind, und an Beratungsleistungen für Produkte und Unternehmen bis zu 5 Jahre vor Beginn der Veranstaltung besteht.

Es besteht jedoch ein **intellektueller Interessenkonflikt**, insofern als ich ein **Buch zum Thema geschrieben** habe.

Alexander Korte, April 2025

www.youtube.com/channel/UC0pr1zVtN1x3VYee_dgqmZw



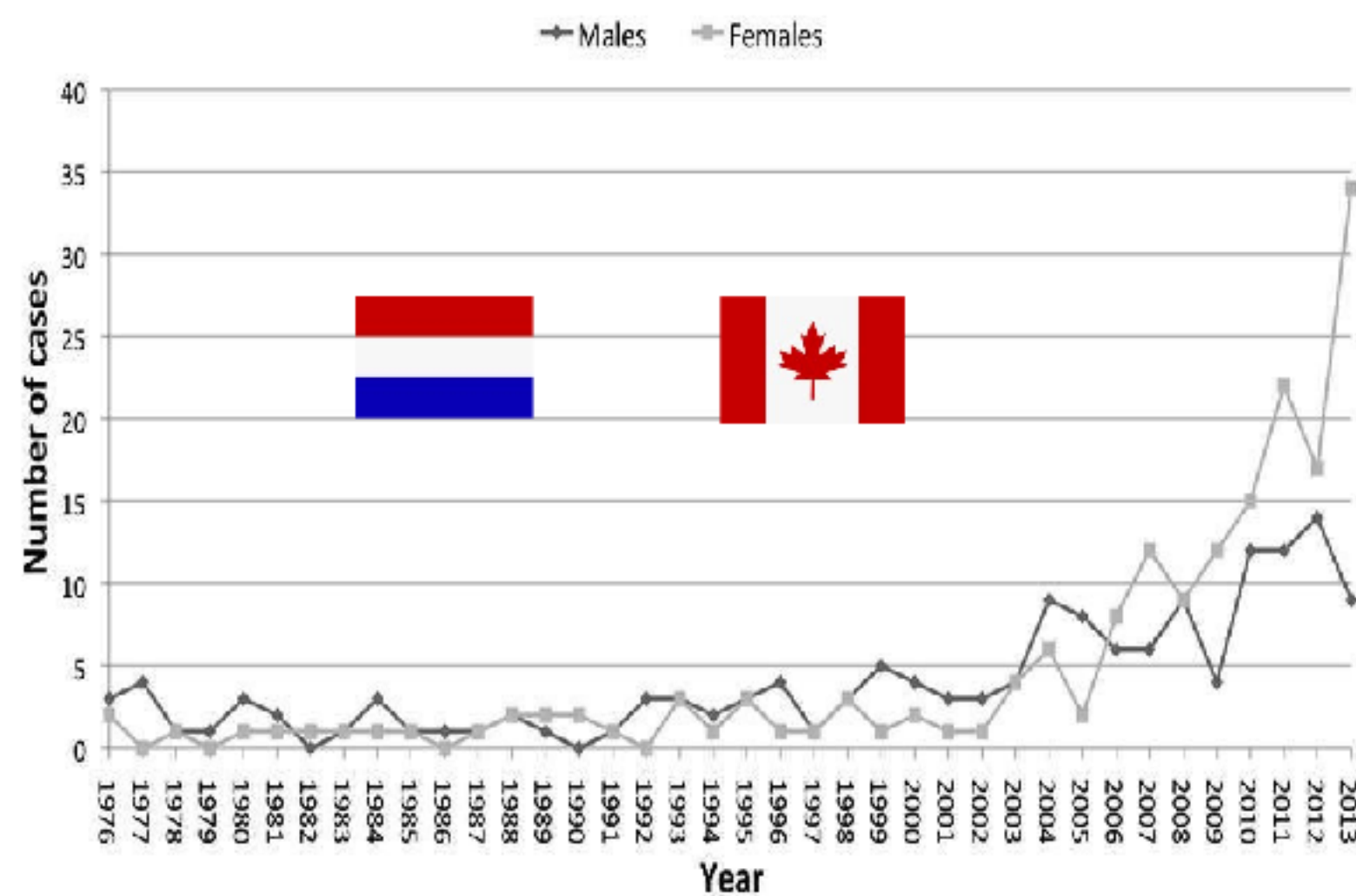
Hintergrund: Ein aufgeladene gesellschaftliche **Debatte...**

mit **Falschdarstellungen**, persönlichen **Diffamierungen**, öffentlichen **Hetzkampagnen**

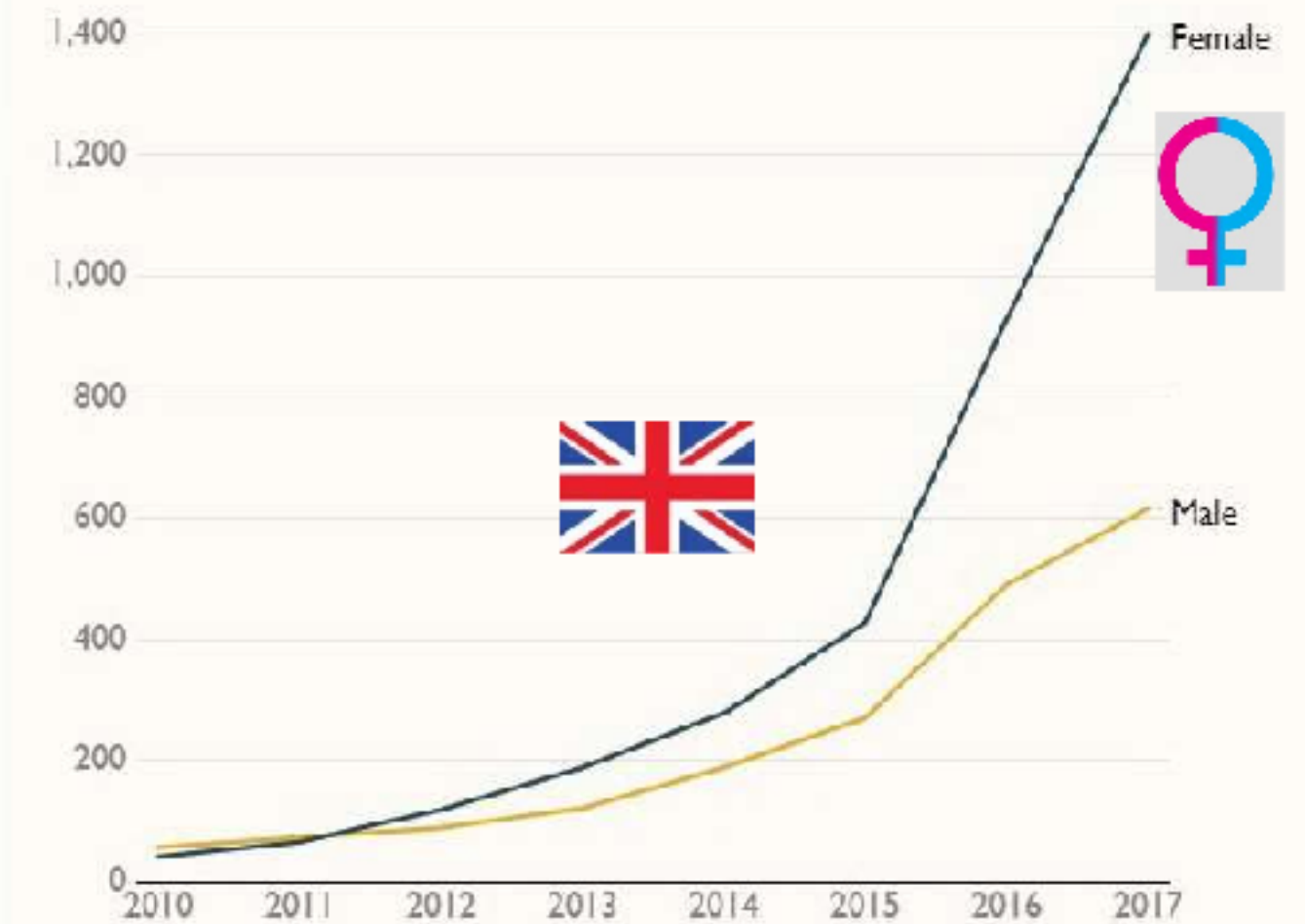
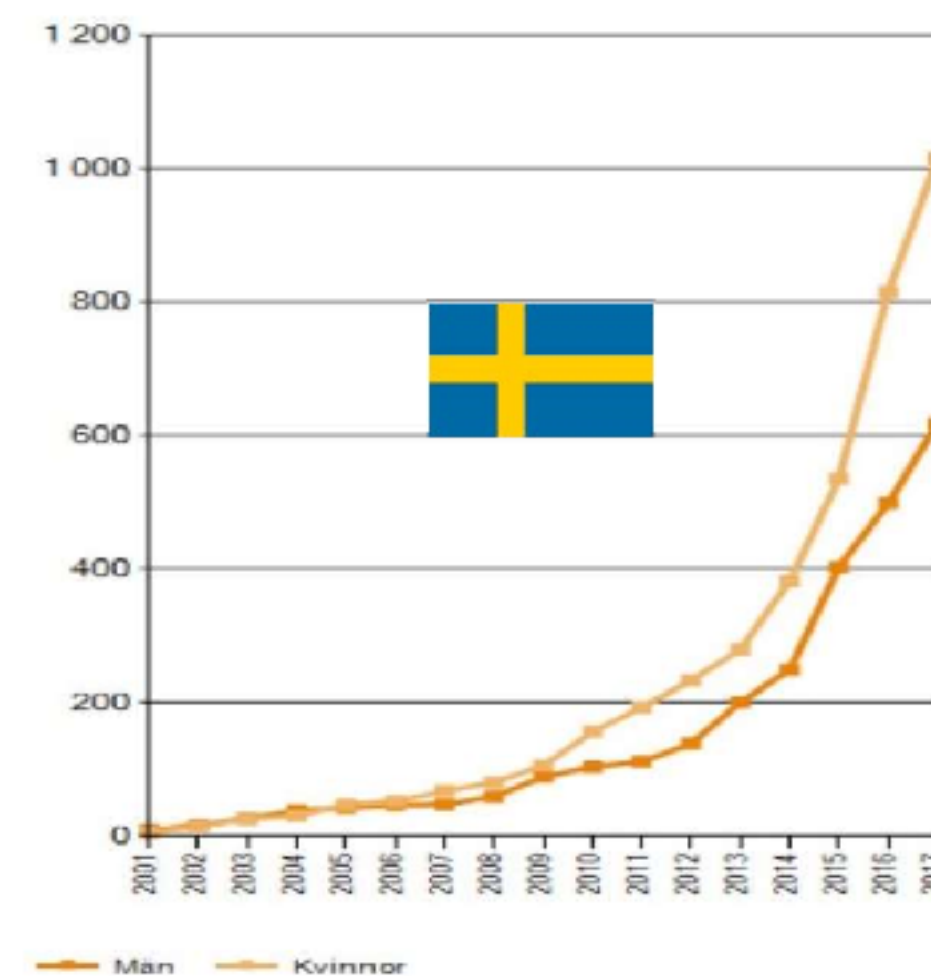


...und eine aktuelle klinische Herausforderung

Exponentielle Zunahme von (insbesondere jugendlichen) „Trans*-Patient/innen; wachsende Zahl, die sich als „non-binär“, „genderfluid“, „agender“ u.ä. kategorisieren



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



Data for 2016-17; the Tavistock and Portman NHS Foundation Trust.
Source: Gender Identity Development Service

Übersicht

1. Prävalenzanstieg?

Zunahme der Diagnose-Häufigkeit – Veränderte Sex-Ratio

2. Paradigmenwechsel?

Terminologie – Begriffsklärung – Klassifikation – Diagnosekriterien

3. Persistenz?

Verlaufsformen von Geschlechtsdysphorie – Differenzialdiagnosen

4. Pubertätsblockade?

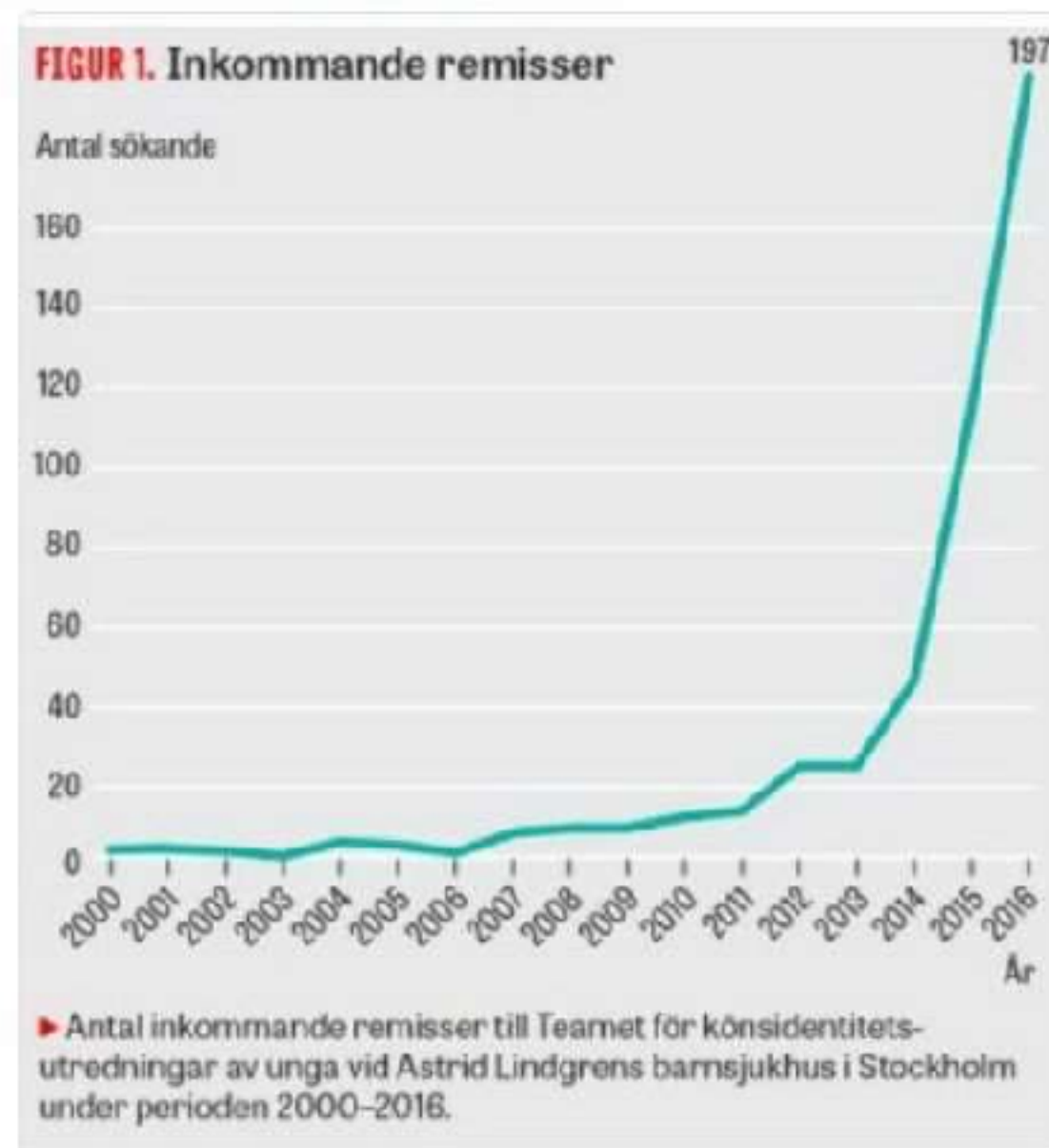
Risiken frühzeitiger Hormonbehandlung – [Ethische Überlegungen]

5. Perspektive?

Zusammenfassung – Fazit & Ausblick – [Kontextualisierung]

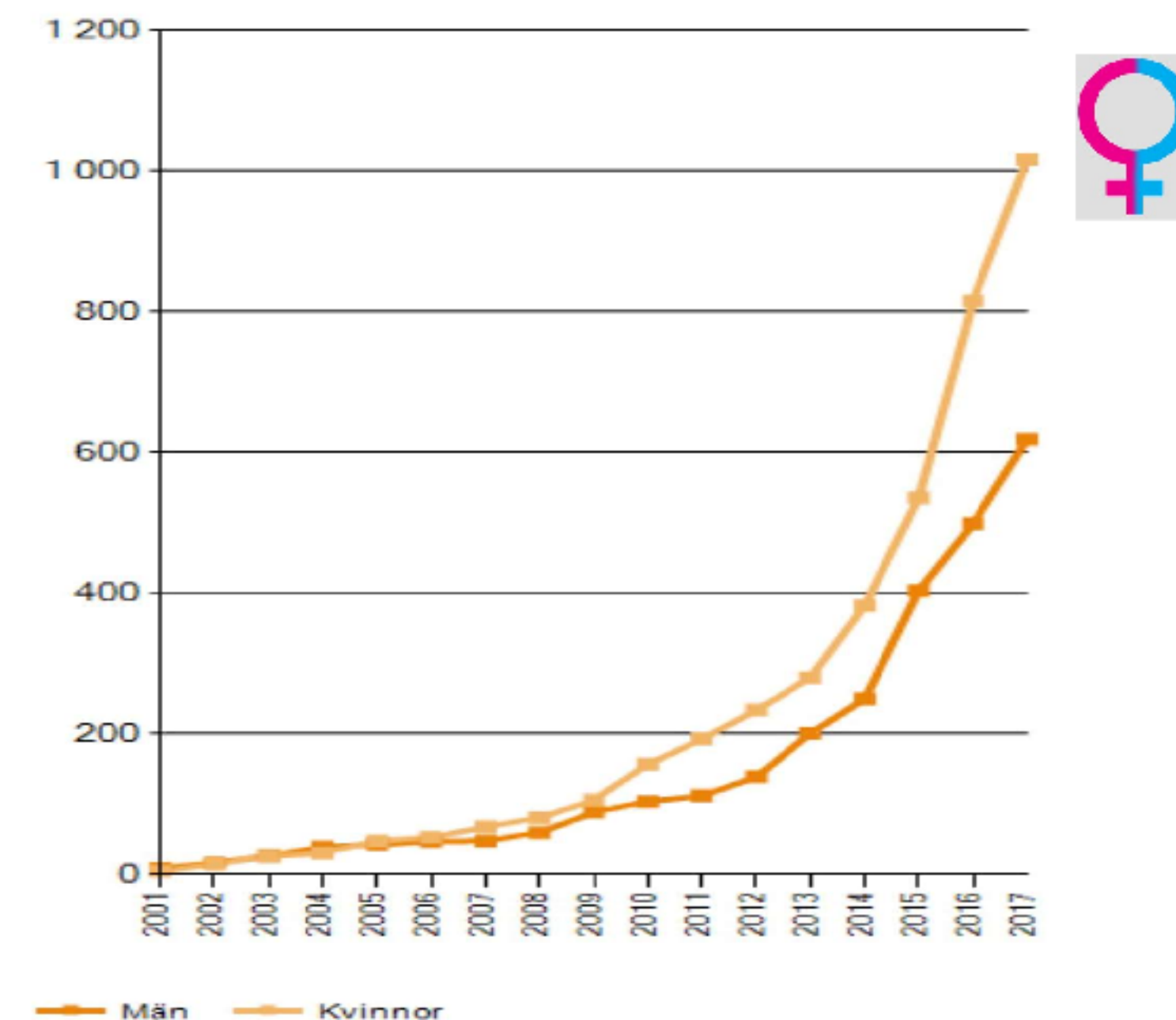


The annual number of referrals to the gender dysphoria specialist team at the Astrid Lindgren Children's Hospital in Stockholm. Article in Swedish: lakartidningen.se/Klinik-och-vet...



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

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

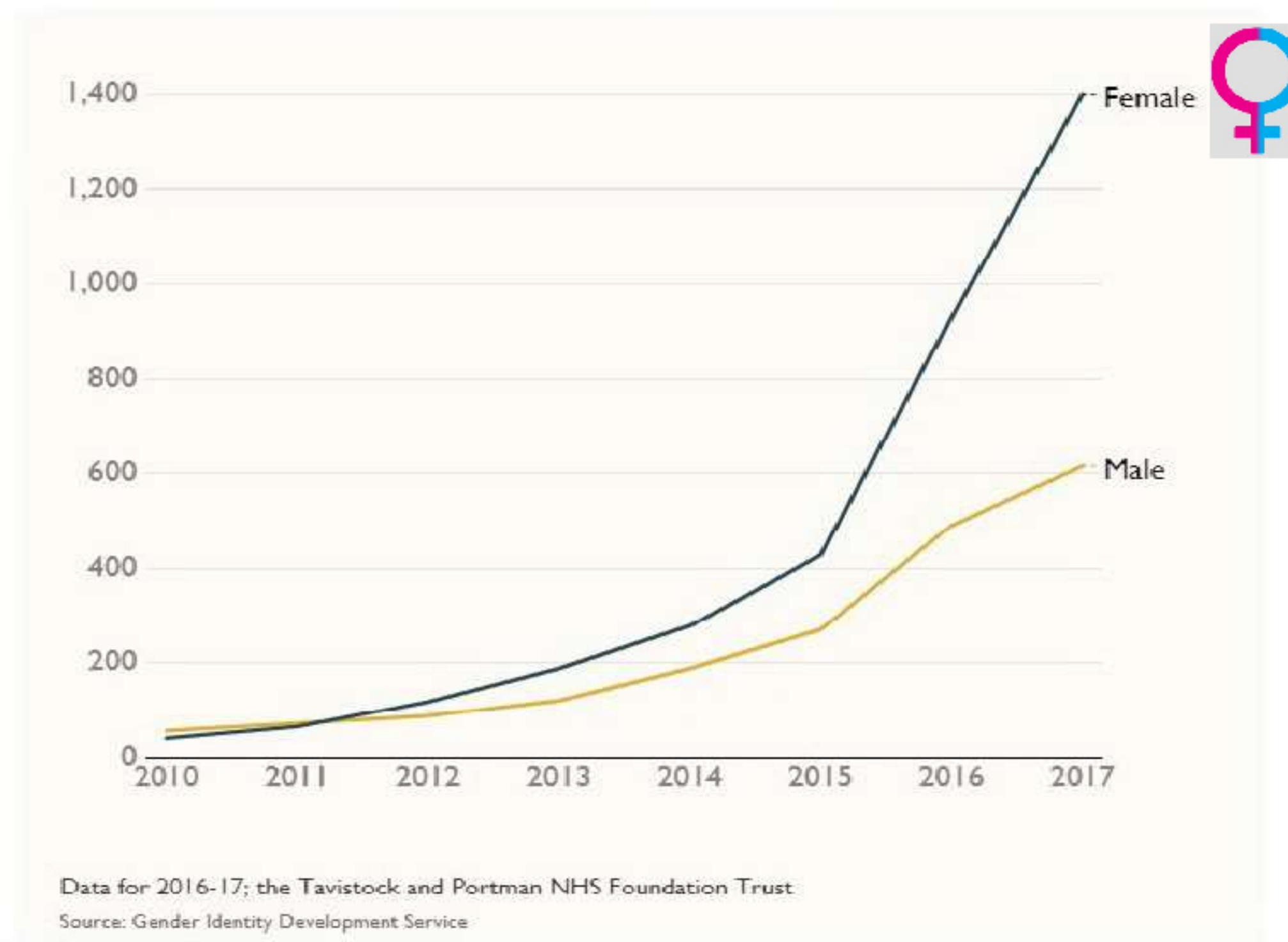


Quelle: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_paro/val.aspx

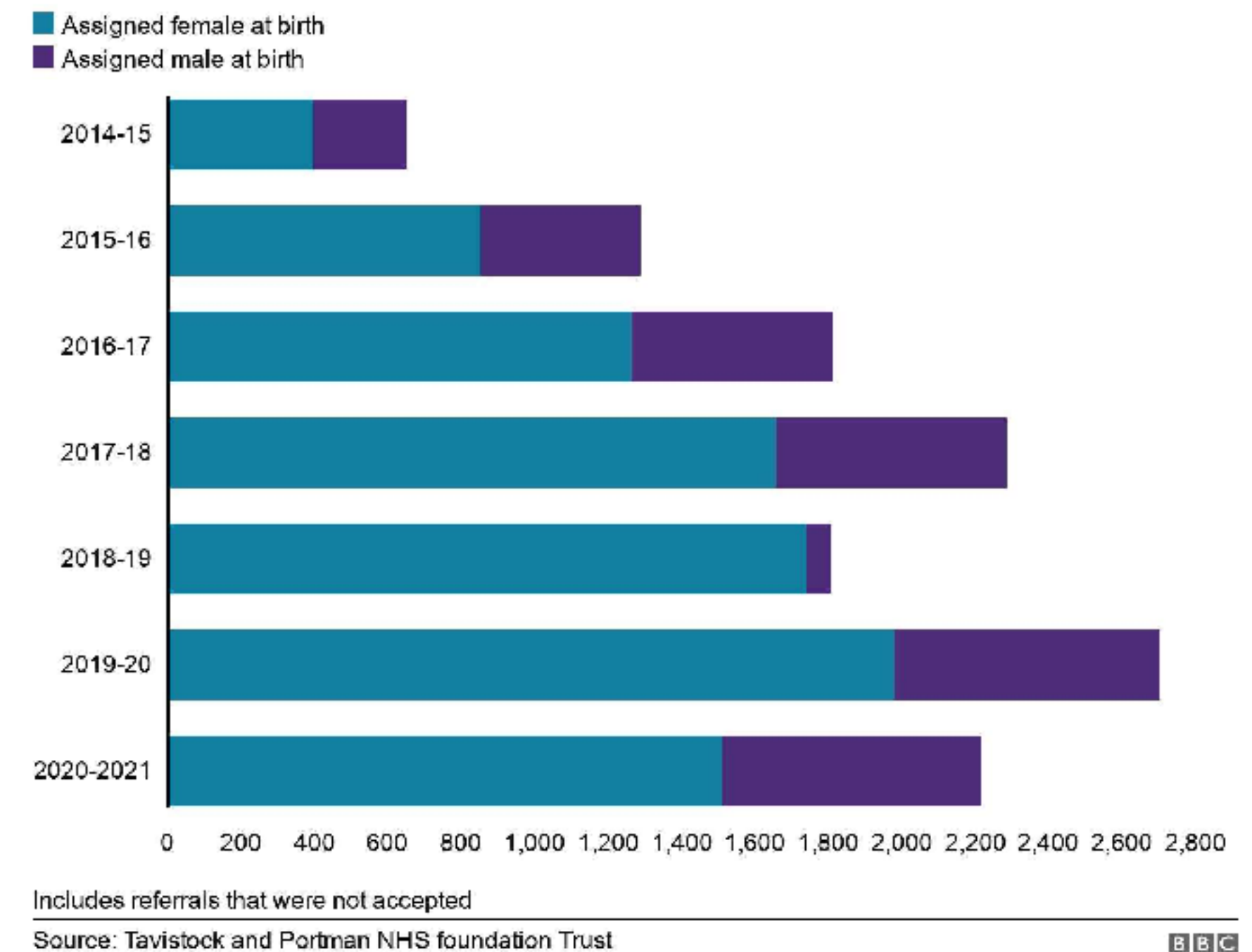


Anstieg der Diagnose-Häufigkeit in der Gruppe der 13 bis 17-jährigen Mädchen um nicht weniger als **1500 %** in der Zeit zwischen 2008 bis 2018.

(NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE, Anfang 2020)



Referrals by sex assigned at birth



Anstieg der zwischen 2009-2018 im GIDS/Tavistock registrierten und behandelten Minderjährigen betrug rund **4500 %**, mit einem Mädchenanteil von zuletzt fast 80%. (DE GRAAF et al., 2018)

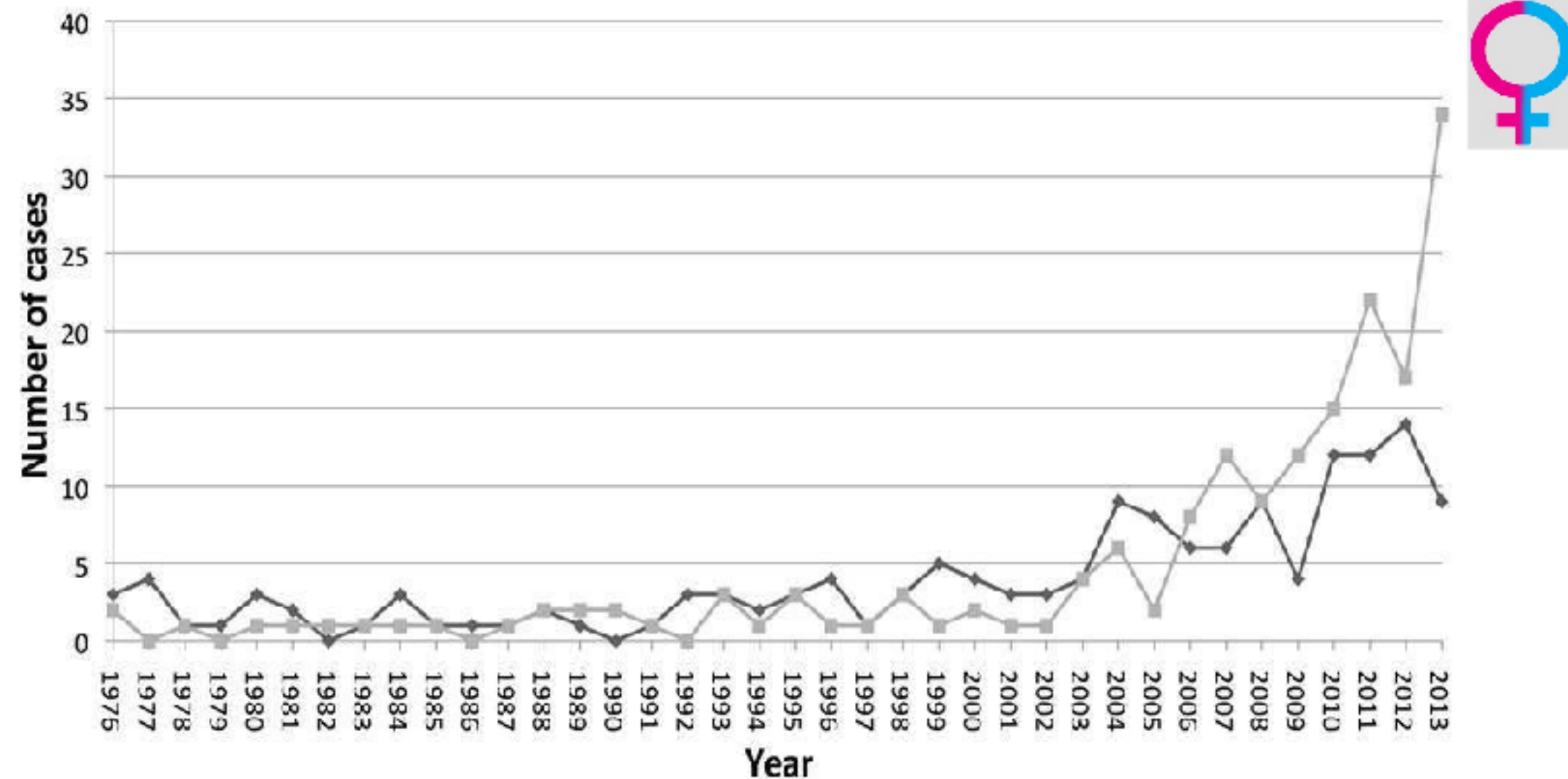
Zwischen 2020/21 und 2021/22 hat sich die Anzahl der Überweisungen erneut verdoppelt. (CASS, 2022)

Prävalenz Transsexualität – Sex Ratio

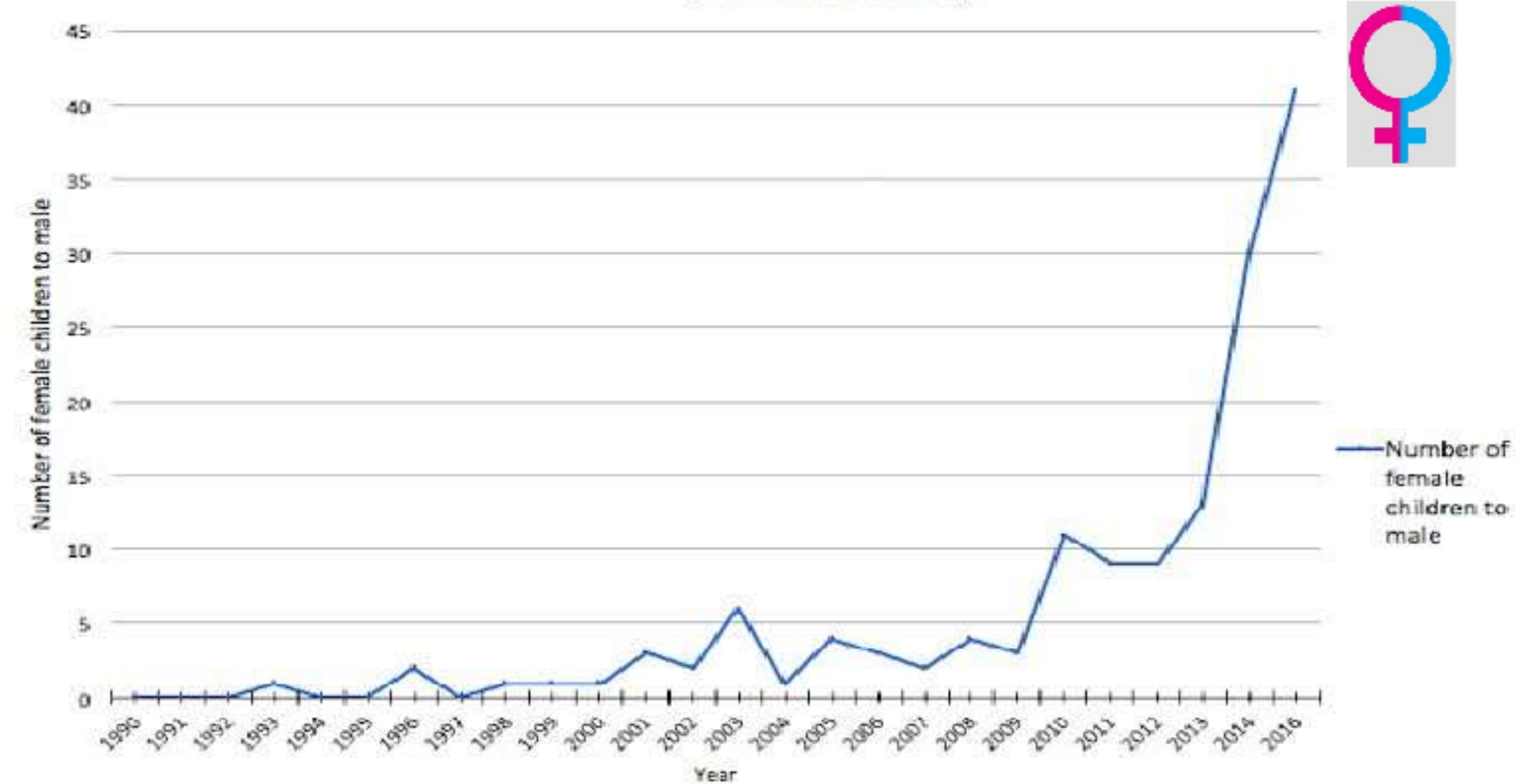
Publikation / Jahr	Land der Daten-Erhebung	MzF-Transsexualität	FzM-Transsexualität	Sex Ratio MzF : FzM
Tsoi et al. 1988	Singapur	1 : 2.900	1 : 8.300	3 : 1
Bakker et al. 1993	Niederlande	1 : 11.900	1 : 30.400	2,5 : 1
Weitze & Osburg 1996	Deutschland	1 : 36.000	1 : 94.000	2,3 : 1
Wilson et al. 1999	Schottland	1 : 7.400	1 : 31.150	4 : 1
De Cruyter 2007	Belgien	1 : 12.900	1 : 33.800	2,4 : 1
Meyer zu Hohenberg 2009	Deutschland	1 : 20.202	1 : 34.843	1,5 : 1
Wiepjes et al. 2018	Niederlande	1 : 3.800	1 : 5.200	1,4 : 1



◆ Males ■ Females



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



Heute sind die meisten Patienten **weibliche Jugendliche in der frühen und mittleren Adoleszenz**

→ **Inversion der Sex-Ratio** (DE GRAAF ET AL. 2018; KALTIALA-HEINO ET AL. 2018; STEENSMA ET AL. 2018; ZHANG ET AL. 2021)



mit **zuvor geschlechtsnormativer Kindheit**, deren Transidentifizierung erst während der Pubertät erfolgt.

→ **Rapid-onset gender dysphoria** (LITTMAN, 2018: »social and peer contagion, binge-watching transition videos«; AITKEN ET AL. 2015; KALTIALA-HEINO ET AL. 2015, 2020; CHEN 2016; DE GRAAF ET AL. 2018; ZUCKER 2019; HUTCHINSON ET AL. 2020; HERRMANN ET AL. 2022; VAN DER LOSS ET AL. 2023).

These 1:

›trans*‹ als Identifikationsschablone



- Ist der aktuelle ➡ **trans*-Boom** vergleichbar mit früheren Mode-Diagnosen?
→ wie z.B. ›Multiple Persönlichkeit‹, Hysterie – besondere Vulnerabilität: weibliche Teenager!
- historische Bedingtheit (➡ **Kontingenz**) **medizinischer Begriffe und Konzepte:**
Psychiatrische Erkrankungen ›sind‹ nicht einfach (da) –
Diagnosen und Klassifikationssysteme werden ›gemacht‹! (ETHAN WATTERS, 2016)

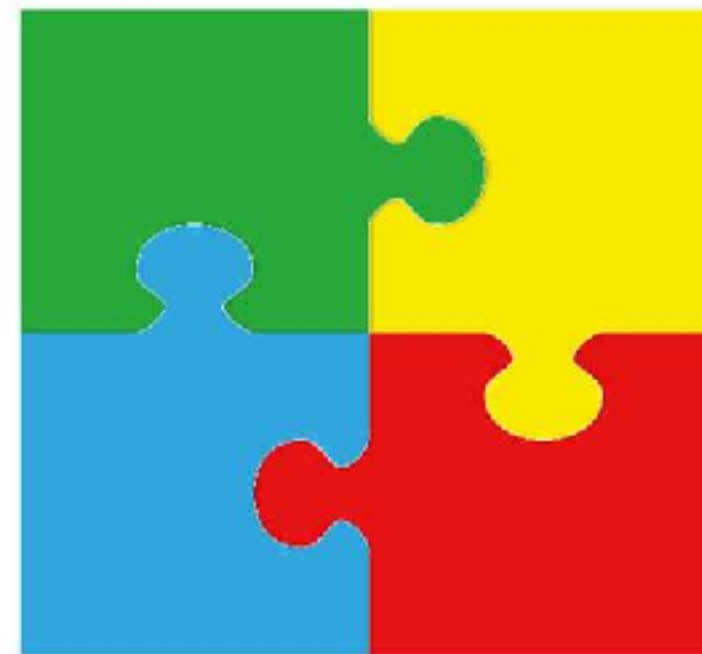
☞ ›trans*‹ und ähnliche Kategorisierungen funktionieren auch als ➡ **Sinnangebote** – sie geben Jugendlichen die **Möglichkeit**, ihrem individuellen **Leiden in einer zu ihrer Zeit und in ihrer Kultur akzeptierten Form Ausdruck zu verleihen** und verheißen zugleich **Aufmerksamkeit**, Status des Besonderen, Außergewöhnlichen

Komorbidität bei Geschlechtsdysphorie



- 👉 **Zunehmende Heterogenität des Patientenspektrums**, das sich in punkto psychiatrischer Komorbidität vom homogenen Inanspruchnahme-Klientel früherer Zeiten erheblich unterscheidet (DE GRAAF ET AL. 2018; WIST & DE GRAAF, 2019; CHEW ET AL. 2020; HERMANN ET AL. 2022).
- 👉 **Hohe Rate schwerer Psychopathologie** – Anteil psychisch stark belasteter Jugendlicher mit vergleichsweise **später Erstmanifestation der Geschlechtsdysphorie** ist deutlich gestiegen (KALTIALA-HEINO ET AL. 2015, 2019, 2020; ZUCKER 2019; HUTCHINSON ET AL. 2020; SORBARA 2020; LEVINE ET AL. 2022A/B)
- 👉 **Depressionen, Angst- und Traumafolgestörung, ADHS** oder neurokognitiven Entwicklungsstörung (speziell **Autismus-Spektrum**), **bevor es zur Ausbildung des Trans-Wunsches kam**. (BECERRA-CULQUI ET AL. 2018; STRANG ET AL. 2018; THROWER ET AL. 2020; DE GRAAF ET AL. 2021; KOZLOWSKA ET AL. 2021).

Epidemiologie – Zwischenfazit:



- ☞ Die vier beschriebenen, empirisch belegten **epidemiologischen Veränderungen**
 - (1) **dramatische Häufigkeitszunahme** von Genderdysphorie speziell unter **Minderjährigen**,
 - (2) **Verschiebung der Sex-Ratio** zugunsten geburtsgeschlechtlich weiblicher Betroffener,
 - (3) **Manifestation der Symptome erst in der Pubertät (ROGD)**, ohne GD-Vorgeschichte,
 - (4) **Zunahme psychiatrischer Komorbidität** und der Rate schwerer Psychopathologiesind nicht unabhängig, sondern als miteinander **verknüpfte Aspekte** zu verstehen:
- ☞ Die **Inanspruchnahme-Klientel** hat sich **gewandelt**, wir haben es heute bei einem Großteil der Betroffenen mit einer – zumindest in Teilen – **anderen Phänomenologie** zu tun.

Übersicht

1. Prävalenzanstieg?

Zunahme der Diagnose-Häufigkeit – Veränderte Sex-Ratio

2. Paradigmenwechsel?

Terminologie – Begriffsklärung – Klassifikation – Diagnosekriterien

3. Persistenz?

Verlaufsformen von Geschlechtsdysphorie – Differenzialdiagnosen

4. Pubertätsblockade?

Risiken frühzeitiger Hormonbehandlung – [Ethische Überlegungen]

5. Perspektive?

Zusammenfassung – Fazit & Ausblick – [Kontextualisierung]

Terminologie:

~~Transsexueller~~ Mann

Frau-zu-Mann-
Transsexuelle

FzM

Trans*Mann

Trans*Junge

trans* Mann
bzw. Junge

genderqueer

a-gender

~~Patient_innen~~

BEHANDLUNGS
SUCHENDE

Trans-gender
trans-ident



MzF

~~Transsexuelle~~ Frau

Mann-zu-Frau-
Transsexuelle

Trans*Frau

Trans*Mädchen

trans* Frau
bzw. Mädchen

Trans*Eltern

pangender

bi-gender

trans*Personen

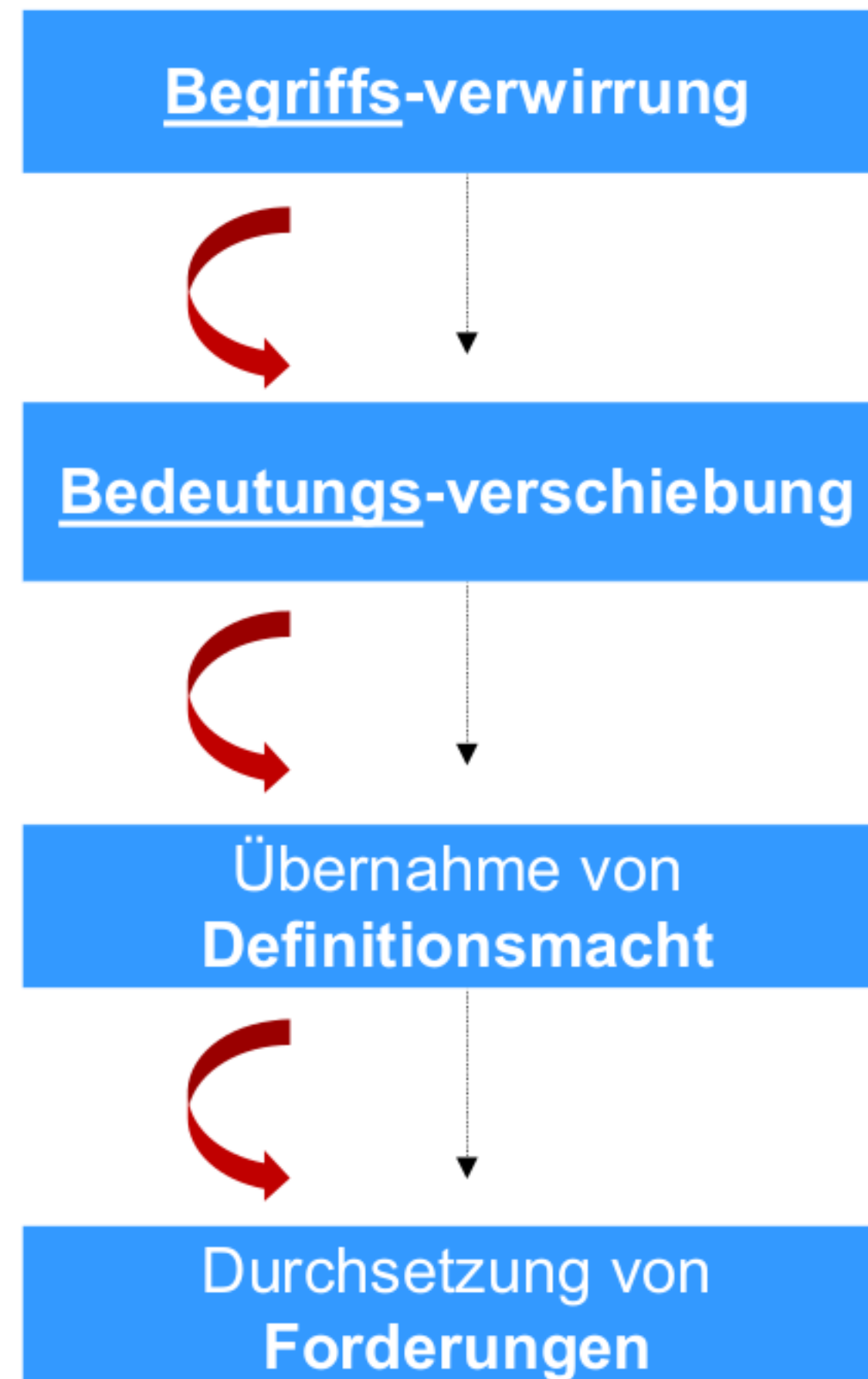
non-binary

Behandler_innen



GATE-KEEPER

Begriffe ⇨ Konzepte ⇨ Wirkfaktoren



Klassifikation

ICD-10	DSM-5	ICD-11
F 64.0 Transsexualismus	Gender Dysphoria <i>in Adults & Adolescents (302.85)</i>	Gender Incongruence of <i>Adolescence & Adulthood (HA60)</i>
F 64.1 Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechterrollen		entfällt ersatzlos
F 64.2 Geschlechtsidentitäts- störung im Kindesalter	Gender Dysphoria <i>in Children (302.6)</i>	Gender Incongruence <i>of Childhood (HA61)</i>
F 64.8 Sonstige Störung der Geschlechtsidentität		entfällt ersatzlos
F 65.1 Fetischistischer Transvestitismus		entfällt ersatzlos
F 66.0 Sexuelle Reifungskrise		entfällt ersatzlos
F 66.1 Ich-dystone Sexualorientierung		entfällt ersatzlos
F 66.8 Sonst. psychosexuelle Entwicklungsstörung		entfällt ersatzlos



DSM-5: 302.85, Geschlechts-dysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen



A. Eine seit mindestens 6 Mon. bestehende Inkongruenz zwischen dem subjektiv empfundenen Geschlecht und dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht, wobei mindestens **zwei** der folgenden Kriterien erfüllt sein müssen (von denen eines Kriterium A1 sein):

- (1.) Ausgeprägte Inkongruenz zwischen der empfundenen / gelebten Geschlecht („gender“) und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder, bei jungen Adoleszenten, den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen).
- (2.) Ausgeprägter Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen loszuwerden (oder, bei jungen Adoleszenten, die Entwicklung der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen zu verhindern).
- (3.) Ausgeprägter Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts zu haben.
- (4.) Ausgeprägter Wunsch, dem anderen Geschlecht (oder einem alternativen Geschlecht, „non-binary“ welches vom zugewiesenen Geschlecht abweicht) anzugehören.
- (5.) Ausgeprägter Wunsch, wie ein Angehöriger des anderen Geschlecht (oder eines alternativen Geschlechts, welches vom zugewiesenen abweicht) behandelt zu werden.
- (6.) Feste Überzeugung, dass man die typischen Gefühle und Reaktionen des anderen Geschlechts (oder eines alternativen Geschlechts, welches vom zugewiesenen abweicht) habe.



B. Klinisch relevantes **Leiden oder Beeinträchtigung** in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bestimme, ob: Mit Variation bzw. Störung der Geschlechtsentwicklung (DSD): z.B. ein AGS, wie E25.0, die angeborene Nebennierenrindenhyperplasie, oder E34.50, das Androgen-Resistenz-Syndrom.

Codierhinweis: Wenn dies zutrifft, ist sowohl die „Variation bzw. Störung der Geschlechtsentwicklung“ (DSD = Störung der somatosexuellen Differenzierung) als auch die Geschlechtsdysphorie zu codieren.

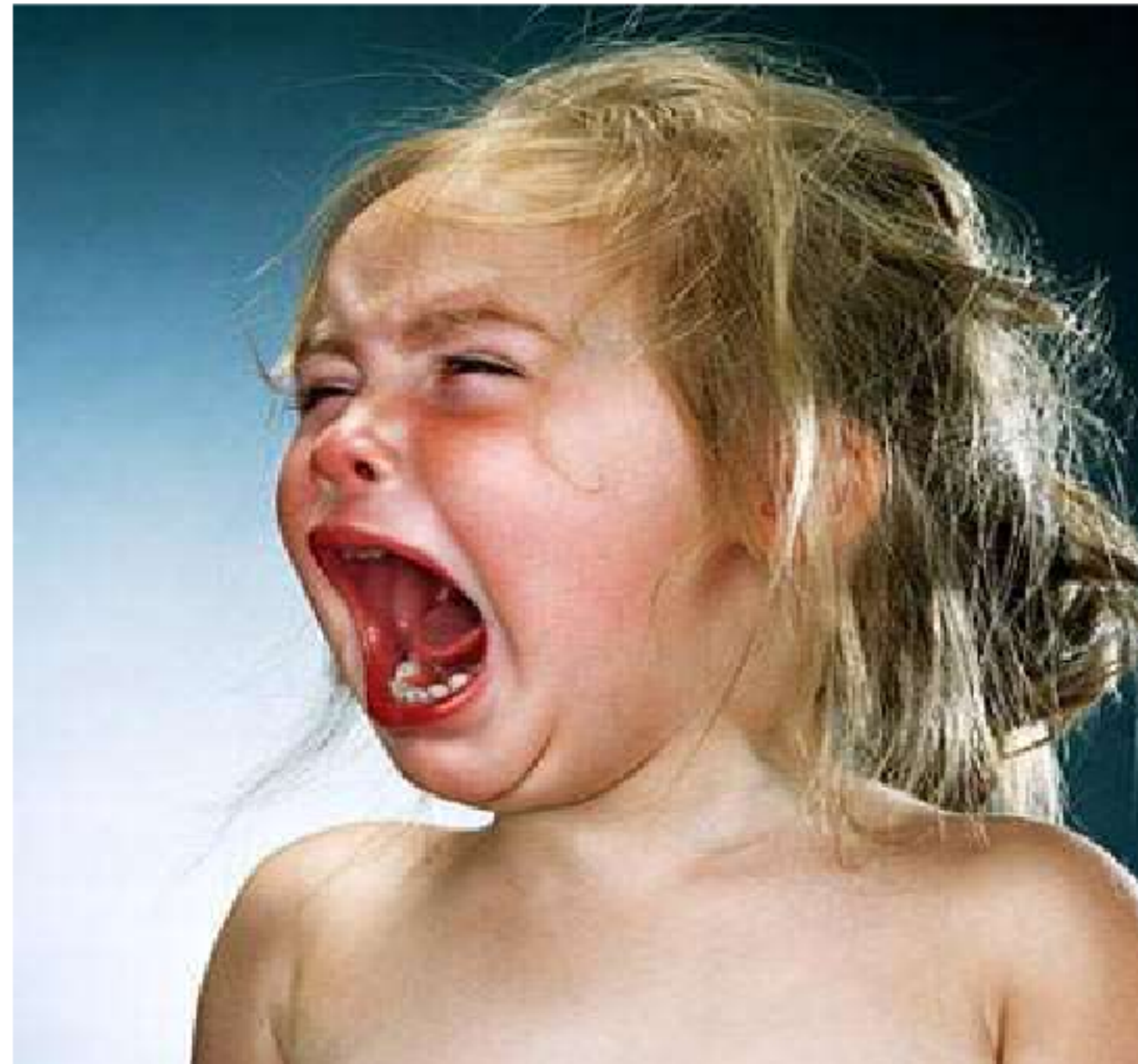


ICD-11: HA60, Geschlechts-inkongruenz Leidensdruck oder Beeinträchtigung als Diagnose-Kriterium nicht gefordert!



Biologisch-anatomisches Geschlecht in-existent? Die Körpernatur ist dann nicht mehr nur *sozial überformt*, sie ist *reine Sozialität* geworden, gleichsam entmaterialisiert!

Trigger-Warnung



Inhalt der nächsten Folien:

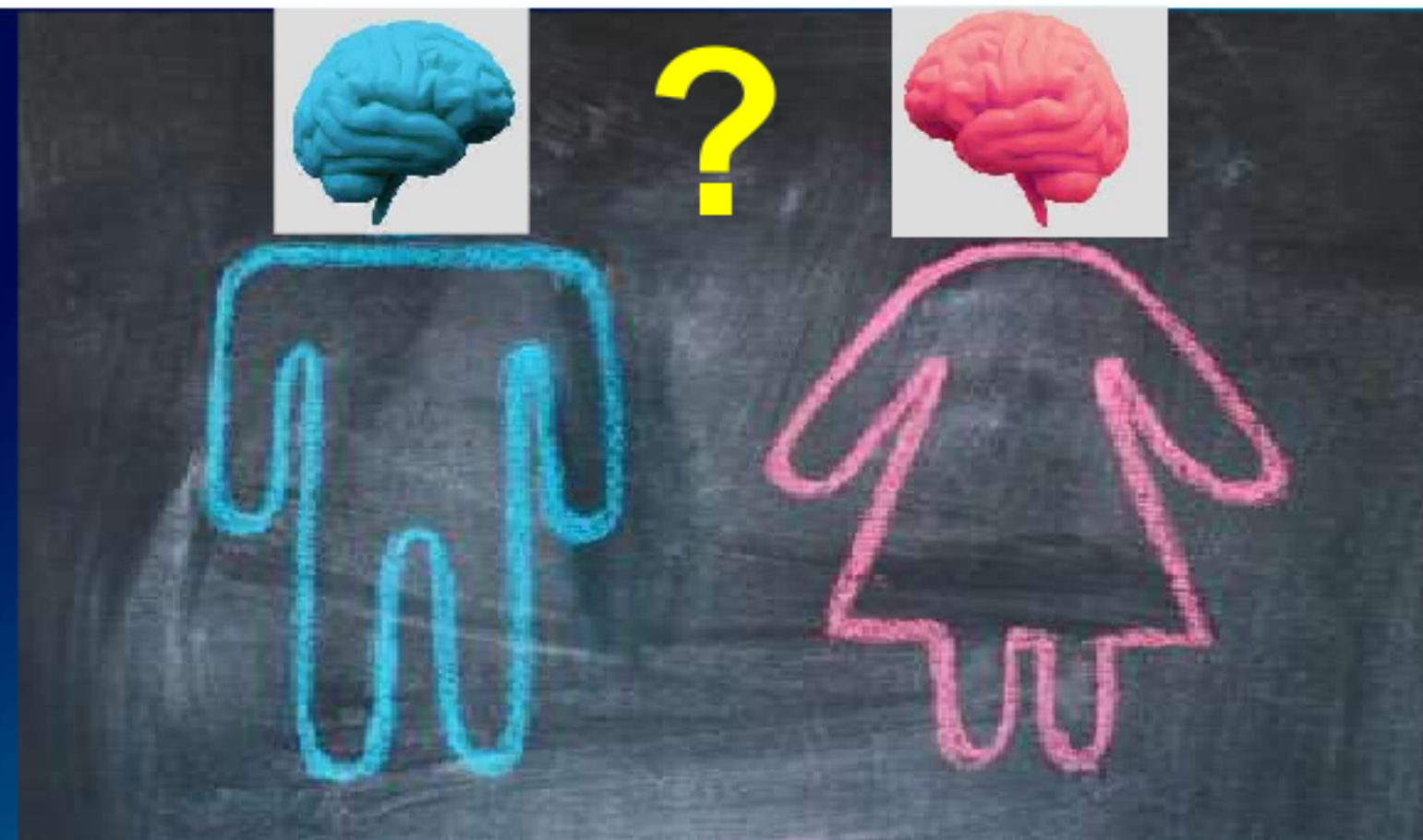
Gesetze der **Biologie** – *nicht*: Menschenrechte bzw. geschlechtliche „Selbstbestimmung“!

Geschlechtsdefinition

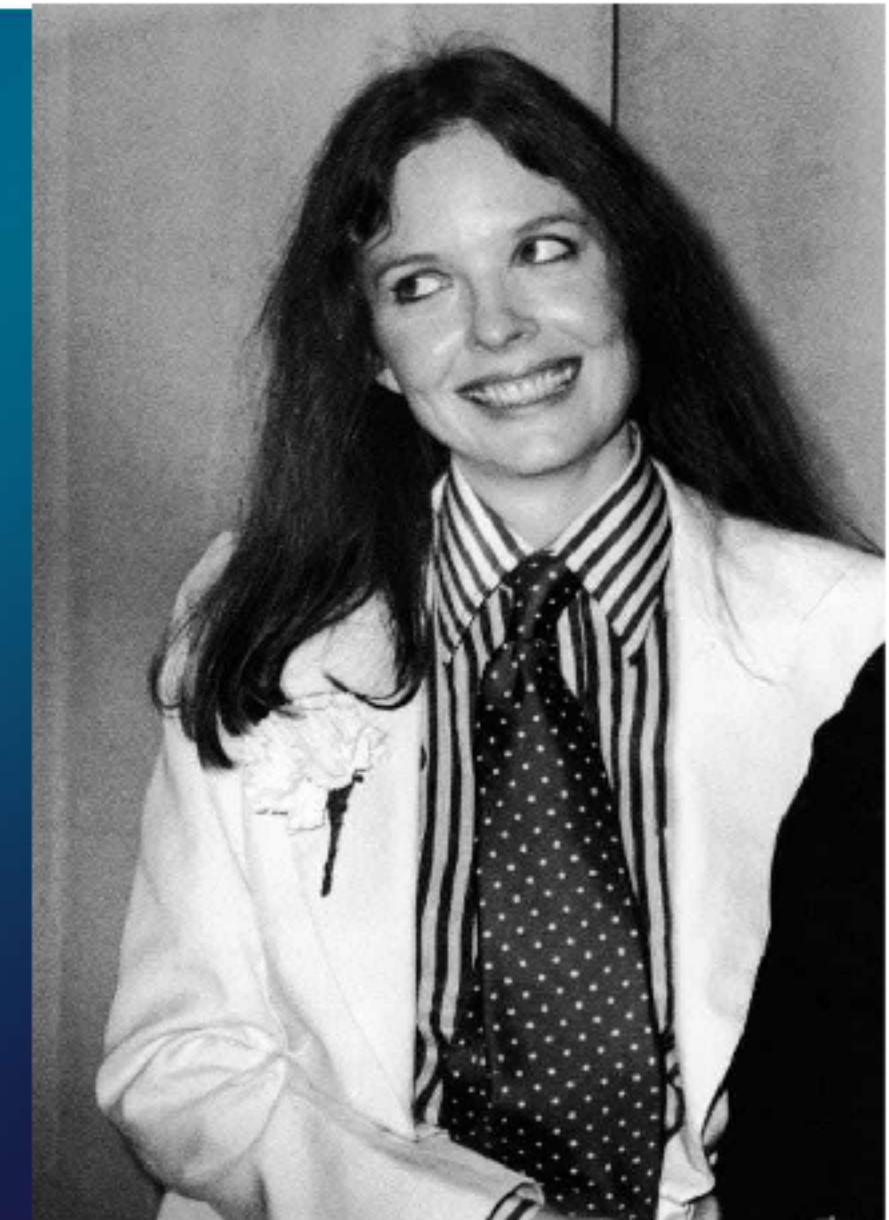
Keimzellen: haben es als **Ei- und Samenzelle** zu weltweiter Berühmtheit gebracht!



Entwicklungsrichtung eines Organismus hin auf die Produktion vieler **kleiner**, mobiler ➔ **Samenzellen**



Spezialisierung



Entwicklungsrichtung eines Organismus hin auf die Produktion **großer**, nährstoffreicher ➔ **Eizellen**

Anisogamie

Zweiteilung (Anisogamie) der Keimzellen gilt **seit Urzeiten** und weltweit.
Es sind immer **nur zwei Keimzelltypen** – das muss einen Grund haben!



Gilt für Apfelbäumchen...

Zwei!



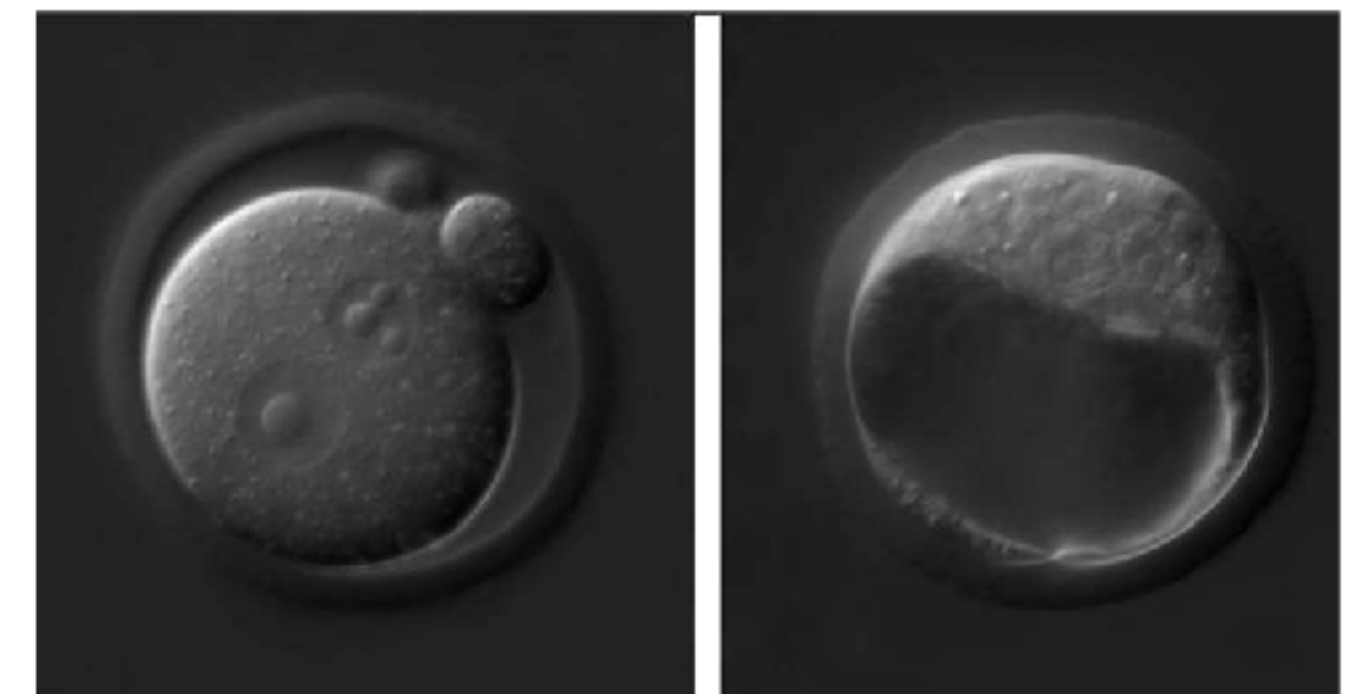
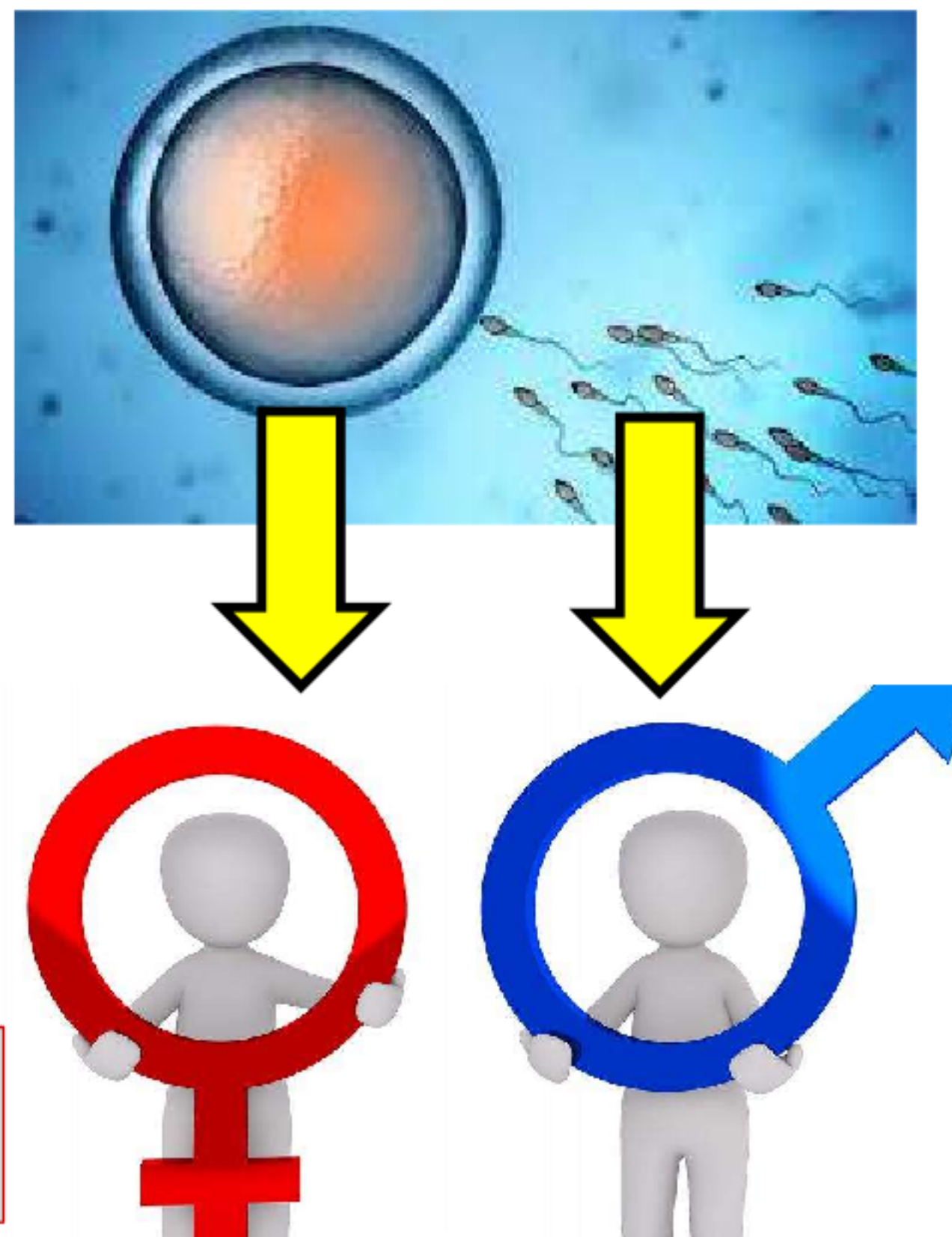
...und für ganze Elefanten.

Anisogamie – Geschlechterbinarität

Das imaginäre „dritte Geschlecht“ (mit mittelgroßer Keimzelle) brächte keinen Vorteil – es würde von den anderen beiden übertroffen! **Zwei Keimzelltypen, zwei Geschlechter:** Klare Ableitung!



Es gibt keine „Vielzahl der Geschlechter“.



Was es jedoch gibt: Eine **Vielfalt („diversity“)** neuer **Merkmalskombinationen**: das geniale Erfolgskonzept zweigeschlechtlicher Fortpflanzung!

Geschlechterbinarität

Urteil des Bundesverfassungsgerichts über „drittes Geschlecht“ („divers“)

➔ begrifflich unklar, empirisch haltlos, logisch unschlüssig – fehlende Definition!



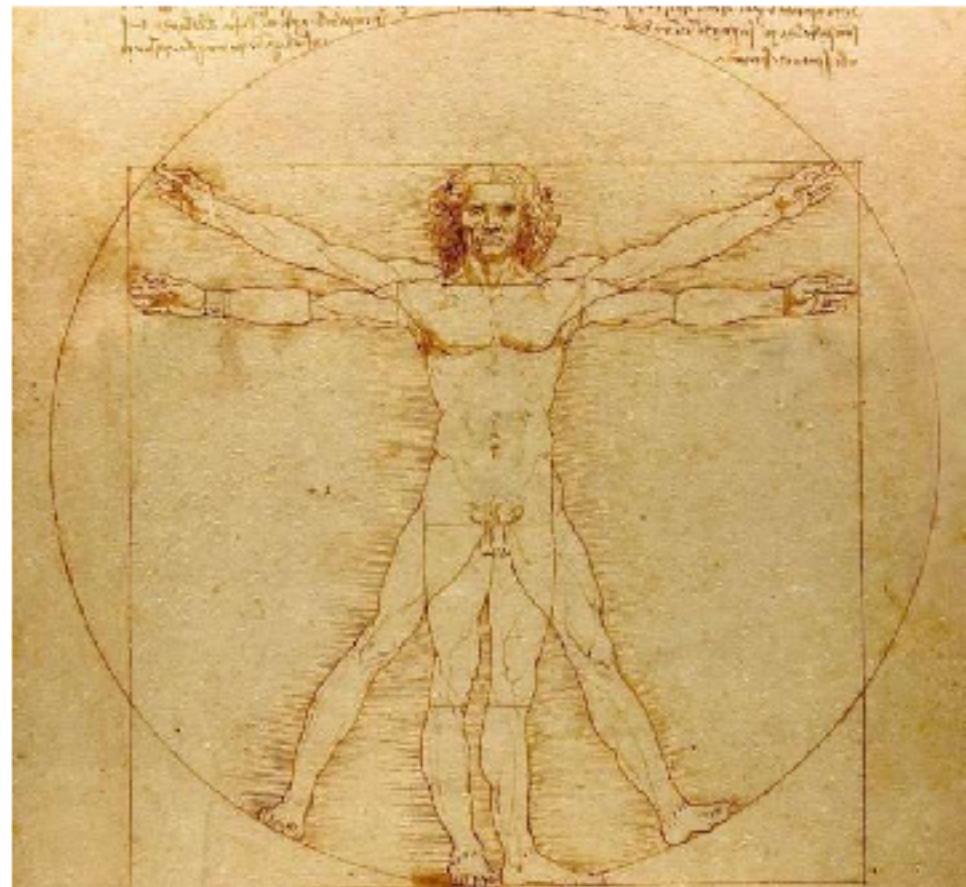
Beschluss des Ersten Senats vom 10. Okt. 2017 - http://www.bverfg.de/e/rs20171010_1bvr201916.html



Definition gibt **notwendige und hinreichende Bedingungen** dafür an, dass etwas unter einen verwendeten Begriff fällt

- Gemeinhin gilt die erste Frage nach (oder vor) der Geburt eines Kindes seinem Geschlecht:
„Ist es ein Mädchen oder ein Junge?“
- ➔ **fundamentale Bedeutung der Kategorie Geschlecht**; die G.-dichotomie dient schon dem Kind als
➔ **Ordnungsprinzip** zur Aneignung seiner Welt; prägt soziale Identität der Mitglieder einer Gesellschaft
- *Biologische* Geschlechtszugehörigkeit ist das einzige Merkmal, das über
➔ **alle Ethnien, Alters- und Sozialschichten** hinweg die Menschheit in zwei Gruppen einteilt
– auch wenn andere Kulturen *soziale* bzw. *rituelle* Geschlechtswechsel kennen (z.B. Mapuche, Chile).

Zweigeschlechtlichkeit



- In den **Naturwissenschaften** ist diese **Unterscheidung zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht eine bewährte** und allseits akzeptiert. Sie ermöglichte es, wissenschaftliche Theorien über eine Vielzahl biologischer Prozesse aufzustellen, empirisch zu überprüfen und Natur zu erklären.
- Es gibt **keine biologischen Prozesse, zu deren Erklärung weitere Geschlechter notwendig wären**. Deswegen gibt es aus Sicht einer dem **kritischen Rationalismus** verpflichteten Wissenschaft auch **keine Gründe für die Einführung weiterer Geschlechtsbegriffe**.

Diese würden nur dann Sinn machen, wenn man mit ihnen **Theorien aufstellen und empirisch belegen** könnte, welche die Realität besser erklären als die Annahme der Zweigeschlechtlichkeit.



„Geschlechter-vielfalt“?



- Vielfalt in der **Ausgestaltung von Zweigeschlechtlichkeit** und Geschlechterrollen (Geschlechtsausdruck)
- Definition einer „**Vielzahl der Geschlechter**“ (i.S. sozialer Geschlechtsrollen, engl.: *gender*) mag **außerhalb des naturwissenschaftl. Diskurses** mit eigener Logik und Legitimität diskutiert werden.

Wir benötigen aber **keine weiteren Geschlechtskategorien**, um zu erklären, warum Menschen unter GD leiden, deren Ursachen herauszuarbeiten und diesen Menschen zu helfen.



Transsexualität *versus* Intersexualität



≠



▪ **Transsexualität / Geschlechtsdysphorie**

Die Betroffenen leiden unter

→ dem **Gefühl der Nicht-Zugehörigkeit** zu ihrem körperlich eigentlich eindeutigen Geschlecht sowie den gesellschaftlichen Rollenerwartungen;

→ **subjektives Inkongruenz-Erleben** zwischen geschlechtsbezogenem Identitätsempfinden (›**Gender Identity**‹) und gegebenen biolog. Geschlecht (›**Sex**‹)

▪ **„Intersex-Syndrom“** (frühere Bezeichnung) **„Varianten der Geschlechtsentwicklung“**, engl.: **Disorder of Sex-Development**

→ angeborene **Variationen der genetischen, hormonalen, gonadalen und genitalen Anlagen** eines Menschen, infolge derer

→ das Geschlecht der betroffenen Person (vermeintlich!) **nicht mehr eindeutig den biologischen Kategorien** männlich oder weiblich zugeordnet werden kann.

Ebenen der geschlechtlichen Differenzierung

1. Chromosomale Differenzierungsebene:

XY-Chromosom mit SRY = männlich

XX-Chromosom (d.h. ohne SRY) = weiblich

2. Gonadale und endokrine Differenzierungsebene:

AMH- u. Testosteron-produzierende Hoden = männlich

Östrogen-produzierende Eierstöcke = weiblich

3. Gonoduktale Differenzierungsebene:

Nebenhoden, Samenleiter/-bläschen, Prostata = männlich

Eileiter, Gebärmutter, Vagina (oberer Teil!) = weiblich

4. Genitale Differenzierungsebene:

Skrotum, Penis = männlich

große u. kleine Schamlippen, Klitoris = weiblich

biologische
Ebene(n)
→ geschlechts-
spezifische
Unterschiede



- „**Geschlecht**“ definiert sich eher über die **Fortpflanzungs-funktion** (Gameten finden vs. Zygote bilden) denn über die konkrete *Konfiguration*.
- Es macht deshalb wenig Sinn, den *einzelnen Strukturen* oder Funktions-ebenen jeweils den Status eines *eigenen* Geschlechts zuzuordnen.
- Diese sind **Teile eines Ensembles**, die erst in ihrem Zusammenwirken ihre *ultimate* Funktion, den spezifisch ♂ | ♀ Fortpflanzungsbeitrag ermöglichen!

Ebenen der geschlechtlichen Differenzierung

sex

1. **Chromosomale** Differenzierungsebene:

XY-Chromosom mit SRY = männlich

XX-Chromosom (d.h. ohne SRY) = weiblich

2. **Gonadale** und **endokrine** Differenzierungsebene:

AMH- u. Testosteron-produzierende Hoden = männlich

Östrogen-produzierende Eierstöcke = weiblich

3. **Gonoduktale** Differenzierungsebene:

Nebenhoden, Samenleiter/-bläschen, Prostata = männlich

Eileiter, Gebärmutter, Vagina (oberer Teil!) = weiblich

4. **Genitale** Differenzierungsebene:

Skrotum, Penis = männlich

große u. kleine Schamlippen, Klitoris = weiblich

5. „Zuweisungs-“ / „Hebammengeschlecht“:

Festlegung nach dem Genitalbefund

6. **Erziehungs-geschlecht**

7. **Soziale Geschlechts-rolle**

8. „Geschlechts-*identität*“

biologische
Ebene(n)

→ geschlechts-
spezifische
Unterschiede

sozio-kulturelle
Ebene(n)

→ geschlechts-
typische
Unterschiede



gender

Ebenen der geschlechtlichen Differenzierung

sex

1. **Chromosomale** Differenzierungsebene:

XY-Chromosom mit SRY = männlich

XX-Chromosom (d.h. ohne SRY) = weiblich

2. **Gonadale** und **endokrine** Differenzierungsebene:

AMH- u. Testosteron-produzierende Hoden = männlich

Östrogen-produzierende Eierstöcke = weiblich

3. **Gonoduktale** Differenzierungsebene:

Nebenhoden, Samenleiter/-bläschen, Prostata = männlich

Eileiter, Gebärmutter, Vagina (oberer Teil!) = weiblich

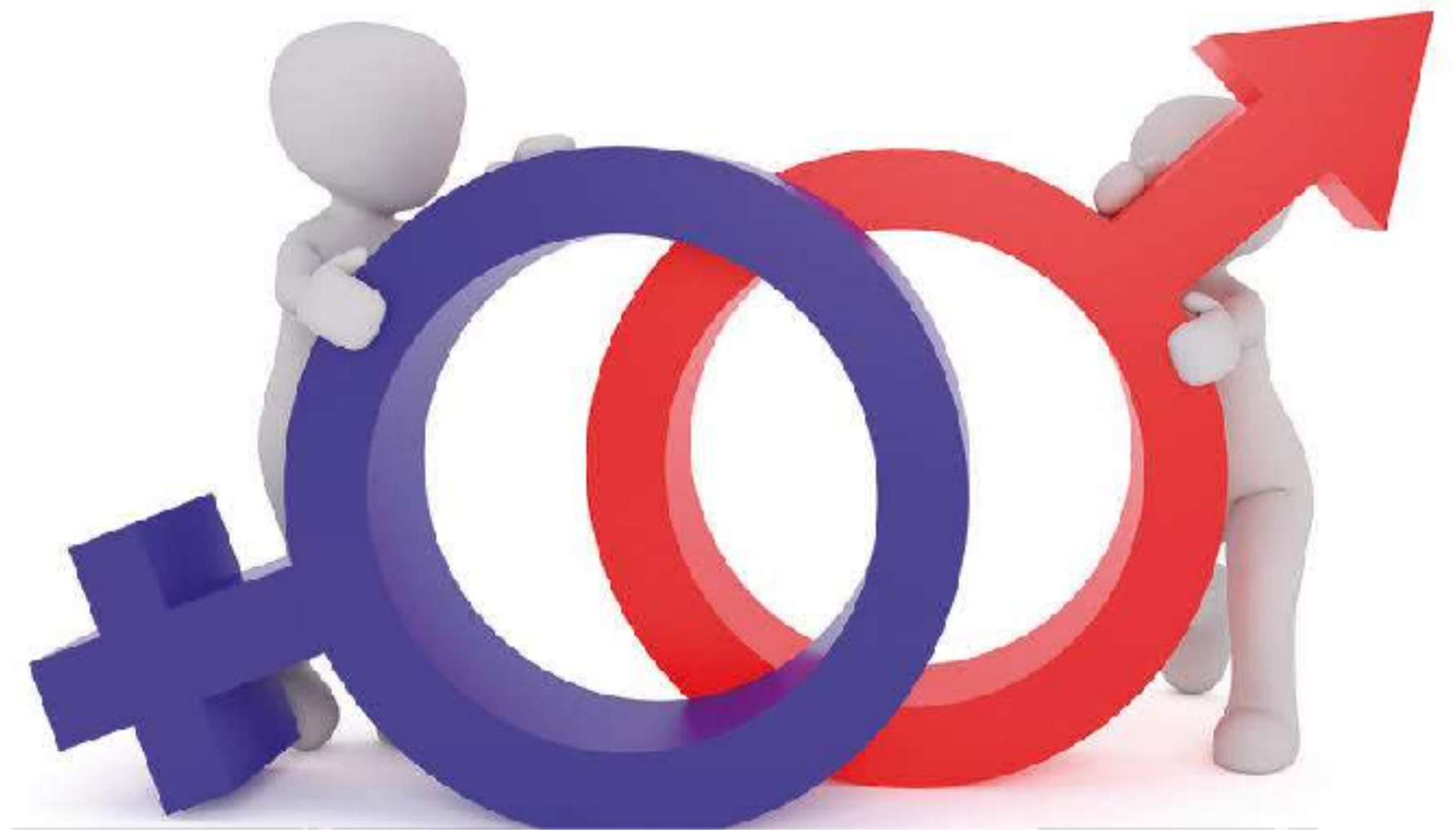
4. **Genitale** Differenzierungsebene:

Skrotum, Penis = männlich

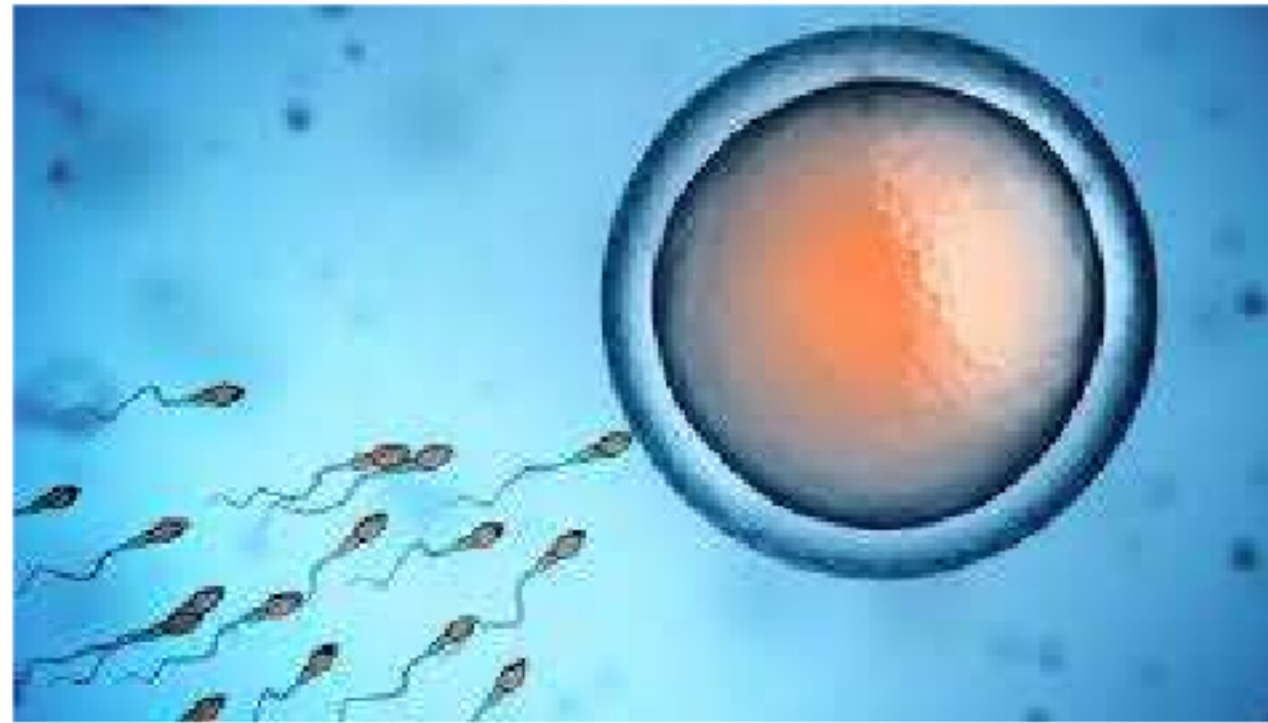
große u. kleine Schamlippen, Klitoris = weiblich

biologische
Ebene(n)
→ geschlechts-
spezifische
Unterschiede

geschlechts-spezifisch vs. geschlechts-typisch



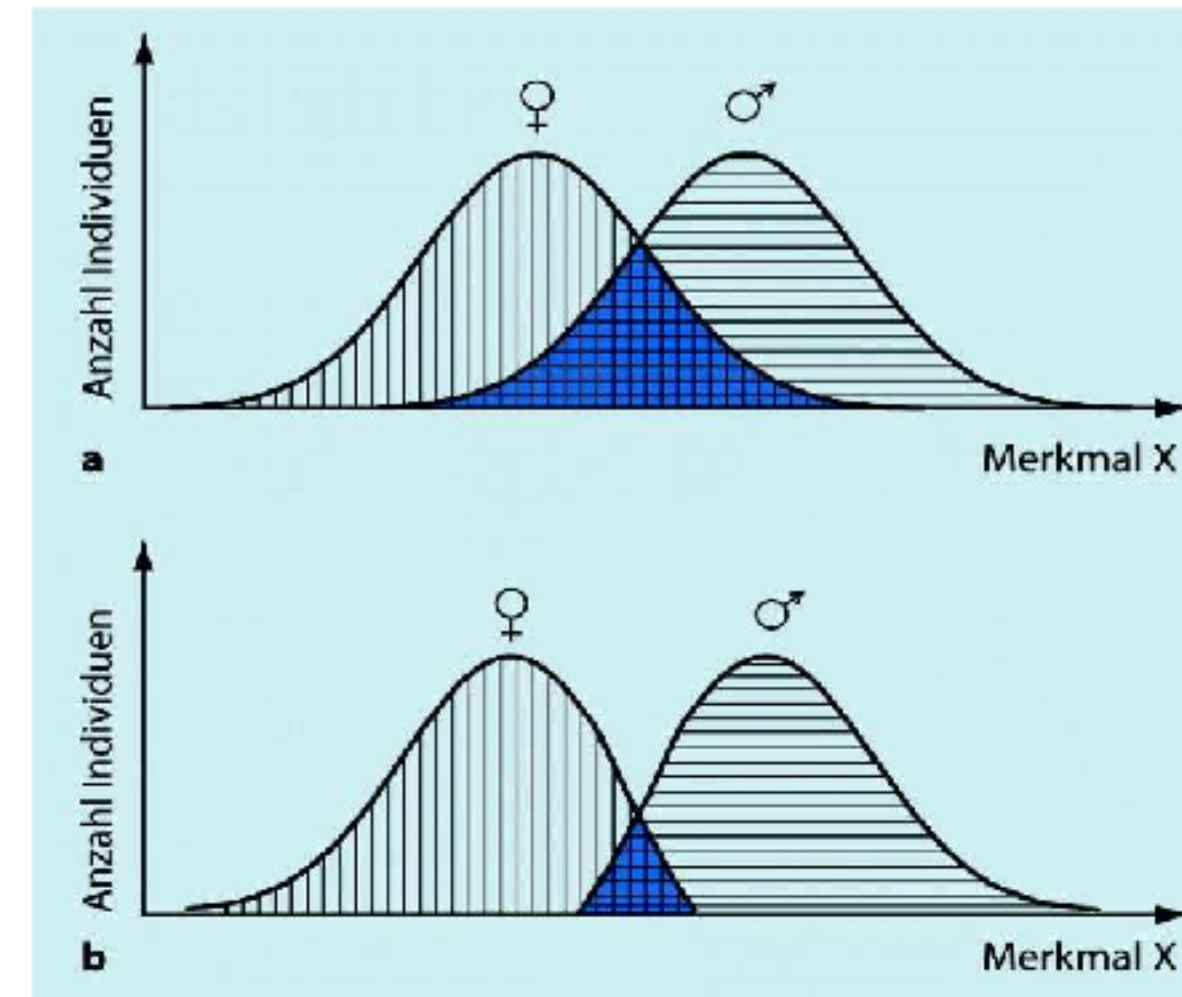
Geschlechts-spezifische Unterschiede



- finden sich einzig bei denjenigen Funktionen und / oder Strukturen, die unmittelbar verbunden sind mit den
➔ **spezifischen reproduktiven Funktionen der Geschlechter**
- sind bipolar-dichotom, d.h.
➔ **im Normalfall nur als männlich oder weiblich möglich**
- Übergänge kommen zwar vor (sog. **Intersex-Syndrome** bzw. **DSD**), haben aber mehr oder weniger gravierende Auswirkungen u.a. auf die Reproduktionsfunktion und den Charakter einer **somatischen Störung**



Geschlechts-typische Unterschiede



- sind statistisch-deskriptiver Natur, **ergeben sich nur im Geschlechtergruppen-Vergleich**;
➔ **Abweichung vom Mittelwert** ist konstituierend für diese Art Unterschiede – *nicht* krankhaft.
- können körperliche, psychische, soziale Eigenschaften/Funktionen/Verhaltensweisen betreffen,
➔ die **innerhalb der einen Geschlechtergruppe häufiger und/oder intensiver auftreten**.
- Die Feststellung, dass ein Merkmal geschlechtstypisch verteilt ist, sagt zunächst nichts über seine **Funktionalität** noch über seine **Verursachung** aus;
➔ letztere kann **biologischer** oder **soziokultureller Natur** sein.

Voraussetzungen für die Annahme biolog. Prädispositionen geschlechts-typischer Verhaltensunterschiede [nach BOSINSKI]

(1) **Transkultureller Aspekt:**

Der Unterschied findet sich in gleicher Richtung (nicht aber unbedingt in gleicher Ausprägung)

➔ **zu verschiedenen Zeiten, in Kulturen und Ethnien**

mit verschiedenen kulturellen Regelungen für den Umgang der Geschlechter.

(2) **Sozialisations-Aspekt:**

Der Unterschied ist zwar in seiner Ausprägung durch psychosoziale Faktoren beeinflussbar,

➔ **nicht aber durch psychosoziale Faktoren reproduzierbar oder gar umkehrbar.**

(3) **Artvergleichs-Aspekt:**

Der Unterschied findet sich

➔ **bei anderen Säugetieren** in gleicher Richtung, insbes. bei nicht-menschlichen Primaten –

oder ist dort durch definierte biolog. Variationen in seiner Ausprägung (bis hin zur Umkehr) veränderbar.

(4) **Intraspezifischer, humanbiologischer Aspekt:**

Es existieren beim Menschen

➔ **biologische Veränderungen**, die mit einer **Veränderung der Unterschiedstendenz** einhergehen.

(5) **Evolutionärer oder biologisch-funktionaler Aspekt:**

Der Unterschied hat in der Phylogenese einen

➔ **evolutionsbiologischen „Sinn“** gehabt (fakultatives Kriterium).



Geschlechts-typische Unterschiede (1)

Nachgewiesene Verhaltens-, Präferenz- und Leistungsunterschiede:

- 1. Räumliche Wahrnehmung (*spatial abilities*)** ♂
Zielen und Treffen beim Werfen: Effektstärke $d = 1.0-2.0$ [KIMURA, 1992]
insbesondere sog. *Mental rotation* [VOYER et al., 1995];
AGS-Frauen ggü. anderen Frauen überlegen! [PUTS et al., 2008]
- 2. Aggressivität** (unprovoziertes, fremdverletzendes Verhalten) ♂
- 3. Prosoziales Verhalten, *nurturing activities*** ♀
[Überblick: EAGLY 1993]
- 4. Sprachliche Fertigkeiten (*verbal skills*)** ♀
[vergl. Chapman et al., 2006; KNICKMEYER et al., 2006; LUTCHMAYA et al., 2002:]
- 5. Interesse an **okkasionellen Sexualkontakten**** ♂
[SCHMITT, 2005 – vergl. auch: *Parental Investment Theory*, TRIVERS, 1972]
- 6. Sexuelle Orientierung**
[HINES et al., 2015; MUSTANSKI et al., 2002; RAHMAN, 2005; VAN ANDERS et al., 2005]

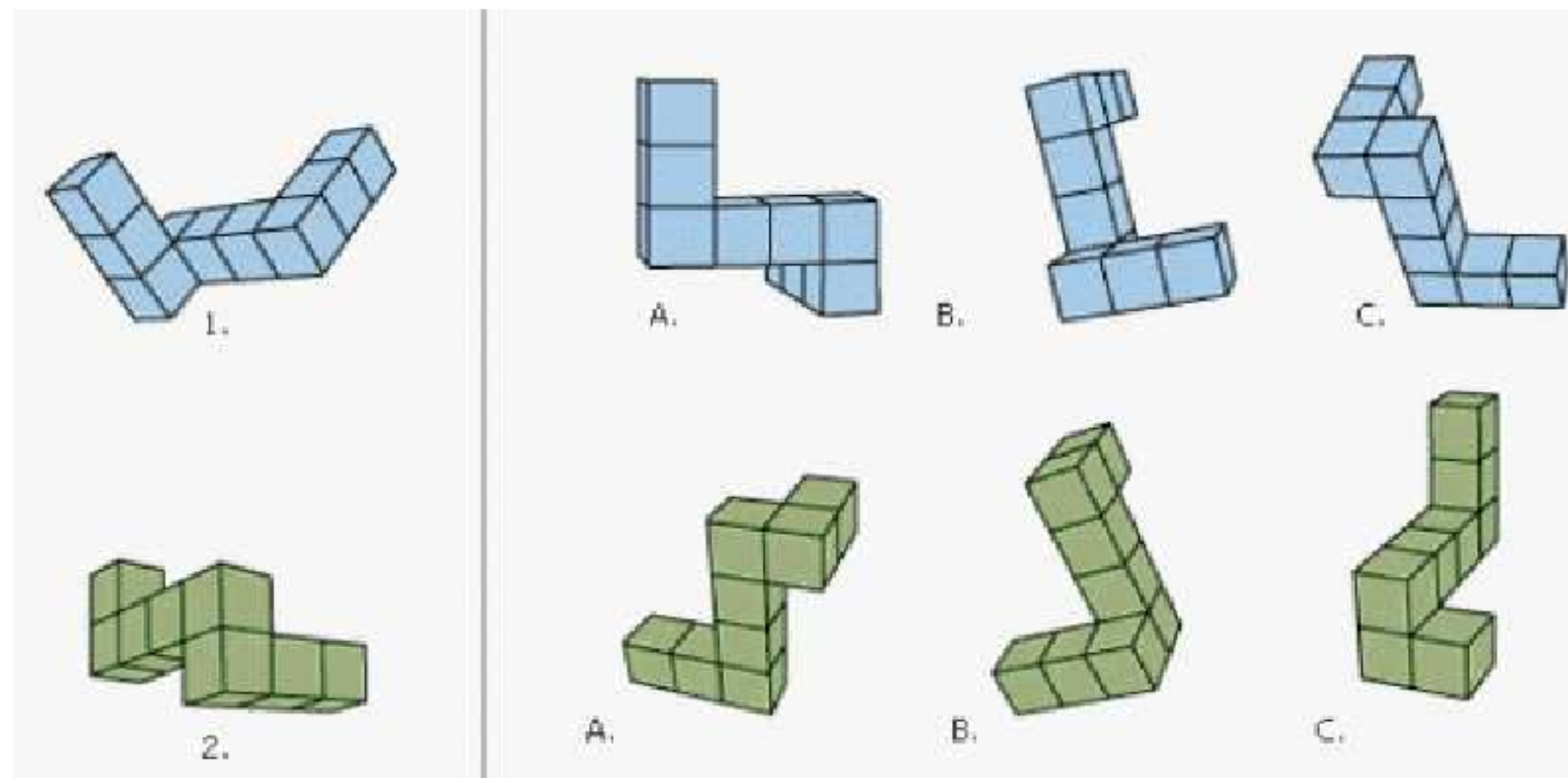
Geschlechts-typische Unterschiede (2)



- zumeist differente **Spielpräferenzen** bei Mädchen und Jungen
[vergl. auch: BERENBAUM *et al.*, 1995: Pränatal hyperandrogenisierte Mädchen mit AGS haben jungen-typische Spielzeugpräferenzen!]
- geschlechtstypische **Tätigkeitspräferenzen** und **Verhaltensweisen**
[vergl.: LIPPA, 1998: „**People-Things-Dimension**“; außerdem: LI *et al.*, 2017: homosexuelle Menschen zeigen bereits seit früher Kindheit vermehrt Interessen an den geschlechtstypischen Tätigkeitspräferenzen des Gegengeschlechts!]
- unterschiedliche **Lernstrategien** und **kognitive Fertigkeiten**:
funktionaler (♂) vs. **prädikativer** (♀) Denkstil
[begriffliche Beziehungen, Abstraktionen, logische Verknüpfungen, Ordnen in Klassen]

Mental rotation test

(Transformation räumlicher Bezugssysteme)



- ♂: deutlicher Vorsprung ggü. ♀ (d = 0.94; 0.73) [LINN & PETERSEN, 1985; HYDE, 2005]
- **fMRT ➡ geschlechtsabhängige Aktivierung** unterschiedlicher Gehirnpartien!
 - ♂: erhöhte Aktivität in der Region des **Scheitellappens**;
 - ♀: Aktivierung des **rechten Stirnlappens** (seriell-analytisch, sie zerlegen die Figuren und analysieren, wie die einzelnen Teile zueinander angeordnet)[JORDAN et al., 2002; JORDAN, 2010 – zit. nach BISCHOF-KÖHLER, 2011]

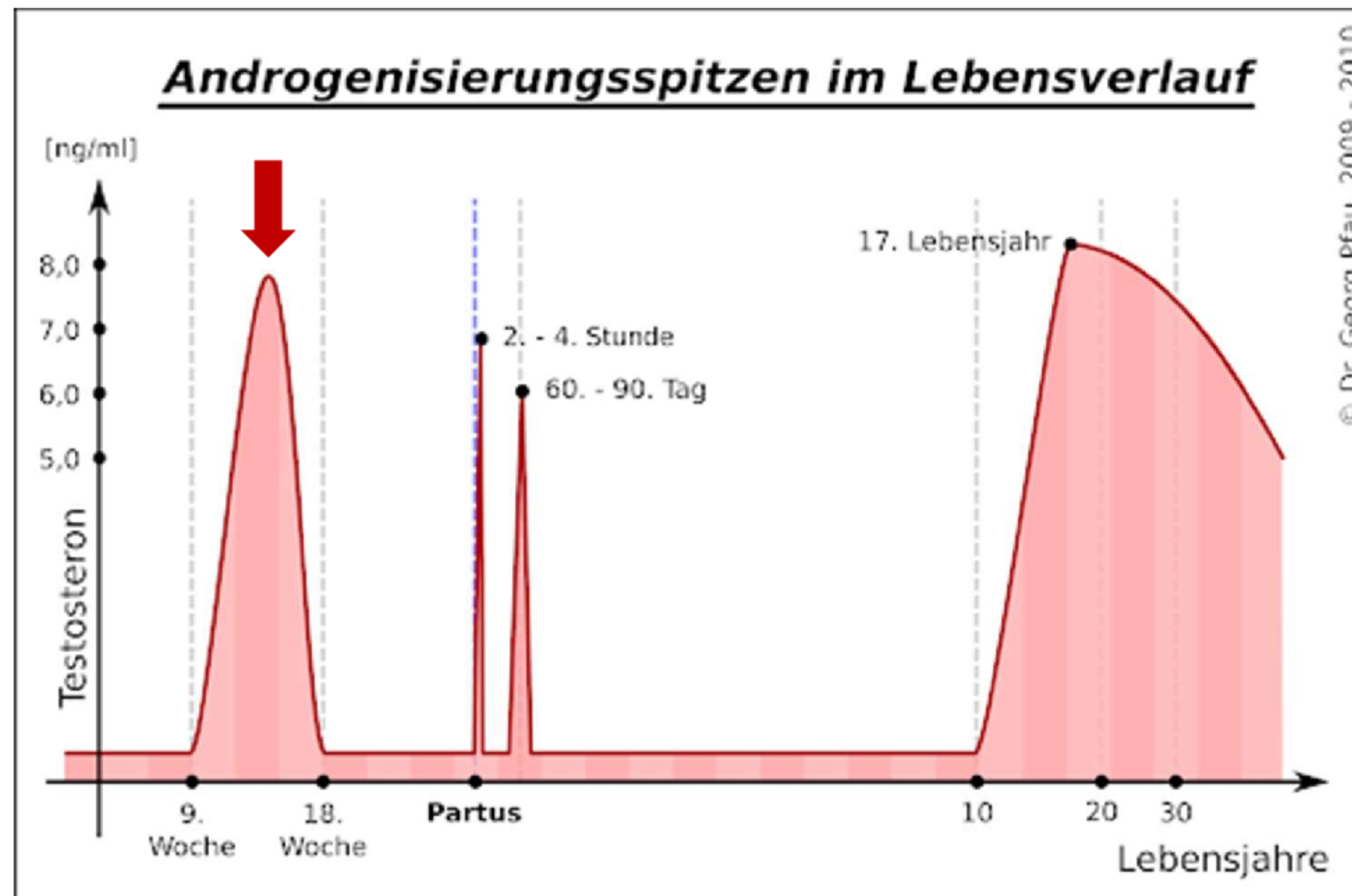
Geschlechts-typische Gehirndifferenzierung

Gehirn als „**Umschaltzentrale**“ von geschlechts-**spezifischer** zu geschlechts-**typischer Differenzierung**



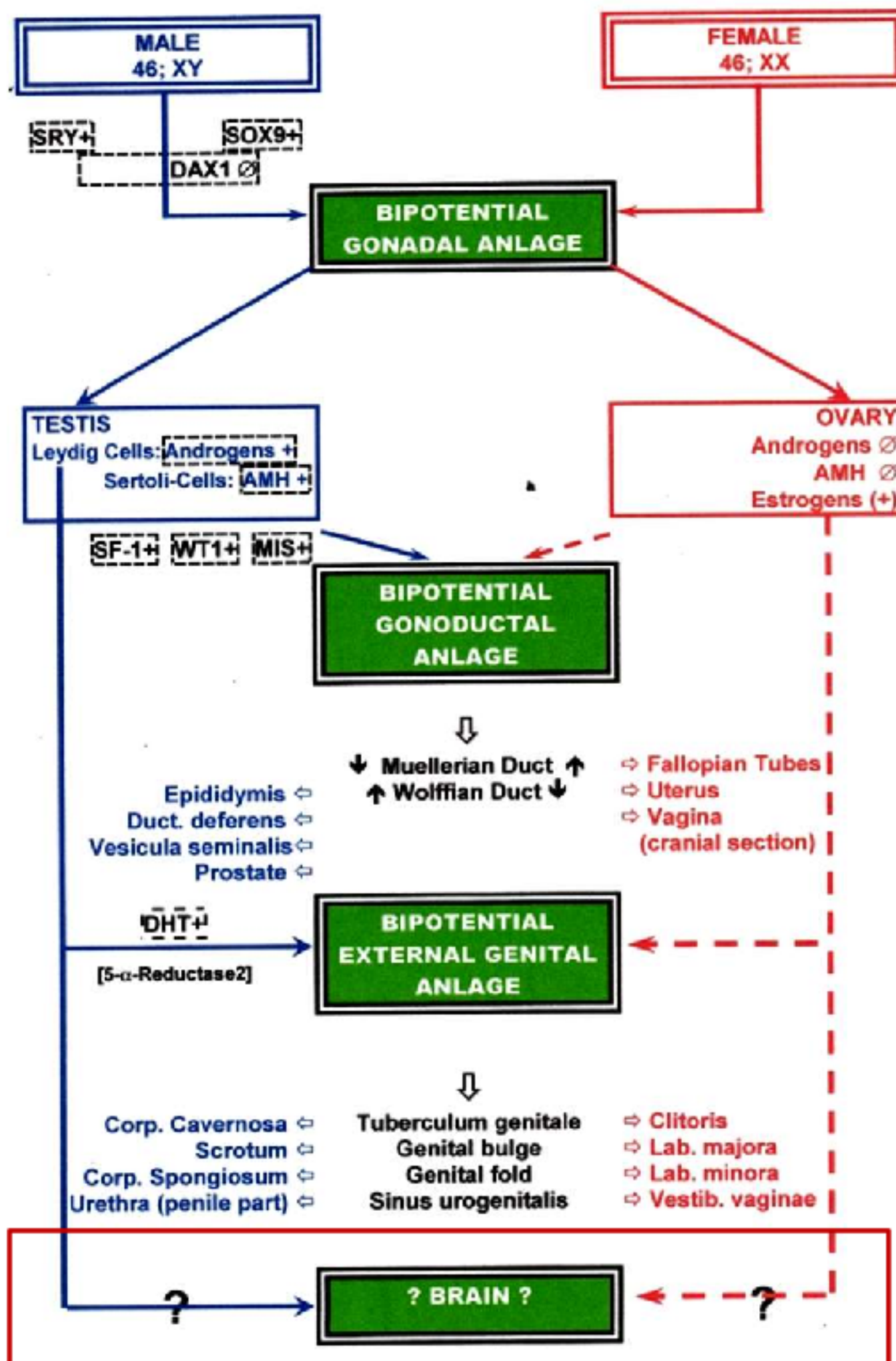
- Anders als bei der geschlechts-spezifischen Differenzierung der Gonaden, Gonodukten und Genitalien, die nach dem **Entweder-oder-Prinzip** verlaufen und deren Übergänge Krankheitswert im Sinne der Intersex-Syndrome haben,
- werden bei der ➡ **Gehirndifferenzierung** geschlechts-typische Sexualhormon-Spiegel zu fließenden Übergängen zwischen „**eher männlichen**“ und „**eher weiblichen**“ **Struktur- und/oder Funktionsdifferenzierungen** führen
- (Aus-)Differenzierung bzw. **Aktivierung** dauern bis in die Kindheit oder sogar Pubertät an

Geschlechts-typische Gehirndifferenzierung [Forts.]



- ♂ Bei männl. Entwicklung produzieren **Leydig-Zellen** (unter Einfluss des in der Plazenta gebildeten Chorion-Gonadotropins) **ab der 9. SSW** Androgene, v.a. **Testosteron** – **bis zur 18. SSW** in Relation auf dem Niveau eines erwachsenen Mannes!

Geschlechts-*typische* Gehirndifferenzierung [Forts.]



Androgenisierungsmodell [DÖRNER et al. 2001; Überblick: THORNTON et al., 2009]:

- abhängig von **pränatalen Androgen-Spiegeln** $\uparrow - \uparrow\uparrow$ in best. kritischen Phasen erfolgt rezeptorabhängig eine **Maskulinisierung / De-feminisierung** bestimmter Hirnstrukturen und/oder -funktionen (**organisierende Wirkung**)
- deren **postnatale Aktivierung** führt zu geschlechts-*typischen* ♂ Verhaltensweisen / Präferenzen / kognitiven Leistungsunterschieden
- Postulat mehrerer bi-potenter hypothalamischer Zentren:
 - Sex center** $\rightarrow$ regulieren postpub. Gonadotropinsekretion: ♂ tonisch, ♀ zyklisch
 - Mating center** $\rightarrow$ determinieren sexuelle Orientierung: INAH3
[LEVAY, 1991; HINES et al., 2015; MUSTANSKI et al., 2002; RAHMAN, 2005; VAN ANDERS et al., 2005]
 - Gender role center** $\rightarrow$ beeinflussen geschlechts-typisches (Sozial-)Verhalten ?
- Östrogene** für pränatale somato-sexuelle Differenzierung relativ bedeutungslos – aber: Maskulinisierung / De-feminisierung evt. auch durch unphysiologisch hohe Östrogendosen $\uparrow\uparrow$ – möglicher Effekt von sog. endogenen Disruptoren?
- erwähnenswert: Hinweise auf „prägonadale“ **zerebrale Gen-Expression**
[DEWING et al. 2003; ARNOLD et al. 2003; AGATE et al. 2003]
(Gehirndifferenzierung partiell *unabhängig* von Wirkung gonadaler Hormone?)

Androgenisierungstheorie – empirische Belege

(zitiert nach PONSETI, 2021)



Cambridge longitudinal Study

Bestimmung des fetalen Testosterons (fT) im zweiten Schwangerschaftstrimester mittels Fruchtwasseruntersuchung bei über 190 Frauen und nachfolgende Korrelation mit **postnatal erhobenen psychologischen Parametern** des Kindes

- 12. Lebensmonat: Mädchen haben längeren / häufigeren Blickkontakt (mit Erw.) als Jungen
➔ **fT ist sig. negativ korreliert mit Länge des Augenkontakts** [LUTCHMAYA et al., 2002a]
- 24. Lebensmonat: Mädchen haben größeres Vokabular als Jungen
➔ **fT ist sig. negativ korreliert mit Vokabular** [LUTCHMAYA et al., 2002b]
- 24. Lebensmonat:
➔ **fT ist sig. negativ korreliert mit Qualität sozial. Beziehungen** [KNICKMEYER et al., 2005]

Ebenen der geschlechtlichen Differenzierung

sex

1. **Chromosomale** Differenzierungsebene:

XY-Chromosom mit SRY = männlich

XX-Chromosom (d.h. ohne SRY) = weiblich

2. **Gonadale** und **endokrine** Differenzierungsebene:

AMH- u. Testosteron-produzierende Hoden = männlich

Östrogen-produzierende Eierstöcke = weiblich

3. **Gonoduktale** Differenzierungsebene:

Nebenhoden, Samenleiter/-bläschen, Prostata = männlich

Eileiter, Gebärmutter, Vagina (oberer Teil!) = weiblich

4. **Genitale** Differenzierungsebene:

Skrotum, Penis = männlich

große u. kleine Schamlippen, Klitoris = weiblich

5. „Zuweisungs-“ / „Hebammengeschlecht“:

Festlegung nach dem Genitalbefund

6. **Erziehungs-geschlecht**

7. **Soziale Geschlechts-rolle**

8. „Geschlechts-*identität*“

biologische
Ebene,
→ geschlechts-
spezifische
Unterschiede

sozio-kulturelle
Ebene
→ geschlechts-
typische
Unterschiede



gender

Ebenen der geschlechtlichen Differenzierung

sex

1. **Chromosomale** Differenzierungsebene:

XY-Chromosom mit SRY = männlich

XX-Chromosom (d.h. ohne SRY) = weiblich

2. **Gonadale** und **endokrine** Differenzierungsebene:

AMH- u. Testosteron-produzierende Hoden = männlich

Östrogen-produzierende Eierstöcke = weiblich

3. **Gonoduktale** Differenzierungsebene:

Nebenhoden, Samenleiter/-bläschen, Prostata = männlich

Eileiter, Gebärmutter, Vagina (oberer Teil!) = weiblich

4. **Genitale** Differenzierungsebene:

Skrotum, Penis = männlich

große u. kleine Schamlippen, Klitoris = weiblich

5. „Zuweisungs-“ / „Hebammengeschlecht“:

Festlegung nach dem Genitalbefund

6. **Erziehungs-geschlecht**

7. **Soziale Geschlechts-rolle**

8. „Geschlechts-*identität*“

biologische
Ebene,
→ geschlechts-
spezifische
Unterschiede

sozio-kulturelle
Ebene,
→ geschlechts-
typische
Unterschiede



gender

Erziehungs-geschlecht

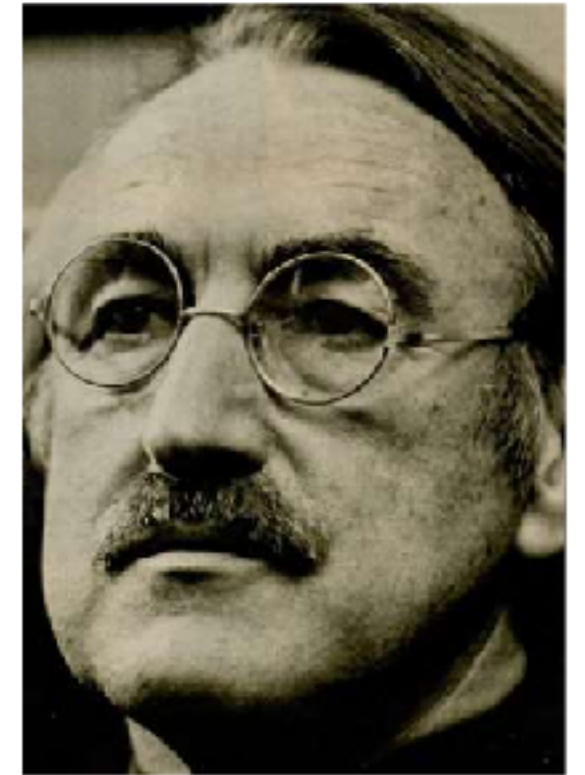


- Erziehung als Junge oder Mädchen entsprechend den **kulturell üblichen geschlechts-typischen Rollenerwartungen**,
- d.h. entsprechend den Anforderungen, **Normen und Regeln** darüber, wie Jungen und Mädchen/Männer und Frauen sich in der jeweiligen Kultur zu verhalten haben.
- Die kulturelle Varianz ist begrenzt, tatsächlich existieren **kulturübergreifende, universale Rollenmuster**.

Geschlechts-rolle



- **sozial eingenommenes „Geschlecht“**
- mit gewisser Zwangsläufigkeit auftretende **Reaktionsbereitschaft / Erwartungshaltung**
- eine von der Gruppennorm abhängige Gerichtetheit: **zeit- und kultur-abhängig**
- **mentale Repräsentationen** geschlechts-*typischer* Verhaltenspräferenzen (biologisch prädisponiert, kulturell moduliert)
- schließt sexuelle Attraktion / Reaktion ein (nicht darauf beschränkt)



Der Begriff ›**soziales Geschlecht**‹ (*gender*) impliziert – **logisch unschlüssig** –, dass **soziale Rollen oder externe Zuschreibungen** seitens der Gesellschaft ein Geschlecht konstituieren würden. „Geschlechtlichkeit hat indes den Menschen und mit ihm die Kultur hervorgebracht, nicht umgekehrt!“



Zum problematischen Begriff der „Geschlechtsidentität“

GI als »**angeboren**« konzeptualisiert, *nicht* als **Ergebnis unseres Aufwachsens**;
Narrativ »**Im falschen Körper geboren**« → cartesianische Leib-Seele-Dualismus



- ➔ **Gefühl** (oder Überzeugung), einem bestimmten Geschlecht anzugehören
- In psycholog. Hinsicht bilden Frauen ggü. Männern *keine* abgegrenzte Gruppe; es gibt
➔ **kein psychologisches Geschlecht**: auf psychischer Ebene geschlechts-*spezifische* Unterschiede *nicht* nachweisbar, allenfalls geschlechts-*typische* Verhaltensdispositionen!
- Eine Person, die glaubt und vehement behauptet (*psychisch*) eine Frau zu sein, weil sie in psychischer Hinsicht *wie* die anderen Frauen sei, erliegt damit einer
➔ **Fiktion**, weil es *die* Frauen als psychologisch homogene Gruppe nicht gibt.
- Das Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gruppe von körperlich andersartigen Menschen aufgrund einer – vermeintlichen – innerpsychischen Gemeinschaft mit diesen Menschen ist demnach streng genommen ➔ **ein logischer Fehler!** [nach PONSETI & STIRN, 2019]

☞ aber: Das Herz hat seine eigenen Regeln, von denen der Verstand nichts weiß!

Identität? – Definition 1



- „...die unmittelbare **Gleichheit und Kontinuität in der Zeit ...** und die damit verbundene Wahrnehmung, dass auch andere diese Kontinuität und Gleichheit erkennen.“

ERIKSON E. (1966): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

- „...die **Gesamtheit** körperlicher Merkmale, Fähigkeiten, Motive, Ziele, Einstellungen, Werthaltungen und sozialer Rollen, **die ein Mensch sich selbst zuschreibt**“

WHITEBOURNE S.K. & WEINSTOCK C.S. (1982): Die mittlere Lebensspanne. München: U&S

Identität? – Definition 2



- Kernidentität: Selbst als ➡ **Bewusstsein der Perspektive**
„Selbst-als-Kontext“ ≠ „Konzept-Selbst“ (= konstruierte Selbst-Geschichte)
- Kontinuität des Bewusstseins (des überdauernden Betrachtens) als das **„Ich“**:
„Ich weiß, dass ich es bin, der gerade beobachtet“ (ACT, HAYES et al., 2012)
- neurofunktionell: Aktivierung ➡ **Anteriore Insula & Anter. Cingulum** (CRAIG, 2009)
- **Spiegeltest** (GALLOP, 1970) als Indikator der Selbsterkenntnis bestehen:
 - Schimpansen/Orang-Utans/Gorilla, Delfine, Elefanten, Elstern
 - Menschen ab dem 18. Lebensmonat (AMSTERDAM, 1972; DE WAAL, 2008)

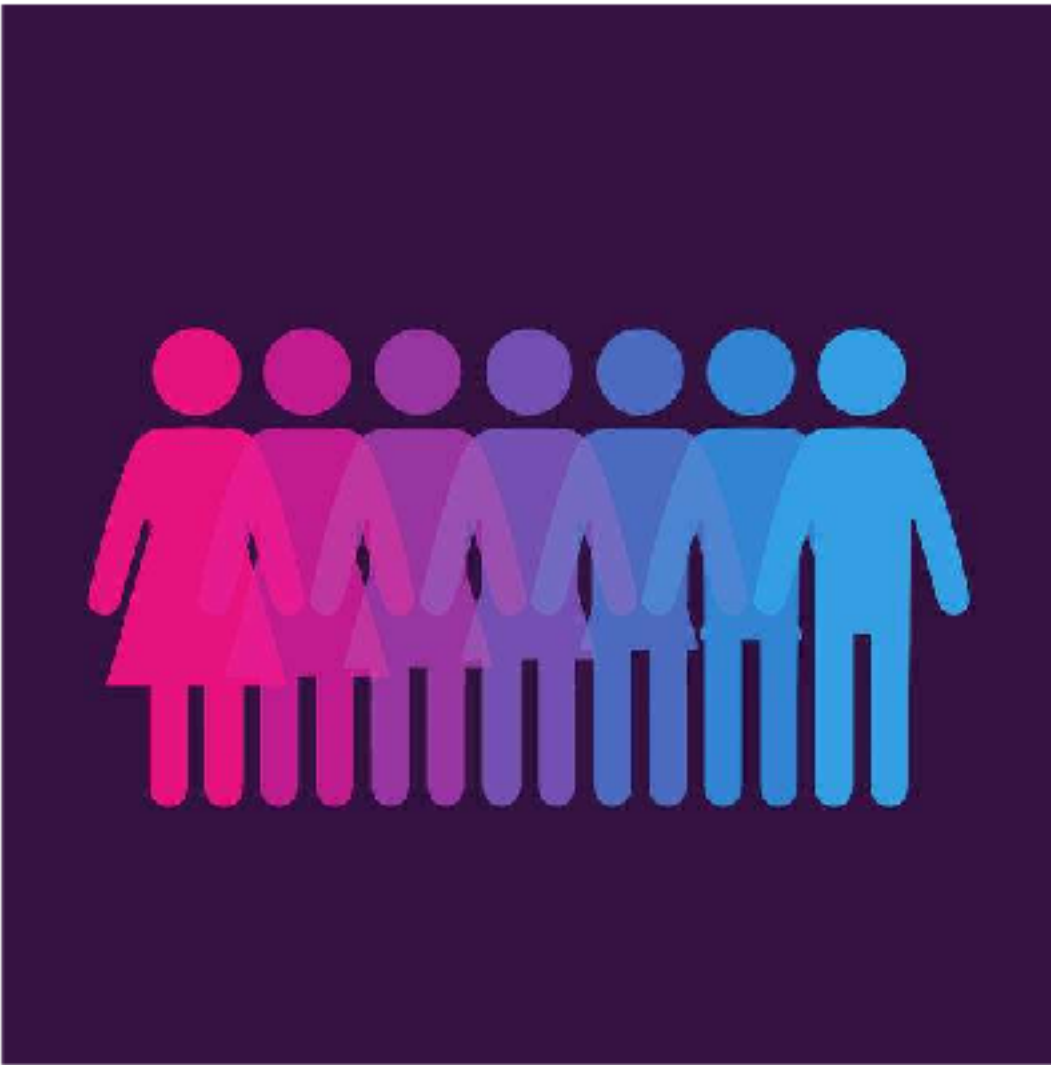


“core gender identity” =

- *“a person’s fundamental sense of belonging to one sex,*
- *an awareness of being male or female,*
- *and an over-all sense of identity [...]*
- *caused by*
 - *infant-parent relationships,*
 - *child’s perception of its external genitalia,*
 - *biologic force”*

ROBERT J. STOLLER (1924-1991): Sex & Gender, Bd. 1 1968, Bd. 2 1974

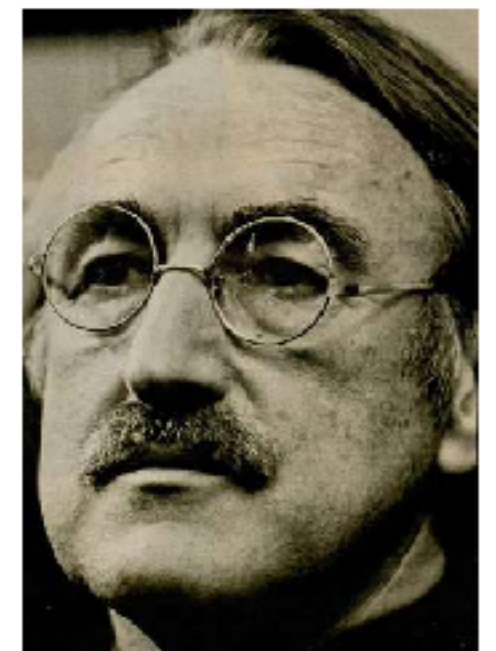
„Geschlechts-identität“



- Basales, zumeist unhinterfragtes **Selbstverständnis**,
- Kernbestand des Selbstkonzepts, eine **Seins- und Identitätsform**,
- basierend auf der überdauernden Erfahrung
 - der eigenen **Individualität**,
 - des eigenen **Verhaltens**,
 - der eigenen **Erlebensweisen**als uneingeschränkt und eindeutig männlich oder weiblich (oder irgendetwas dazwischen oder anderes).

“*persönliches Erleben der Geschlechtsrolle*” – **individuelle Ausgestaltung**, d. h. die Art und Weise, in der eine Person ihre Geschlechtsrolle auslebt;

individueller Wert auf einer gedachten (psychosozialen) Männlichkeits-Weiblichkeits-Dimension



Übersicht

1. Prävalenzanstieg?

Zunahme der Diagnose-Häufigkeit – Veränderte Sex-Ratio

2. Paradigmenwechsel?

Terminologie – Begriffsklärung – Klassifikation – Diagnosekriterien

3. Persistenz?

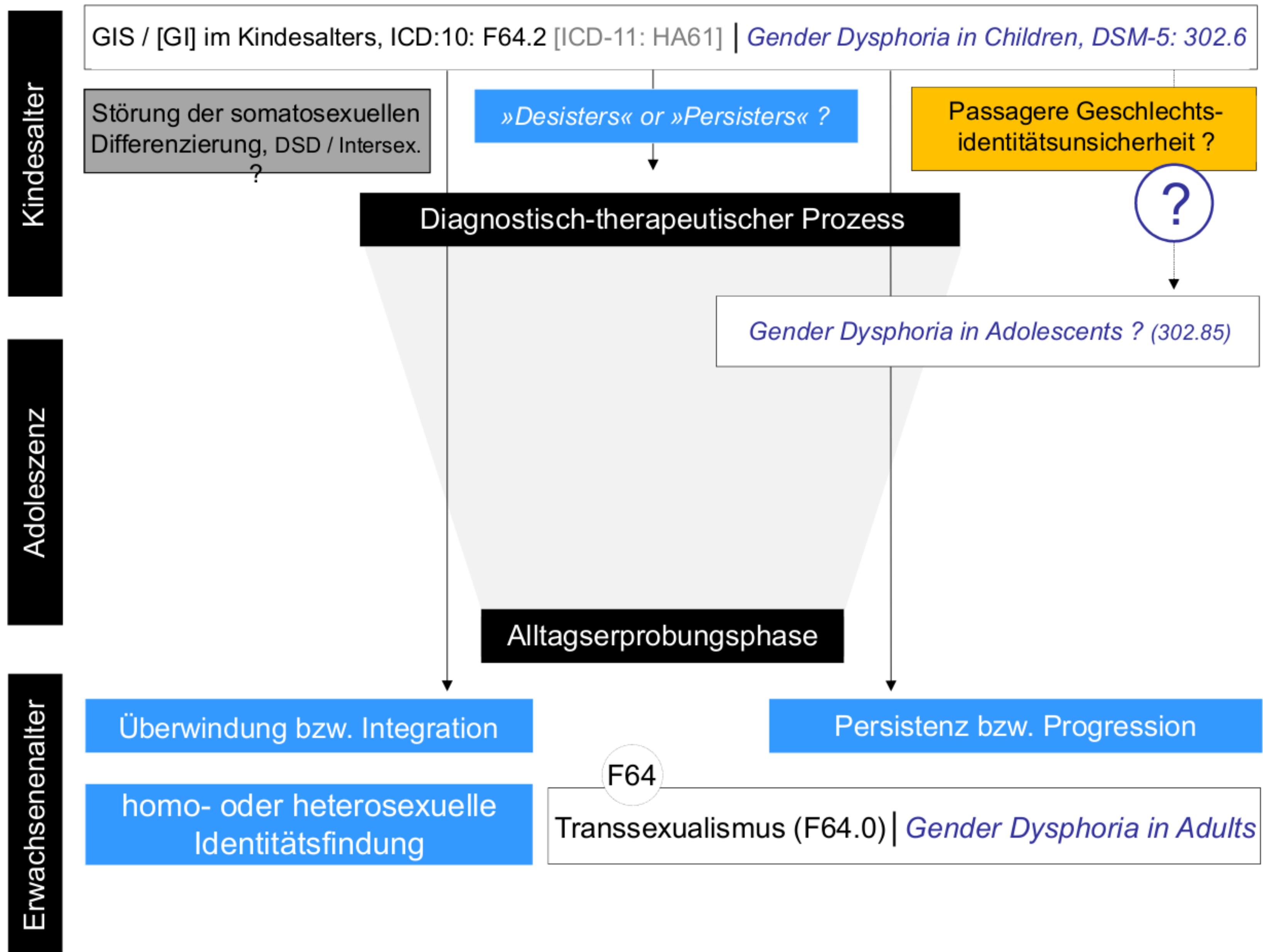
Verlaufsformen von Geschlechtsdysphorie – Differenzialdiagnosen

4. Pubertätsblockade?

Risiken frühzeitiger Hormonbehandlung – [Ethische Überlegungen]

5. Perspektive?

Zusammenfassung – Fazit & Ausblick – [Kontextualisierung]



Ergebnisse Langzeit-Katamnesen



Vier methodisch aufwendigere Follow-Up-Studien neueren Datums:

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



→ **N= 25** Kinder mit GD-Symptomatik, geburtsgeschlechtlich weiblich

Erstvorstellung zwischen 1975-2007; GID-Diagnose bei 66,6%, GID-Symptome bei 33,3% (davon 4 DSD)

Einschlusskriterien: zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung mind. 17 Jahre alt, Teilnahmeeinwilligung, Kontaktherstellung möglich – hohe Drop-out-Rate (ursprünglich N=71)!

Kinder waren bei Erstkontakt zwischen 3-12 Jahre alt; Nachuntersuchung erfolgte 3-27 Jahre später

→ lediglich (2+1=) 3/25 (**12 %**) waren als **GD-»Persister«** zu werten, 22/25 (**88 %**) als **»Desister«**

4/25 Mädchen gaben zum Follow-Up-Zeitpunkt eine **homo-**, 2/25 eine **bisexuelle Orientierung** an; hoher Anteil (2/3) an komorbiden psychiatrischen Störungen zum Follow-Up (DRUMMOND et al., 2017)

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

→ **N= 139 (!)** Kinder mit GD, geburtsgeschlechtlich männlich

Erstvorstellung zwischen 1975-2009; GID-Diagnose (DSM-III/IV) bei n=88, GID-Symptome bei n=51

→ lediglich 12/88 (**13,6 %**) **»Persister«** versus 76/88 (**86 %**) **»Desister«**

unter den Jungen, die nur einzelne GID-Symptome zeigten: 5/51 (9,8 %) **»Persister«**

Ergebnisse Langzeit-Katamnesen

[Forts.]



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



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

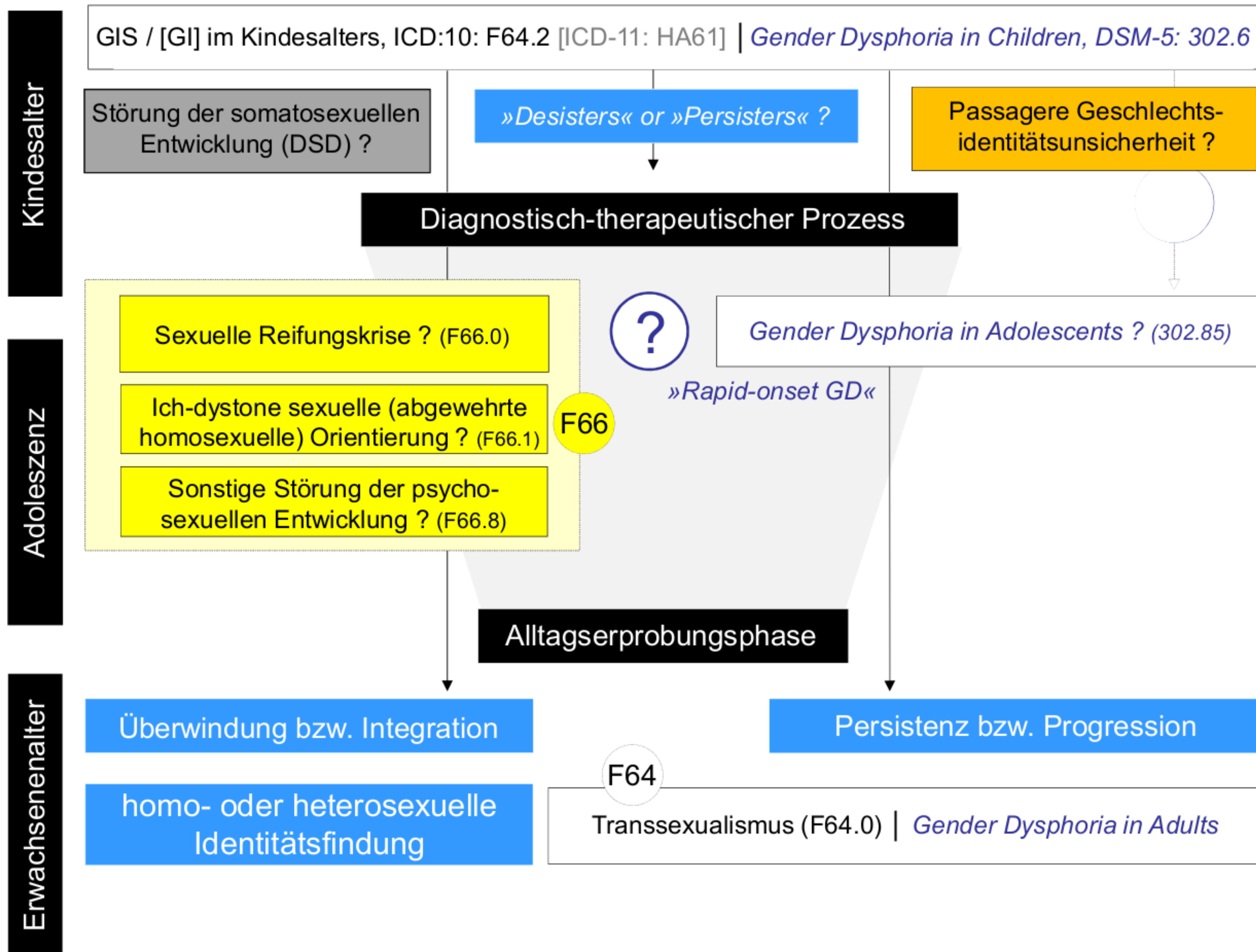
(4) STEENSMA & COHEN-KETTENIS, 2008; 2012 (Gender Clinic Amsterdam, NL)

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



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

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



These 2:

Altersrollen- oder Geschlechtsidentitätskonflikt?



- ➡ **GD / Unbehagen bei Mädchen möglicherweise als Entwicklungskonflikt**
→ Diskrepanz zwischen mentaler, sozio-emotionaler und *psycho*-sexueller Entwicklung vs. bereits fortgeschrittener *körperlich*-sexueller Entw. [vgl. WENDT, 2018; FLAAKE 2019]
- ➡ **Parental Investment Theory** [TRIVERS, 1972]
→ auch wegen des größeren ›reproduktiven Investments‹ von Frauen ist die psychische Integration des zur Reife gelangten Genital- und vor allem *Reproduktions*-apparats für weibliche Adoleszente deutlich schwerer als bei Jungen

(Forts.)

Altersrollen- oder Geschlechtsidentitätskonflikt?

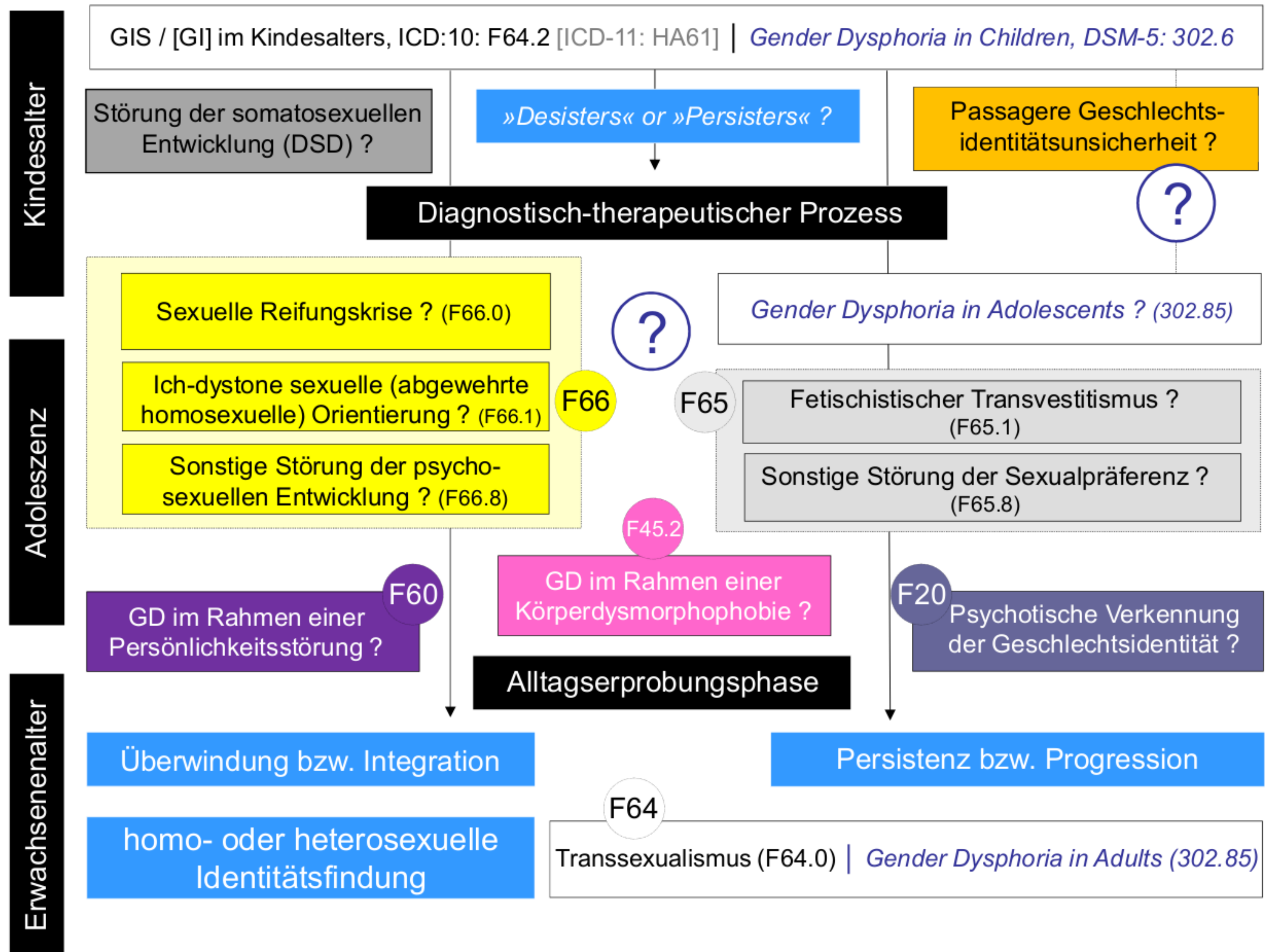


- ➡ **unterschiedl. Verlauf somato-sexueller Reifung** – subjektive Wahrnehmung:
 - **Mädchen** (*cis!*): 33% erleben Menarche als unangenehm, 22% als ambivalent
 - **Jungen**: nur 4% haben unangenehme Assoziationen im Zus. mit Pubertät (KLUGE, 1998)
- Ejakularche liefert Jungen den Orgasmus frei Haus, Mädchen sammeln orgiastische Erfahrungen erst im weiteren Pubertätsverlauf oder Erwachsenenalter

☞ diese **deutlichen Geschlechtsunterschiede** müssen bei der Einschätzung der psycho-sexuellen Entwicklung Jugendlicher berücksichtigt werden; auch für Verständnis / Einordnung anderer psychiatrisch-psychosomatischer Störungsbilder (z.B. Anorexie / Bulimie) von zentraler Bedeutung!

Klassifikation

ICD-10	DSM-5	ICD-11
F 64.0 Transsexualismus	Gender Dysphoria <i>in Adults & Adolescents (302.85)</i>	Gender Incongruence of <i>adolescence & adulthood (HA60)</i>
F 64.1 Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechterrollen		entfällt ersatzlos
F 64.2 Geschlechtsidentitäts- störung im Kindesalter	Gender Dysphoria <i>in Children (302.6)</i>	Gender Incongruence <i>of childhood (HA61)</i>
F 64.8 Sonstige Störung der Geschlechtsidentität		entfällt ersatzlos
F 65.1 Fetischistischer Transvestitismus		entfällt ersatzlos
F 66.0 Sexuelle Reifungskrise	Damit stehen wichtige, alternative Kodiermöglichkeiten bzw. differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehende Diagnosen zukünftig nicht mehr zur Verfügung, die bislang die besonderen Modalitäten eines nur <u>passager</u> veränderten (nicht-transsexuellen) Geschlechtsidentitätsempfindens während der Adoleszenz ganz gut zu beschreiben und erklären vermochten! KORTE, 2018	entfällt ersatzlos
F 66.1 Ich-dystone Sexualorientierung		entfällt ersatzlos
F 66.8 Sonst. psychosexuelle Entwicklungsstörung		entfällt ersatzlos



GD bei Fetischistischem Transvestismus (F65.1), Sonstige Störung der Sexualpräferenz (F65.8)



- (F65.1) Fetischistischer Transvestismus
Cross-dressing – zunächst überwiegend heimlich praktiziert – ist mit sexueller Erregung verbunden
→ Diagn. nur bei Leidensdruck; Zeitkriterium (≥ 6 Mon.)
→ (fast) nur biologisch männliche Personen betroffen
- (F65.8) Sonst. Störung der Sexualpräferenz
z.B. Autogynäphilie
→ Neigung eines Mannes, sexuelle Erregung durch die Vorstellung von sich selbst als Frau zu erlangen
→ eigener Körper wird als sexueller Fetisch feminisiert und so als sexuell erregend erlebt
- in beiden Fällen ist im Verlauf die Entwicklung einer sekundären Geschlechtsdysphorie und ein Übergang zur Transsexualität möglich (*late-onset*)

Übersicht

1. Prävalenzanstieg?

Zunahme der Diagnose-Häufigkeit – Veränderte Sex-Ratio

2. Paradigmenwechsel?

Terminologie – Begriffsklärung – Klassifikation – Diagnosekriterien

3. Persistenz?

Verlaufsformen von Geschlechtsdysphorie – Differenzialdiagnosen

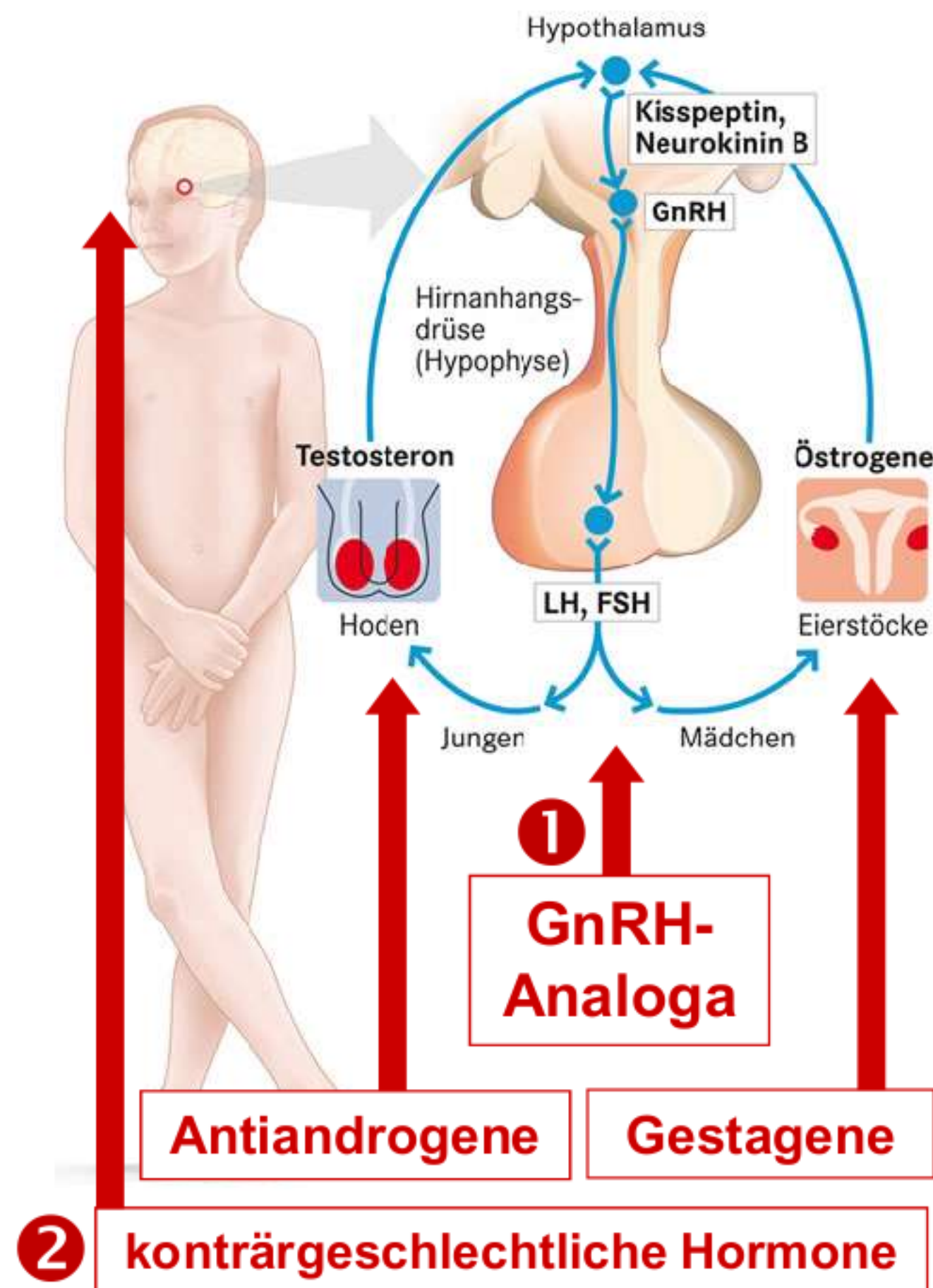
4. Pubertätsblockade?

Risiken frühzeitiger Hormonbehandlung – [Ethische Überlegungen]

5. Perspektive?

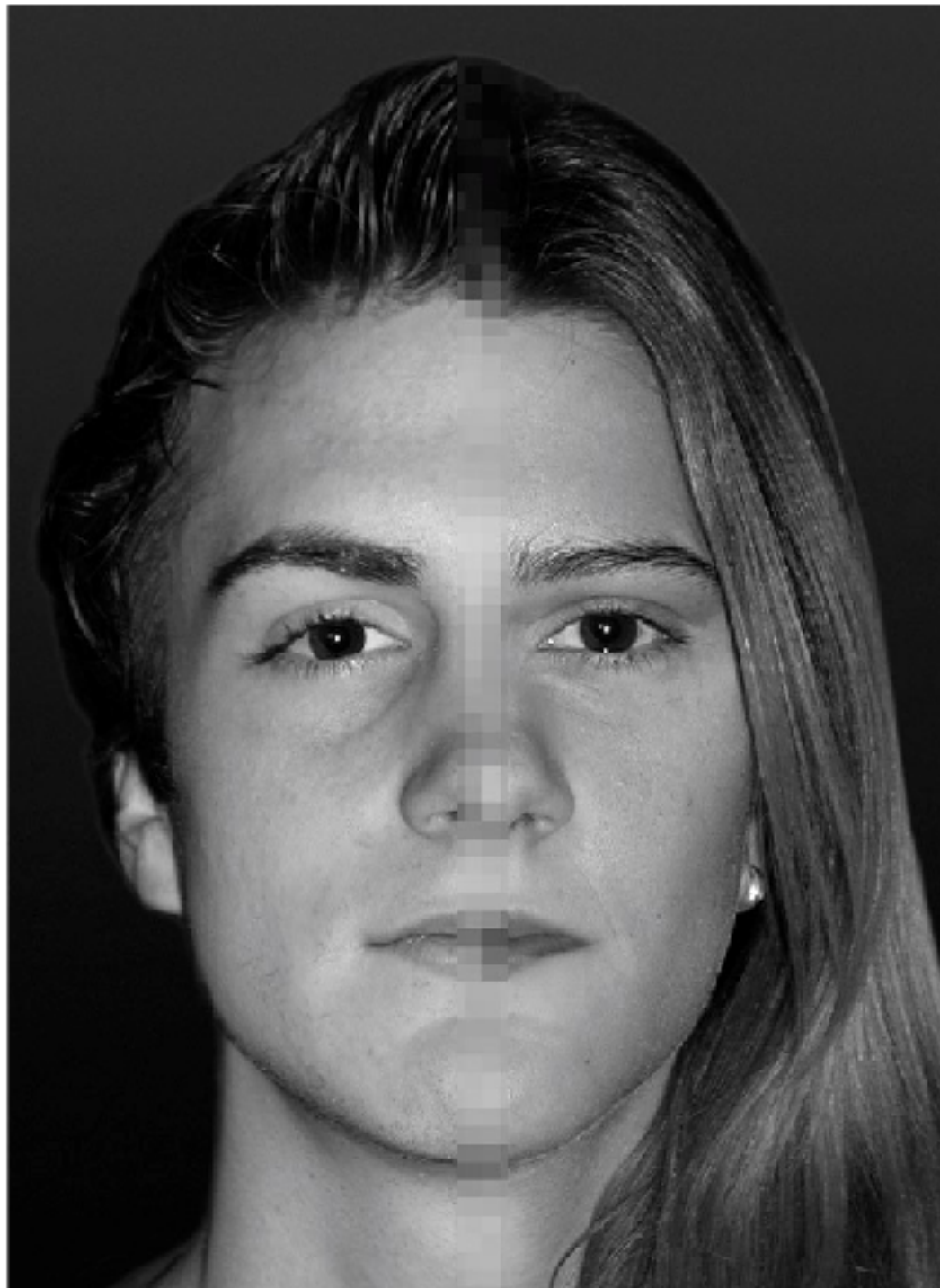
Zusammenfassung – Fazit & Ausblick – [Kontextualisierung]

Hormonelle Behandlung bei GD/GIS



- Einsatz von **GnRH-Analoga** ab TANNER 2:
Leuprorelin [3,75 / 11,25 mg] s.c. oder
Triptorelin [3,75 mg] i.m., s.c.
→ Blockierung der Gonadotropinsekretion
→ sekundäre Hemmung der Sexualsteroiden
→ Verhinderung somatischer Veränderungen
(COHEN-KETTENIS & VAN GOOZEN, 1998)
- w: **Gestagen**-Präparate [5-10 mg/d] p.o.
→ Menses-Suppression
- m: **Anti-Androgene**, Cyproteronacetat [5-20 mg] p.o.
→ Testosteron-Suppression (zentral und peripher)
- FMT → **Testosteron**-Enantat [100 mg/Mon.] i.m. bzw.
-Undeconat [max. 1000 mg/3 Mon.]; Testo-Gel [50 mg/d]
- MFT → **Estradiol**-Valerat [2 mg/d, ggf. ↑4 mg/d]
- Niederlande: Mindestalter von 12 Jahren
als frühester Zeitpunkt für Hormontherapie
(COHEN-KETTENIS *et al.* 2000, 2001, 2008)

Pubertätsblockade – PRO-Argumente



- ➔ rasche **Reduktion des Leidensdrucks** durch die Unterdrückung der Pubertätsentwicklung (?)
(DE VRIES et al. 2011, 2014)
- Zeit, Persistenz der Genderdysphorie zu überprüfen, vollständige Reversibilität Behandlung (?)
(COHEN-KETTENIS & VAN GOOZEN, 1997)
- ➔ Verbesserung psychosoziales **Funktionsniveau**, **Prävention** psychiatrischer Komorbidität (?)
(SMITH, VAN GOOZEN, COHEN-KETTENIS, 2001; 2005; 2008)
- ➔ bessere **kosmetische Ergebnisse** im Falle späterer „Umwandlungsoperationen“ ✓

☞ Dilemma: das Vorenthalten von Hormonen im Falle unveränderbarer Transsexualität bedeutet irreversible Körperversänderungen → psychisches Leid!

Pubertätsblockade – Evidenz?



- weltweit (!) bezieht man sich *ausschließlich* auf die bis heute nicht reproduzierten (!)
➔ **Daten einer nicht-vergleichenden Studie** der niederländischen Arbeitsgruppe
(z.B. HEMBREE et al. 2017; COLEMAN et al. 2012; 2022 [„STANDARD OF CARE“, WPATH])
- (1) Probandenauswahl garantierte *best-case-scenario*: ➔ **hohes Risiko der Verzerrung!**
- (2) zentrales **Ergebnis „Auflösung GD“ ist ungültig**, da die selbst entwickelte *UGDS*-Skala umgekehrt wurde (2 Versionen – Junge vs. Mädchen), was automatisch einen
➔ **signifikanten Rückgang der GD-Werte nach dem Eingriff garantiert!**

Utrecht Gender Dysphoria Scale

Table 1. Utrecht Gender Dysphoria Scale, Adolescent Version (de Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de Waal, 2006). Response categories are *agree completely, agree somewhat, neutral, disagree somewhat, disagree completely*.

UGDS-F (female)

Response categories are: agree completely, agree somewhat, neutral, disagree somewhat, disagree completely. Items 1, 2, 4–6 and 10–12 are scored from 5 to 1; items 3 and 7–9 are scored from 1 to 5.

1. I prefer to behave like a boy.
2. Every time someone treats me like a girl I feel hurt.
3. I love to live as a girl.
4. I continuously want to be treated like a boy.
5. A boy's life is more attractive for me than a girl's life.
6. I feel unhappy because I have to behave like a girl.
7. Living as a girl is something positive for me.
8. I enjoy seeing my naked body in the mirror.
9. I like to behave sexually as a girl.
10. I hate menstruating because it makes me feel like a girl.
11. I hate having breasts.
12. I wish I had been born as a boy.

UGDS-M (male)

Response categories are: agree completely, agree somewhat, neutral, disagree somewhat, disagree completely. Items are all scored from 5 to 1.

1. My life would be meaningless if I would have to live as a boy.
2. Every time someone treats me like a boy I feel hurt.
3. I feel unhappy if someone calls me a boy.
4. I feel unhappy because I have a male body.
5. The idea that I will always be a boy gives me a sinking feeling.
6. I hate myself because I'm a boy.
7. I feel uncomfortable behaving like a boy, always and everywhere.
8. Only as a girl my life would be worth living.
9. I dislike urinating in a standing position.
10. I am dissatisfied with my beard growth because it makes me look like a boy.
11. I dislike having erections.
12. It would be better not to live than to live as a boy.



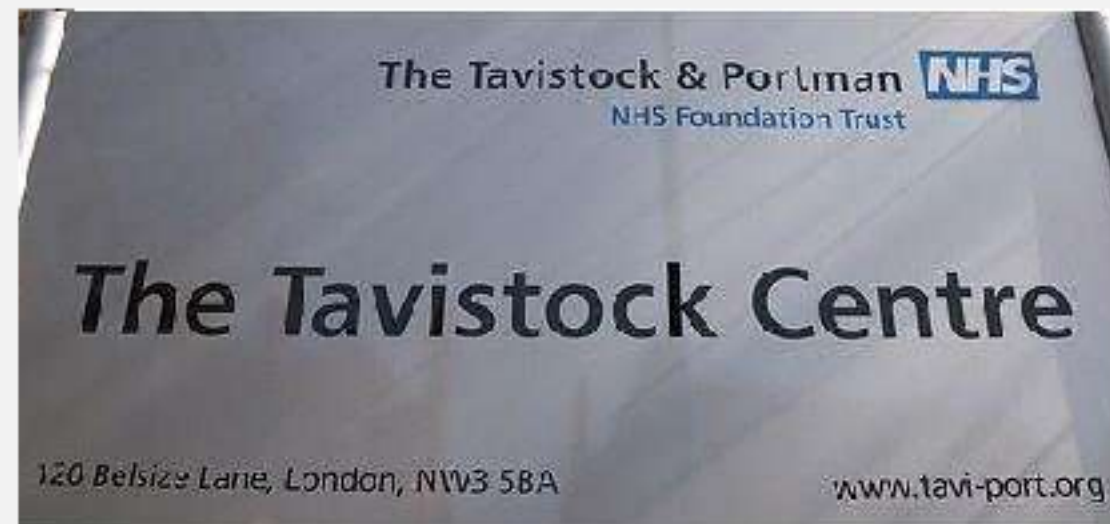
Pubertätsblockade – Evidenz?



- weltweit (!) bezieht man sich *ausschließlich* auf die bis heute nicht reproduzierten (!)
➔ **Daten einer nicht-vergleichenden Studie** der niederländischen Arbeitsgruppe
(z.B. HEMBREE et al. 2017; COLEMAN et al. 2012; 2022 [„STANDARD OF CARE“, WPATH])
- (1) Probandenauswahl garantierte *best-case-scenario*: ➔ **hohes Risiko der Verzerrung!**
- (2) zentrales **Ergebnis „Auflösung GD“ ist ungültig**, da die selbst entwickelte *UGDS*-Skala umgekehrt wurde (2 Versionen – Junge vs. Mädchen), was automatisch einen
➔ **signifikanten Rückgang der GD-Werte nach dem Eingriff garantiert!**
- (3) Feststellung eines (sehr!) bescheidenen psychologischen Nutzens (*Benefizienz*) ist zu relativieren wegen der ➔ **Vermengung von somato-medizinischen Maßnahmen und Psychotherapie!** – Unmöglichkeit der Effektzuschreibung
- (4) Vollkommen unberücksichtigt: ➔ **Gesundheitsrisiken!**
- (5) Andere (heterogene) Patientengruppe ➔ **keine Anwendbarkeit** auf aktuelle Fälle!



Die Arbeiten hätten wegen der ➔ **mangelhaften methodischen Qualität der Studie(n)** (DE VRIES et al. 2011, 2014)
➔ **niemals als Rechtfertigung für die Ausweitung der „innovativen klinischen Praxis“** in der Medizin
und zur Beantwortung der offenen Versorgungsfragen herangezogen werden dürfen ! (ABBRUZZESE et al. 2023)



„Our early intervention study -
An evaluation of early pubertal suppression in a carefully selected group of
Adolescents with Gender Identity Disorder“

The Tavistock's Experiment with Puberty Blockers

Michael Biggs

Department of Sociology and St Cross College, University of Oxford

<https://www.youtube.com/watch?v=1blt5MQlozc&feature=youtu.be>

- unpublished data (obtained by using the „Freedom of Information Act“):
 - after a year on GnRHa children reported ➡ **greater self-harm**,
 - girls experienced ➡ **more behavioral and emotional problems**
 - and expressed greater ➡ **dissatisfaction with their body**
(so puberty blockers **exacerbated** gender dysphoria!).

Reported side effects include emotional lability, mood changes, headaches, nervousness, anxiety, agitation, confusion, delusions, insomnia, and depression. The label cautions providers to “monitor for development or worsening of psychiatric symptoms. Use with caution in patients with a history of psychiatric illness.”

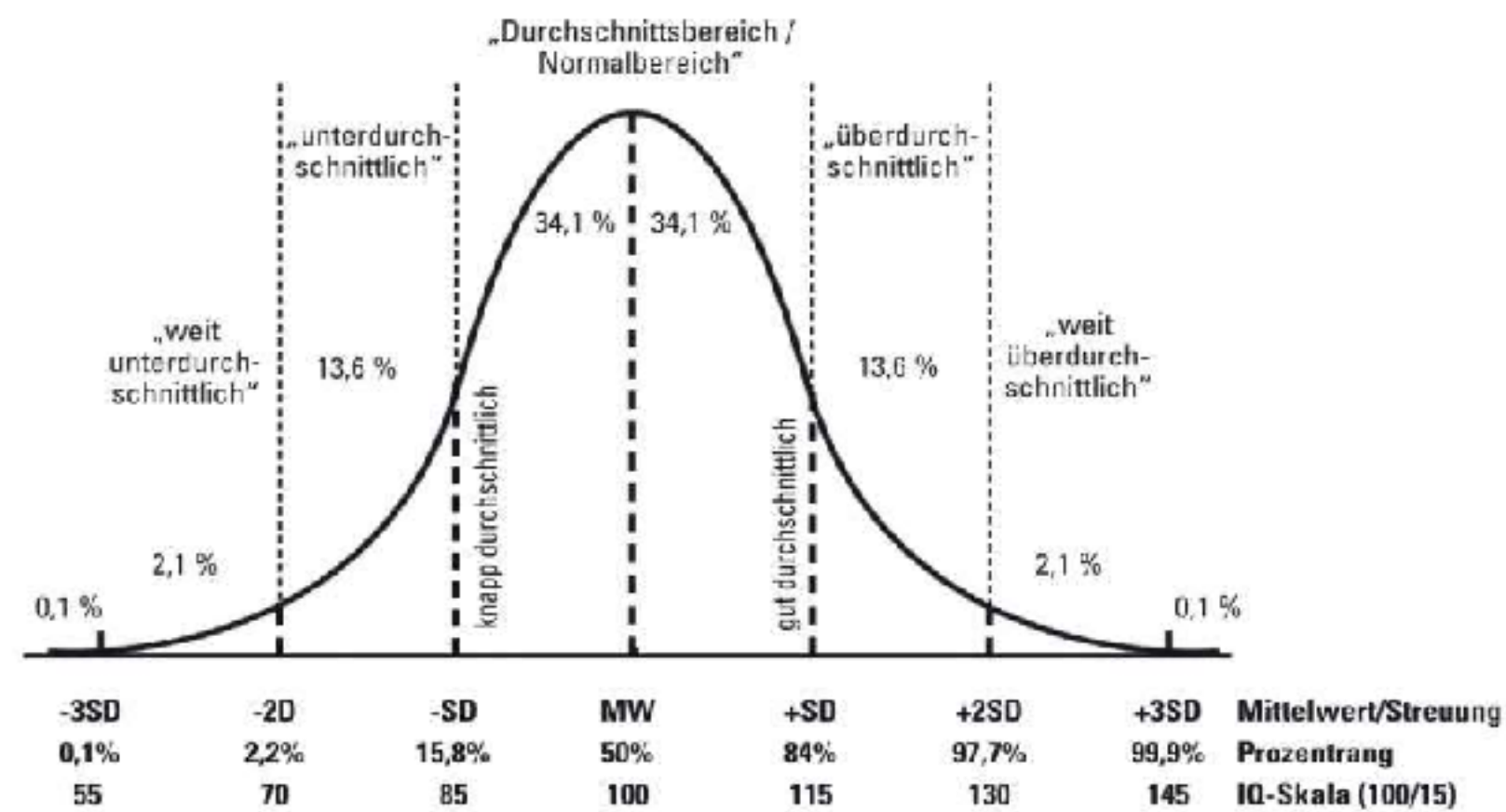
Pubertätssuppression - Risiken (1)



Tiermodell (juvenile Schafe unter GnRH-Analoga-Behandlung)

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

Pubertätssuppression - Risiken (2)



Kinder mit Pubertas praecox unter GnRH-Analoga-Therapie

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

Pubertätssuppression - Risiken (3)



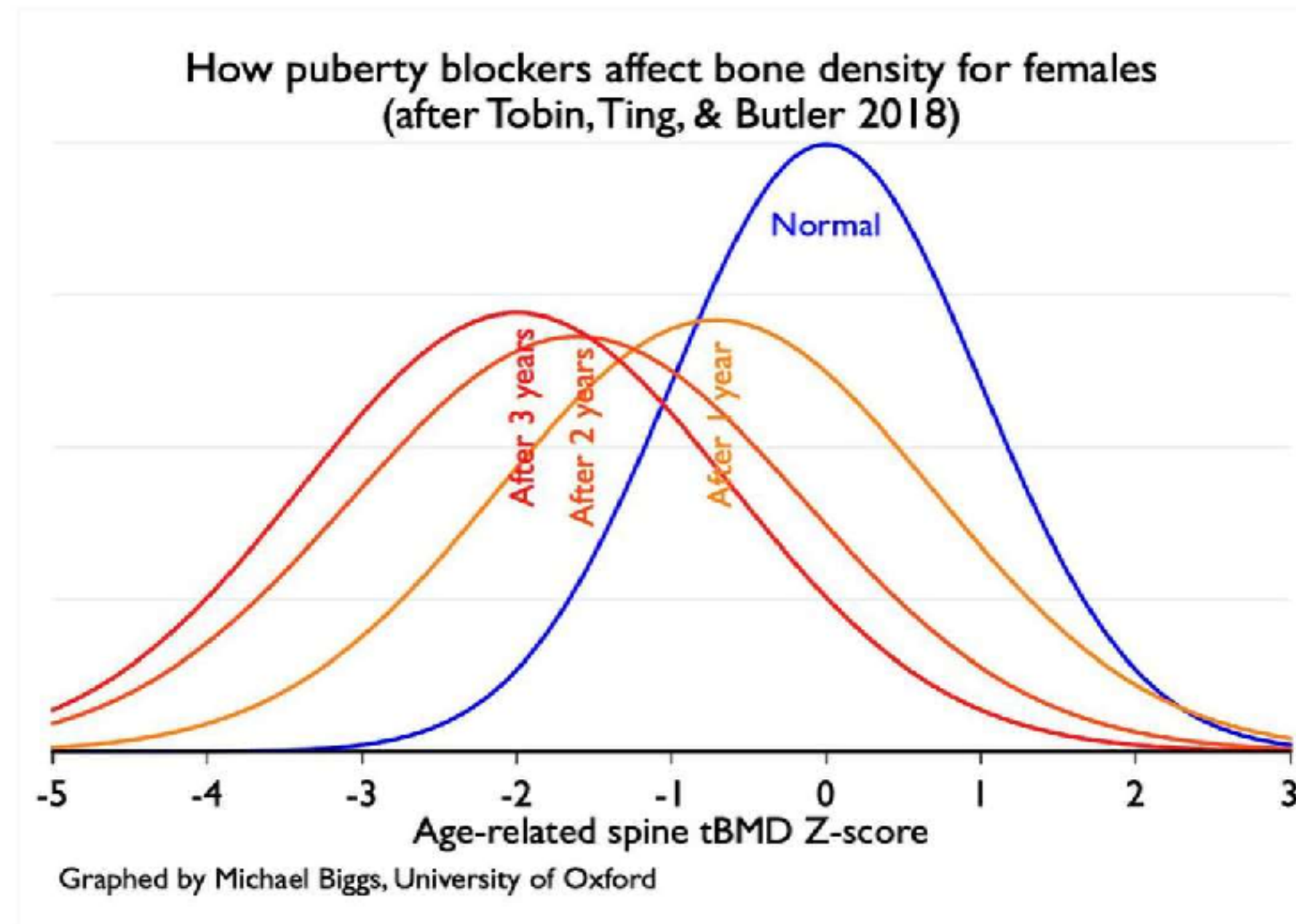
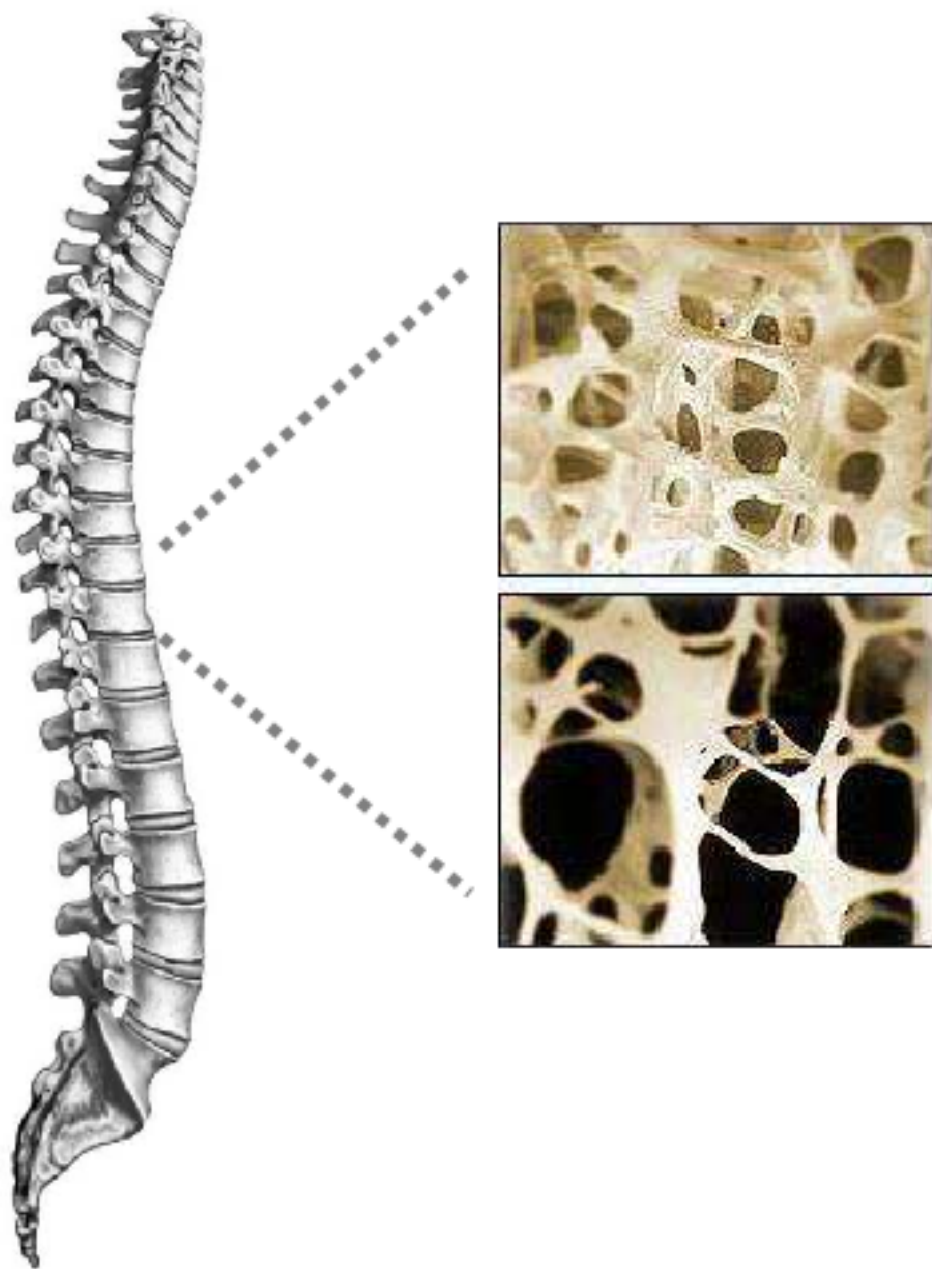
© DER SPIEGEL



Adoleszente mit Geschlechtsdysphorie unter GnRH-Analoga

- Fall-Studie → Signifikante Verschlechterung des
 - ➔ **Arbeitsgedächtnisses** und
 - ➔ **Gesamt-IQ** – *nicht reversibel* nach Beendigung der GnRHa-Behandlung!
- (SCHNEIDER *et al.*, 2017)

Pubertätssuppression - Risiken (4)



- „PB halts the rapid increase in bone density that should be occurring during this critical time“
(WILLIAM MALONE, Pediatric Endocrinologist)
- Knochendichte im Bereich der Wirbelsäule (L1-L4) ist bei behandelten Transfrauen und -männern sogar ohne Pubertätsblockade niedriger als bei altersgleichen Kontrollprobanden
➡ **unzureichender Aufbau der Knochenmasse** durch „künstliche“ Hormonsubstitution ?
(KLINK *et al.*, 2015/2017, JCE&M; Vlot *et al.*, 2017, Bone)

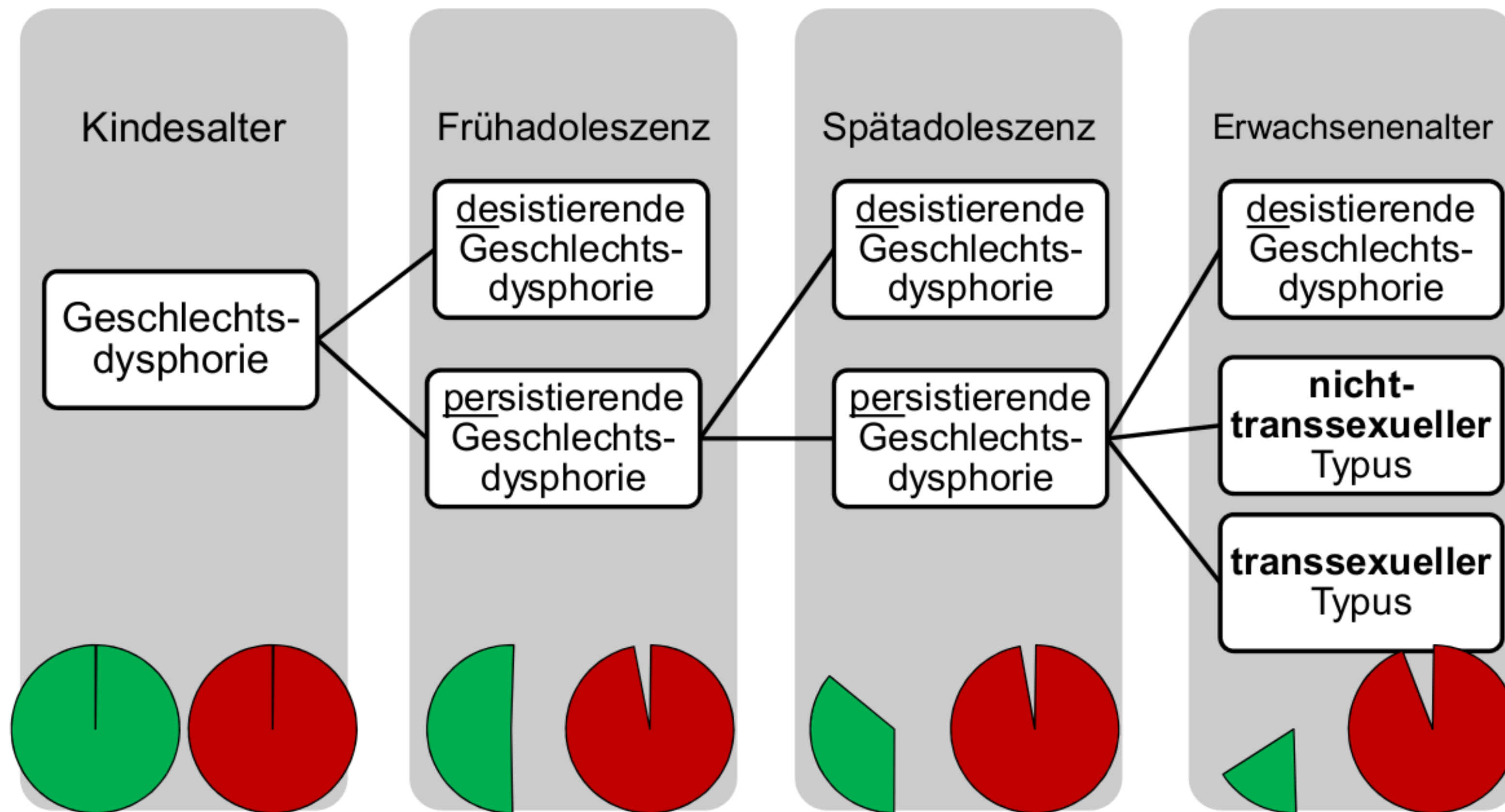
Pubertätssuppression - Risiken (5)



- sichere Folge von Pubertätsblockade durch GnRH-Analoga im Falle von konsekutiver gegengeschlechtlicher Hormontherapie bei GD-Patienten
➔ **bleibende Infertilität, Verlust der Reproduktionsfunktion – Verstoß gegen → §2 KastrG und → §1631c BGB !**
- **Studie Mayo-Klinik: Hodenatrophie bereits nach 14 Monaten GnRHa** (Muruges et al., 2024)
- mögliche / wahrscheinliche Folge von Pubertätssuppression bei GD-Patient_innen
➔ **dauerhafte Beeinträchtigung der sexuellen Erlebnisfähigkeit, Anorgasmie**

Entwicklungsverläufe GD: Persistenzrate

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



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

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

Vier Prinzipien der (deduktiven) Medizinethik

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



- Autonomie & Selbstbestimmung
 - I. **respect of autonomy** → gegen (wohlwollende) ärztliche Bevormundung;
Berücksichtigung des Willens, der Wünsche, Ziele & Wertvorstellungen des Pat.
 - Wohlergehen des Patienten:
 - II. **non-maleficence** → Prinzip der Schadensvermeidung: *primum non nocere*
 - III. **beneficence** → Fürsorgeprinzip / Wohltun (Nutzen-Risiko-Relation)
 - Gerechtigkeit
 - IV. **justice** → faire Verteilung von Gesundheitsleistungen;
Berücksichtigung von berechtigten Bedürfnissen / Interessen Dritter
- ☞ **Fallbezogene Abwägung konfligierender Bewertungsperspektiven!**

Ethische Bewertungsperspektiven

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



(Respekt vor) Autonomie

- **negative Freiheitsrechte:** Freiheit von äußerem Zwang und manipulativer Einflussnahme;
 - Idee einer „angeborenen GI“ und Figur des „Transgender-Kindes“ – vermeintliche Wahrheiten
 - ➔ **reproduzieren Geschlechter-Stereotypen** ⇒ suggeriert Betroffenen, sie seien „trans*“ („im falschen Körper“), und allein die Körpermedizin könne das Problem/Unbehagen lösen!
- **positive Freiheitsrechte:** Verpflichtung, Entscheidungsprozess durch Aufklärung zu unterstützen;
 - ➔ **wegen fehlender Evidenz (*long-term effects*) ⇒ *informed consent* zur frühzeitigen hormonellen Intervention (GnRH-Analoga) schlechterdings nicht möglich!**

(PROF. CARL HENNAGHAN, 2019, Oxford-University, Department of Evidence-based Medicine)

Ethische Bewertungsperspektiven

[Forts.]



Non-Malefizienz / Benefizienz

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



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

Urteil des britischen *High Court of Justice*

zur Verabreichung von Pubertätsblockern an Kinder mit GD (12/2020)

<https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>



Einwilligungsfähigkeit müsste folgende in der Zukunft liegende Tatbestände umfassen:

1. unmittelbaren u. langfristigen, teils unklaren ➔ **physischen und psychischen Auswirkungen;**
2. die ➔ **mangelnde Evidenzbasiertheit** des Sinns und Zwecks einer solchen Behandlung und damit ihr ➔ **experimenteller Charakter;**
3. die Tatsache, dass sich bei den meisten GD-Patient/innen auf die pubertätsblockierende Behandlung ➔ **nahezu immer Einnahme von gegengeschlechtl. Hormonen anschließt;**
4. die potentiell lebensverändernden Konsequenzen wie ➔ **Infertilität, Verlust der sexuellen Empfindungsfähigkeit, Beeinträchtigung / Verlust von (sexuellen) Lebenspartnerschaften.**



Einwilligungsfähigkeit < 13 J. „*sehr unwahrscheinlich*“, bei 14-15-Jährigen „*zweifelhaft*“; bei einer/einem mindestens 16-jährigem Jugendlichen sei es „*angemessen*“, im Sinne des Kindeswohls **die Gerichte entscheiden** zu lassen

Court of Appeal
(9/2021)



Übersicht

1. Prävalenzanstieg?

Zunahme der Diagnose-Häufigkeit – Veränderte Sex-Ratio

2. Paradigmenwechsel?

Terminologie – Begriffsklärung – Klassifikation – Diagnosekriterien

3. Persistenz?

Verlaufsformen von Geschlechtsdysphorie – Differenzialdiagnosen

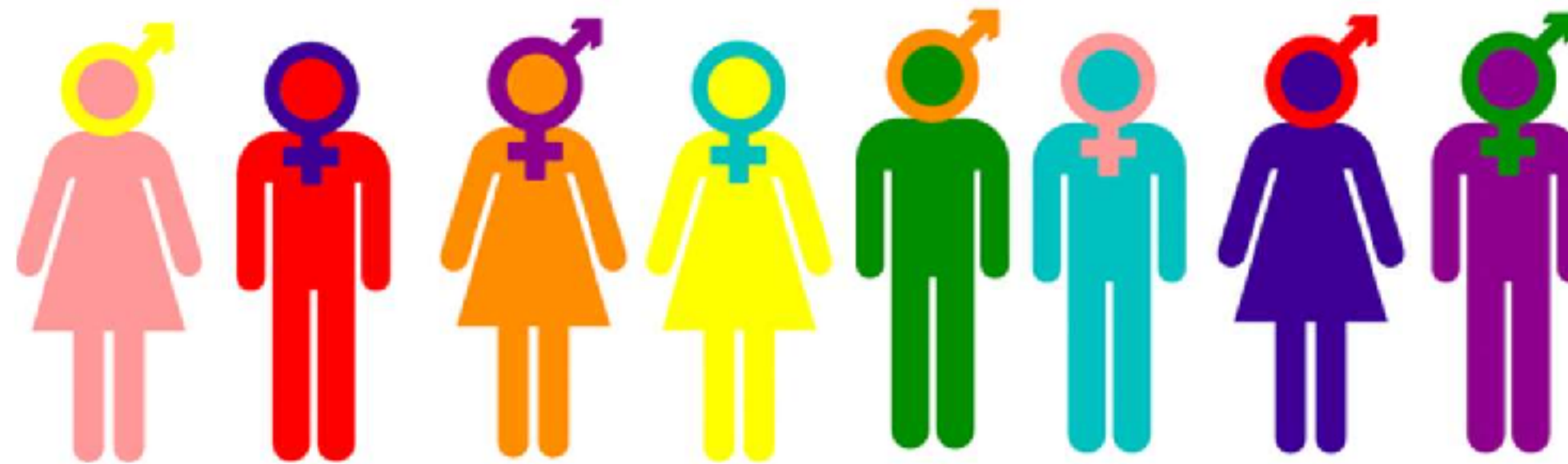
4. Pubertätsblockade?

Risiken frühzeitiger Hormonbehandlung – [Ethische Überlegungen]

5. Perspektive?

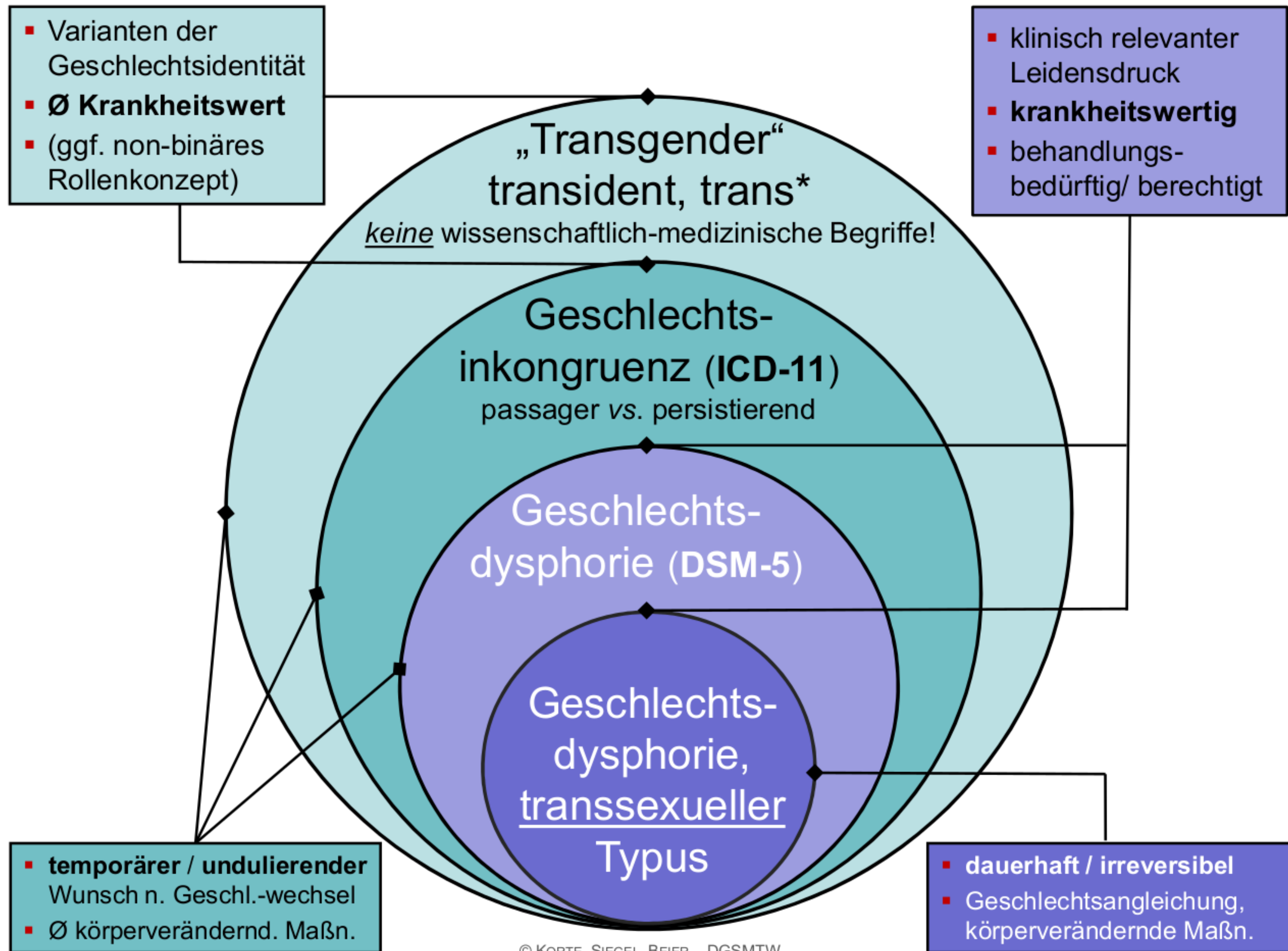
Zusammenfassung – Fazit & Ausblick – [Kontextualisierung]

Fazit (1):



- Wenn Menschen **unter ihrer körperlichen Geschlechtszugehörigkeit leiden** und psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen wollen, sind Sie doppelt gefordert. Sie sollten das **Leiden wie auch die individuellen Lebensentwürfe der Betroffenen ernst nehmen**.
- Sie sollten aber auch jeder **universellen Heilsvorstellung**, die eine Linderung psychischen Leids in der **Umsetzung ästhetisch-chirurgischer Maßnahmen** sucht, prinzipiell **kritisch gegenüberstehen**, weil diese nur bei einer GD vom transsexuellen Typus zweckmäßig und erfolgversprechend sind.

Vor **Indikationsstellung** nebenwirkungs-/ komplikationsbelasteter, **irreversibler somatischer Maßnahmen**, die das äußere Erscheinungsbild mit dem inneren Identitätsempfinden in Einklang bringen sollen, ist die Einschätzung der **Irreversibilität der Geschlechtsidentitätstransposition** unabdingbar ($\neq$ Gate-keeping)!



GD im Kindes- und Jugendalter – Besonderheiten:



- ➔ **heterogene Gruppe** mit individuell unterschiedlichem Ursachengefüge,
➔ **differenten Psychopathologie** und ➔ **variablen Verlauf** (Plastizität Gehirnentwickl.!)
▪ im Jugendalter (nicht bei Kindern): hohes Maß ➔ **psychiatrischer »Komorbidität«**
→ »reaktiv« oder ursächlich zugrunde liegend?
▪ vermeintlich »komorbide« Störung kann sich als das eigentl., übergeordnete Problem entpuppen, aus dem sich der Wunsch nach Transition nährt



☞ Spezif. ➔ **Konfliktkonstellationen** bzw. ➔ **Ich-strukturelle Entwicklungsdefizite**,
psychodynamische, familiär-systemische und entwicklungspsychiatrische
Aspekte (*beyond the gender issue*) berücksichtigen!

Pubertätsblockade – CONTRA-Argumente



- (1) ➔ **fehlende emotional-kognitive Reife / fehlende Einsichtsfähigkeit des Kindes**, um in eine mit lebenslangen Konsequenzen verbundene Behandlung einzuwilligen
↔ Recht des Kindes auf Partizipation an Entscheidungen
(MÖLLER, GÜLDENRING, WIESEMANN, ROMER, 2018; WIESEMANN & PETERS, 2013)
→ aber: Kindes-*wille* ist jedoch nicht gleich Kindes-*wohl* !!! – besondere Schutzwürdigkeit!
- (2) ➔ **mögliche kognitive & psychiatrische Nebenwirkungen, reduz. Knochendichte**
→ ernstzunehmende Hinweise auf ungünstige Langzeit-Effekte
(MUL *et al.*, 2001; WOJNIUSZ *et al.*, 2016; HAYES, 2017; SCHNEIDER *et al.*, 2017; KLINK *et al.*, 2017)



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

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

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

Pubertätsblockade – CONTRA-Argumente

[Forts.]



- (3) GnRH-Analoga & Antiandrogene beeinflussen sexuelles Erleben (Fantasie/Verhalten)
 - ➔ **beeinträchtigen die sexuelle Appetenz und Funktionsfähigkeit**
 - differenzialdiagnostisch wichtige Aufschlüsselung der sex. Präferenzstruktur unmöglich
- (4) der eintretende Libido-Verlust unter Suppressionsbehandlung / Pubertätsblockade
 - ➔ **verunmöglicht altersgerechte (sozio-)sexuelle Erfahrungen**
 - keine Gelegenheit, Erfahrungen für eine homosexuelle Identitätsfindung zu machen



potenzielle Verhinderung einer (Konsolidierung von) Homosexualität

zugunsten einer transsexuellen Entwicklung ist ethisch sehr bedenklich !

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

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

Fazit (2):



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



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

(KORTE A., BEIER K.M., BOSINSKI H.A.G., 2016; KORTE A., BEIER K.M., SIEGEL S., BOSINSKI H.A.G., 2021)



Überblick

- I. Moratorium der Pubertät und Entwicklungsaufgaben
- II. Besondere Probleme in der weiblichen Adoleszenz
- III. Lieben lernen in Zeiten innerer Orientierungslosigkeit
- IV. Anorexie und Trans* als maladaptive Coping-Strategien
- V. Self-empowerment statt Gender trouble

Self-empowerment statt Gender trouble (1)

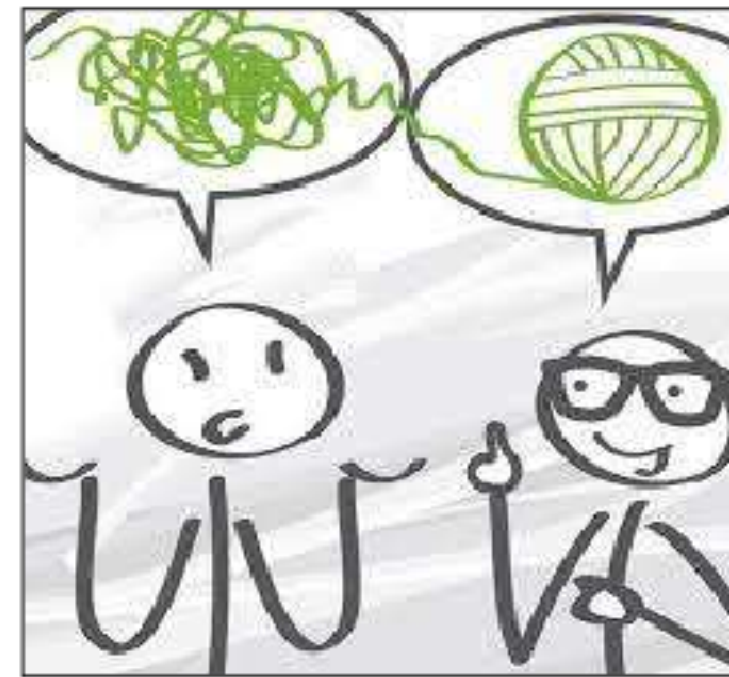


- Der **Schwerpunkt** der Psychotherapie sollte in der Auseinandersetzung mit **Fragen der geschlechtlichen und der sexuellen Identität** liegen, und die Behandlung sollte ergebnisoffen sein.
- Andererseits muss zugleich eine Erfassung und Behandlung der häufigen **komorbiden psychischen Störungen** erfolgen (Korte et al., 2014, 2021).

In manchen Fällen entpuppt sich die vermeintliche Komorbidität als das eigentliche, übergeordnete Problem, aus dem sich auch der Wunsch nach Transition nährt, d. h. die Trans-Identifikation ist hier **Stellvertreter für andere Schwierigkeiten** (D'Angelo, 2023; Lemma, 2018/2022; Lemma & Savulescu, 2021).



Self-empowerment statt Gender trouble (2)



- Im Vordergrund steht die **Reflexion der individuellen Ursachen für das transsexuelle Begehren**, was von Vertretern des trans-affirmativen Ansatzes zu Unrecht als „Konversionstherapie“ diffamiert wird.
- Eine wichtige Frage ist, ob die Ablehnung der eigenen Geschlechtsrolle und des eigenen Körpers in erster Linie eine **verdrängte homosexuelle Entwicklung** und/oder eine maladaptive Reaktion auf einen **pubertätsbedingten Altersrollenkonflikt** (i. S. einer Adoleszenzkrise) sein könnte.

Psychotherapie kann als **Katalysator für psychologische Veränderungen, Wachstum** und die Entwicklung von Autonomie wirken, indem sie zu einem besseren **Verständnis bisher unbewusster Problembereiche** beiträgt.



Self-empowerment statt Gender trouble (3)



- Bedeutend ist die Frage, **welche idiosynkratische Bedeutung dem erwünschten / unerwünschten „Gender“ auf Patientenseite zugeschrieben wird**, welche konkreten Aspekte (Stereotypen) des eigenen Geschlechts abgelehnt bzw. als erstrebenswert im anderen Geschlecht erachtet werden (D 'Angelo, 2023).
- Nicht selten führt dies zu der Erkenntnis, wie sehr **frühere oder aktuelle, negativ-defizitäre Beziehungs-/ Bindungserfahrungen** und (möglicherweise fehlende) weibliche/männliche Rollenmodelle das aktuelle Erleben auch in Bezug auf die eigene Geschlechtsrolle und den eigenen Körper maßgeblich bestimmen.

In der Therapie **können diese Zuschreibungen / repressiven Normen hinterfragt werden**, denen zufolge best. Eigenschaften, Präferenzen und Verhaltensweisen nur einem der beiden Geschlechter zugeordnet werden.



Self-empowerment statt Gender Trouble (4)



- All dies führt zu der Frage, ob die medizinische Transition wirklich die Freiheitsgrade erweitert oder ob dieser Weg nicht vielmehr die als unterdrückend empfundenen Normen und **Geschlechterstereotypen perpetuiert**.
- Die kritische Reflexion von Geschlechterklischees lädt dazu ein, **kreative, vor allem individuelle Lösungen** und bisher ungeahnte Wege zu finden, um **sexuelle (!) Vielfalt zu leben**, die deutlich sicherer sind als trans-affirmative, „geschlechtsangleichende“ medizinische Interventionen.

Genau deshalb ist gender-explorative Psychotherapie das **exakte Gegenteil einer Konversionsbehandlung**: Sie zielt ab auf **Self-empowerment**, soll den Patienten befähigen, durch die **gewonnene Klarheit über die Ursachen seines inneren Konflikts** die notwendigen Voraussetzungen für Shared Decision Making zu schaffen.



Schlussbemerkung (1)



- Mit Blick auf **BDD** haben Kohls & Roessner (2023) darauf hingewiesen, wie unterschiedlich die Behandlung für **GD** im Vergleich ist – und die **ethische Vertretbarkeit für Eingriffe am gesunden Körper** kritisch hinterfragt.
- Bei der **Magersucht**, die gleichfalls auf einer Körperbildstörung und oft auch auf einer Sexualangst beruht, käme niemand auf die Idee, der Patientin Medikamente zu verschreiben, um ihr darüber die angestrebte Körpermodifikation zu ermöglichen.

Es ist naheliegend, die in der Anorexie-Behandlung gesammelten **Erfahrungen mit schweren Körperbildstörungen *mutatis mutandis* auch in der Therapie der GD** (Ablehnung des *Geschlechtskörpers*) zu nutzen.





"Geh zurück zum Körper -
das ist der Ort, an dem die meisten Unstimmigkeiten
der westlichen Kultur entstehen."

Carolee Schneemann, 1963, anlässlich einer Uraufführung in New York

Schlussbemerkung (2)

Politisches Ziel?



- Gesellschaft, die **frei ist von repressiven Geschlechterstereotypen** – Entfaltung des Individuums **je nach Begabung und Interessen**, jenseits der Zuweisung einengender sozialer Geschlechterrollen.
- Dazu braucht es **keine „genderneutrale“ Erziehung** – fatal, wenn Erwachsene Kindern einreden, sie *seien* vom anderen Geschlecht, wenn sie sich so *verhalten* – **Narrativ »im falschen Körper geboren«**

Diversity? Ja, in der individuellen **Vielfalt bei der Verteilung von Merkmalen**, in der **Ausgestaltung von Zweigeschlechtlichkeit und Geschlechterrollen**, sowie in **Bezug auf gelebte Sexualität** – aber **nicht** durch **Erfindung eines neuen Geschlechts** oder **medizinischen Machbarkeitswahn!**



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

dr.alexander.korte@gmail.com

Wahlverwandtschaften?



GNTM-Transgender-Model [Pari Roehi](#) 2015,
© Starflash.de

*"Es ist mir egal, ob ihr dick oder dünn seid, schwarz oder weiß, weiblich, trans oder nonbinär – was zählt, ist nur, dass ihr **einzigartig** seid."*
HEIDI KLUM

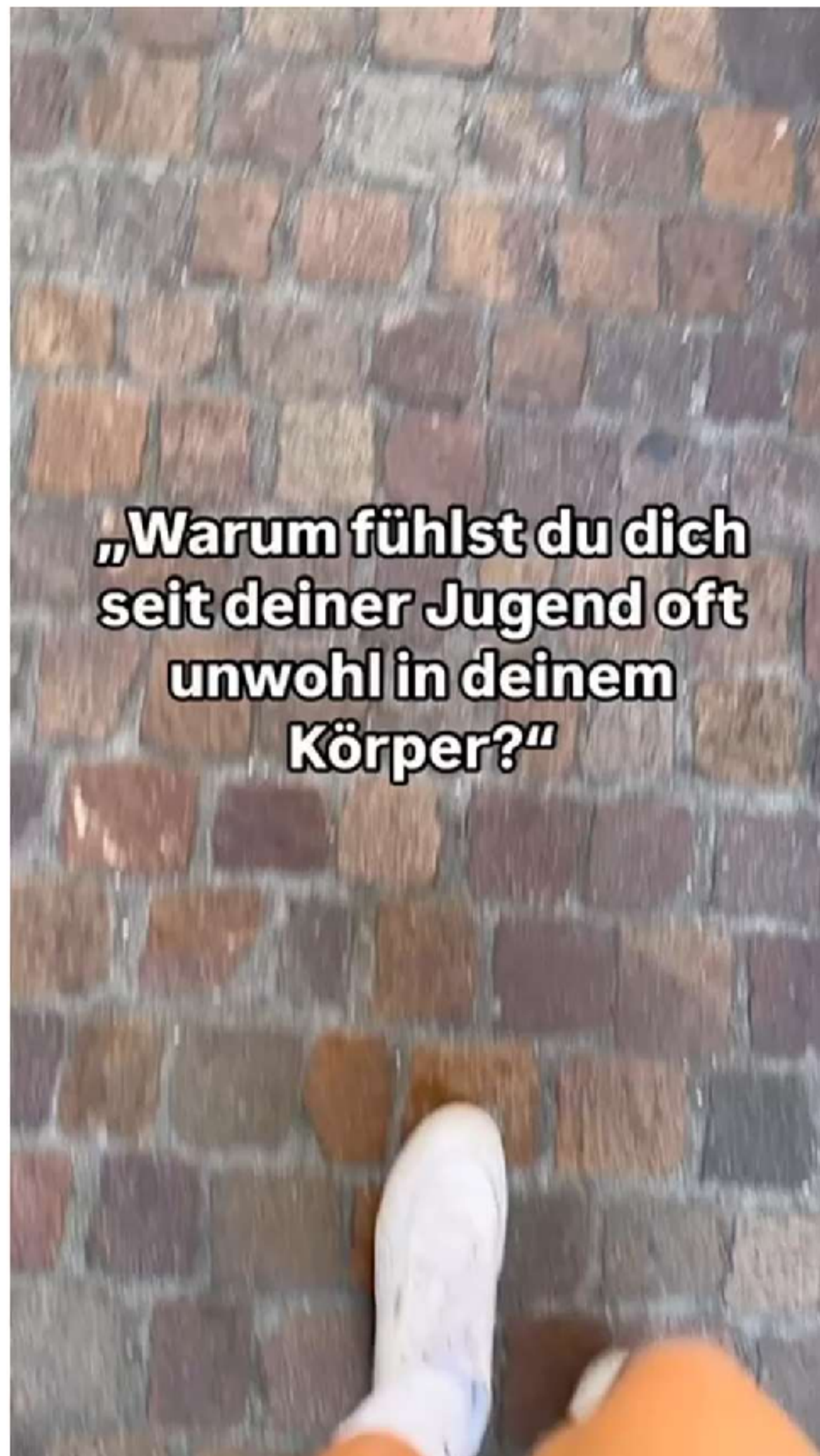


GNTM-Kandidatinnen 2017 [Giuliana](#) und [Melina](#)
© facebook.com/giulianafarfalla / instagram.com/melinabudde/

- Anfangs beschränkte sich der Vergleich auf Attribute der weiblichen Schönheit, [...] attraktiven Körpermaße und Gesichtszüge. In den letzten Staffeln hat der Wettbewerb auch andere Felder erreicht: [...] die Besonderheit der Lebensgeschichte, die **überstandene Krise einer existenziellen Abweichung** – [...] führen zu einer **Ausweitung des Bewertbaren**
- GNTM bezieht die **neuen Differenzkategorien von der LGBTQI*-Bewegung** [...].
"Einzigartigkeit" ist inzwischen das zentrale Kriterium des Erfolgs [...] nicht mehr Makellosigkeit oder Attraktivität.
- Die Facetten der Diversity versorgen die Show mit neuen Spektren des Urteils:
Fluide und korrigierbar ist nun nicht mehr nur der BMI, sondern auch die Kategorie des Geschlechts.

"Einzigartigkeit" ist sowohl der Imperativ der Menschenmusterung wie der Feier des *self empowerment*, und es wirkt konsequent, dass das **ausdrucksstärkste Satzzeichen unserer Gegenwart, der Stern**, mit dem herbeigesehnten Status der Prominenz identisch ist. **"*" wie "Star"**.





Auszeichnung für Heidi Klum

Für ihre herausragende Arbeit als Gastgeberin und Moderatorin von "Germany's Next Topmodel" wird Heidi Klum am 23. Oktober 2024 mit dem renommierten **"Blauer Panther - TV & Streaming Award"** in der Kategorie Entertainment ausgezeichnet. Die Jury würdigt damit besonders Klums Engagement für Toleranz und Diversität im Unterhaltungsbereich.

Der Vorsitzende der Jury, Prof. Dr. Klaus Schaefer, betont, dass GNTM weit mehr sei als nur ein Wettbewerb: "Die Show gibt Menschen mit verschiedenen Geschlechtsidentitäten, Körpertypen und aus unterschiedlichen Ländern eine Bühne, ihre Modeltalente zu präsentieren." Heidis Einsatz, auch jenseits traditioneller Schönheitsideale, hat GNTM zu einem vielschichtigen Format gemacht, das die gesellschaftlichen Veränderungen im Entertainment widerspiegelt.

Ausblick – Offene Fragen:



➔ **großer Forschungsbedarf hinsichtlich der Verlaufsprädiktoren**

- »*desisting*« versus »*persisting*« gender dysphoria (Fallkontrollstudien);
Implikationen einer frühzeitigen Transition (Rollenwechsel im Kindesalter)

➔ **sowie der Langzeitauswirkungen von GnRH-Analoga / Hormonen**

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

☞ **zukünftig weiterer Prävalenz-Anstieg durch anhaltenden Medien-Hype?**
unklar, welche Konsequenzen der (vermeintliche) Paradigmenwechsel »*trans**« auf Minderjährige mit Genderdysphorie haben wird: drastische **Zunahme De-transitioner?**

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

(Versuch einer)
Kontextualisierung

- „Wenn man überlegt, warum junge Menschen die Entscheidungen treffen, die sie eben treffen, sieht man: Es sind immer auch ➡ **gesellschaftliche Umstände**, die zu etwas führen. Ein gesellschaftlicher Umstand, eine ➡ **gesellschaftliche Not**, die sich ein Ventil sucht.“

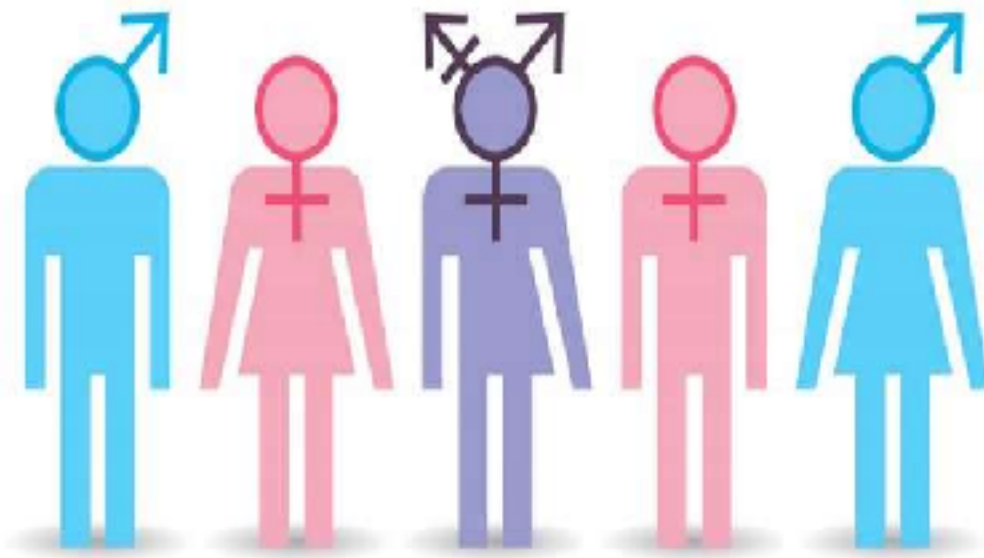
VOLKER BRUCH

- „Das finde ich [...] interessant, weil man sich selbst ja selten gesellschaftlich oder geschichtlich einordnet, sondern immer nur im Jetzt ist, allein mit seinen Problemen. Man ordnet sich nie in einen ➡ **gesellschaftlichen Zusammenhang** ein. Weil man immer nur diese eine Person in diesem einen Moment ist.“

LIV LISA FRIES

Interview von PATRICK WEHNER, in: jetzt.de (Partner von *Süddeutsche Zeitung*)

These 3: LGBTQ* A I **Eu** und Neoliberalismus



»Transsexueller am CSD« ©Picture-Alliance

- Gegenwärtig sehen wir uns konfrontiert mit einer generellen Tendenz der
➔ **Entfesselung und Erweiterung des Spielraums durch Grenzüberschreitung**
→ inhärentes Prinzip der postmodernen Gesellschaft und des »neoliberalen« Wirtschaftssystems
→ ebenso wie die ihm immanente Überbietung-/Steigerungslogik (und Veränderungsdynamik)
- ➔ **Spektrumserweiterung und Diversifizierung**
→ beobachtbar *auch* in der sexuellen Sphäre: »Neo-sexualitäten/-geschlechter« (SIGUSCH, 2005/2013)
→ Fortschrittsutopie der mod. Konsumgesellschaft: Versprechen totaler Bedürfnisbefriedigung

☞ Selbige Muster, ➔ **dynamische Expansion und fortlaufende Angebotserweiterung** unter Nutzung der technologischen Möglichkeiten, finden sich folgerichtig auch im Bereich der körpermodifizierenden Medizin und anderen Dienstleistungsangeboten, sowie in der ➔ **Pluralisierung sexueller Geschlechts- oder Beziehungsformen**

(Forts.) LGBTQ* A I **Eu** und Neoliberalismus



© CSD Berlin Pride



- diese Entwicklungen stehen dabei *keineswegs* im Widerspruch zum konservativen Politikwechsel und zum ➡ **neoliberalen Credo** der vergangenen Jahre
- Insofern sie den Mechanismen der Profitwirtschaft folgen, sich also dem ➡ **Angebot-und-Nachfrage-Prinzip** unterwerfen, sind sie logische Konsequenz!

☞ Verlust an Freiheit, der sich aus dem ›Saldo‹ in puncto sozialer Gerechtigkeit und ökonomischer Sicherheit ergibt, steht ein ➡ **›Plus‹ an sexueller Freiheit** gegenüber, sofern man die im Zuge der ➡ **»neosexuellen Revolution«** (SIGUSCH 2001,2013) entstandenen Freiräume und Potentialitäten als Bereicherung für das post-moderne Subjekt betrachten möchte (was allerdings fragwürdig erscheint)

These 4:

LGBTQ* A | Eu – Spielwiese von Identitätspolitik ?



- LGBTQAI* als ➡ **Ausdruck voranschreitender Zersplitterung der Gesellschaft ?**
→ in immer weiter fragmentierte soziale Gruppen bzw. Submilieus und sich abgrenzende Identitäten, die wenig oder keinen Bezug mehr zu einander finden
- Genderdiskurs als ➡ **Akt der politischen Selbstreduktion ?**
Identitätspolitik imponiert zusehends als Eliten- und Metropolitendiskussion
→ »eine Art ›moralische Panik‹ über Fragen [...] geschlechtlicher und sexueller Identität«
(MARK LILLA, Columbia University New York)«

☞ Ist die Inbrunst, mit der die ›Linke‹ sich seit geraumer Zeit auf das Genderthema und Identitätspolitik fokussiert, eine ➡ **Verschiebung** (im psychoanalytischen Sinne) ?
...da sie bislang keine befriedigenden Antworten auf die Herausforderungen der Globalisierung und keine Lösungen gegen den entfesselten Kapitalismus hat?

Schlussbemerkung

Politisches Ziel?

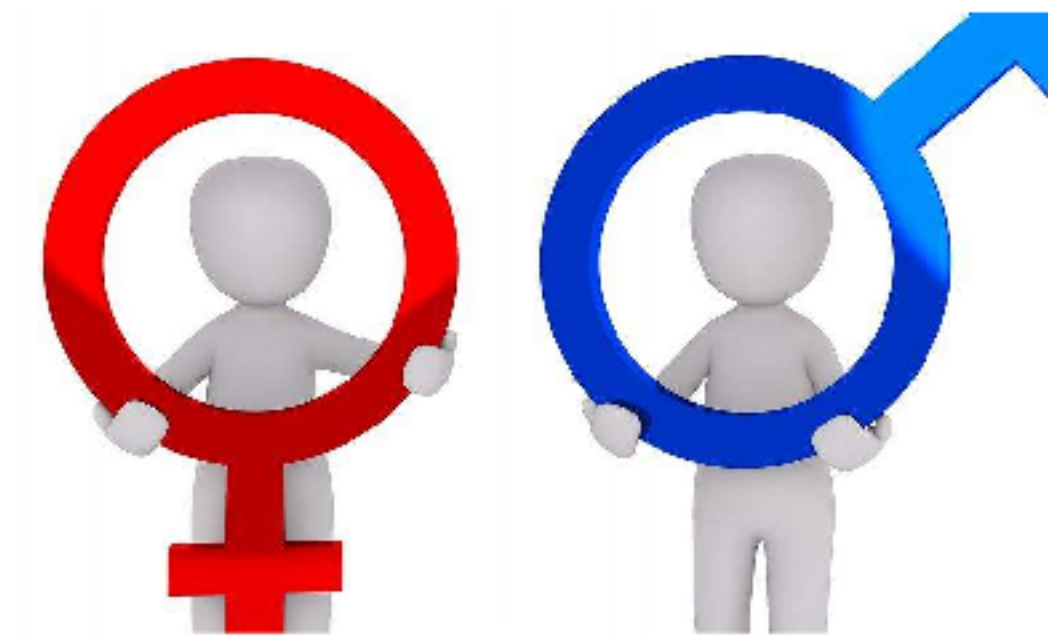


- Gesellschaft, die **frei ist von repressiven Geschlechterstereotypen** – Entfaltung des Individuums **je nach Begabung und Interessen**, jenseits der Zuweisung einengender sozialer Geschlechterrollen.
- Dazu braucht es **keine „genderneutrale“ Erziehung** – fatal, wenn Erwachsene Kindern einreden, sie *seien* vom anderen Geschlecht, wenn sie sich so *verhalten* – **Narrativ »im falschen Körper geboren«**

Diversity? Ja, in der individuellen **Vielfalt bei der Verteilung von Merkmalen**, in der **Ausgestaltung von Zweigeschlechtlichkeit und Geschlechterrollen**, sowie in **Bezug auf gelebte Sexualität** – aber **nicht** durch **Erfindung eines neuen Geschlechts** oder **medizinischen Machbarkeitswahn!**

Zusammenfassung (1)

Phylogenese

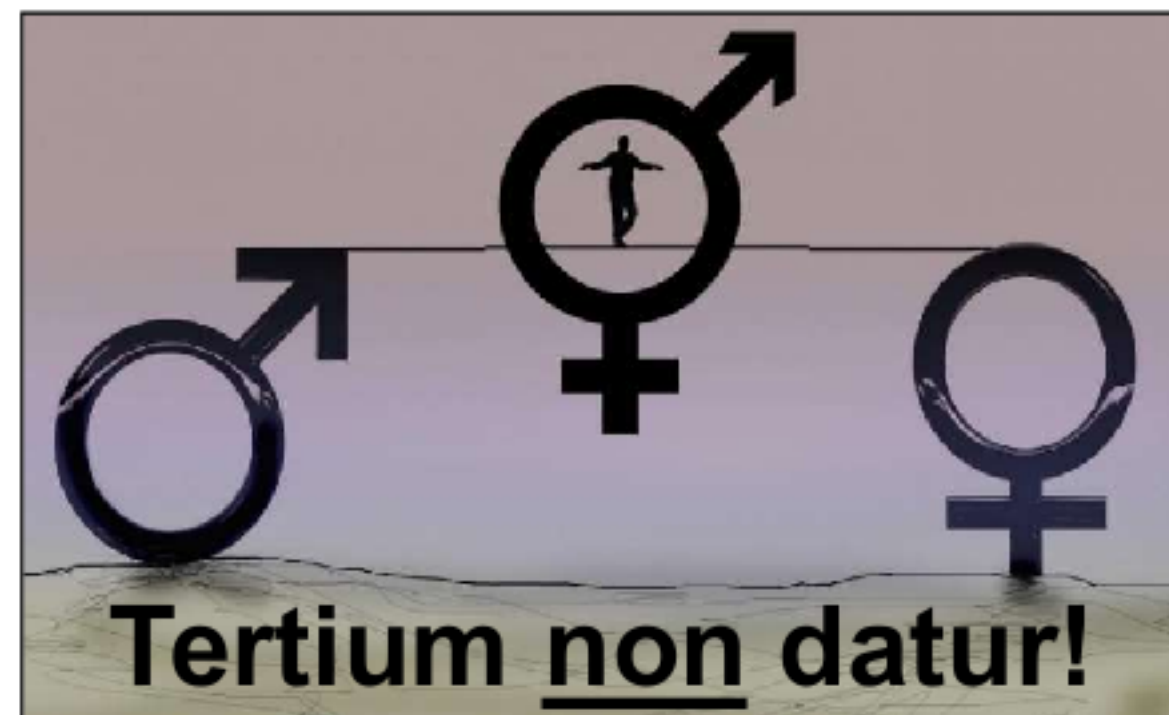


- Aus biologischer Sicht ist **Geschlecht** definiert als **Entwicklungsrichtung eines Organismus** hin auf die **Produktion eines bestimmten Keimzelltypus**. Die kausalen Mechanismen, welche die **Differenzierung** steuern, können dabei zwischen unterschiedlichen Spezies verschiedenartig sein.
- Geschlecht ist **phylogenetisch** für die Gattung Mensch als **gonochorontische Spezies** das, was unsere **geschlechtlich gezeugte Existenz** erst ermöglicht hat. Wichtige Prinzipien der geschlechtlichen Fortpflanzung (→ **Durchmischung der Gene!**) sind **Anisogamie** und **Sexualdimorphismus**.

Geschlecht (sex) ist also ein **körperliches Merkmal**, dessen Ausprägungen, *male* und *female*, sich aus den **Fortpflanzungsfunktionen** ergeben. Geschlecht verfügt somit über eine **objektive Grundlage**

Zusammenfassung (2)

Ontogenese

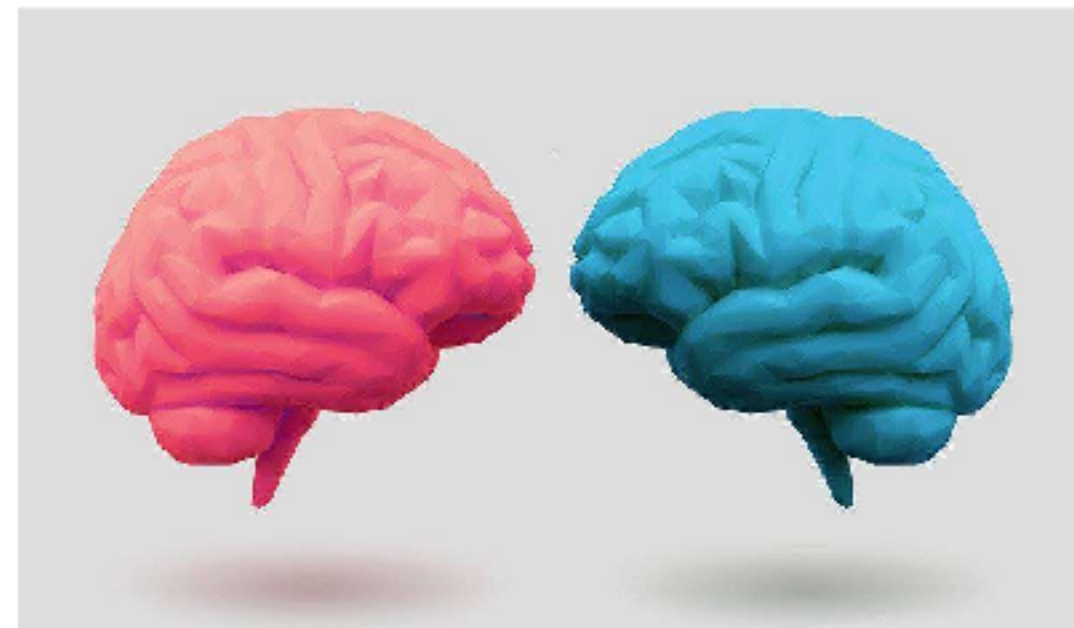


- **Ontogenetisch** ist das Geschlecht das Endresultat eines **kaskadenartigen somato-sexuellen Differenzierungsprozesses**, ausgehend von einer **bipotenten Gonaden-Anlage**; die pränatale Geschlechtsentwicklung unterliegt dem **›ADAM‹ -Prinzip** und dem **›Endweder-oder-Prinzip‹**.
- Ein **›drittes Geschlecht‹** gibt es nicht; anderweitige Behauptungen sind **empirisch haltlos**, weil es nachweislich neben den großen, nährstoffreichen, aber immobilen Eizellen und den (deutlich kleineren) nährstoffarmen, aber sehr mobilen Samenzellen **keinen dritten Keimzelltypus** gibt!

Intersex-Syndrome (DSD) sind **keineswegs eine Widerlegung der Geschlechter-Binarität**; Zweigeschlechtlichkeit schließt nicht aus, dass es Menschen gibt, bei denen die geschlechtlichen **Strukturen** – störungsbedingt – **nicht vollständig differenziert** (und damit nicht eindeutig) sind.

Zusammenfassung (3)

Verhaltensforschung



- Empirisch nachgewiesene **geschlechtstypische Verhaltensdispositionen** und **Präferenzunterschiede** sprechen für eine **partiell geschlechtsabhängige Gehirndifferenzierung**, gesteuert durch geschlechtstypisch unterschiedliche **Androgen-Konzentrationen** (und deren organisierende / aktivierende Wirkung).
- „Von den *ultimaten Theoremen der Evolutionsbiologie* gibt es auch für den Menschen kein *Dispens*“ – das heißt: Die **Unterschiede von geschlechtstypischen Verhaltensdispositionen** dürften mit einem **adaptiv-funktionellen Vorteil** in Hinblick auf die **eigenen Reproduktionschancen** verbunden sein.

Angeborene, anlagebedingte Disposition bedeutet keineswegs Determiniertheit von Verhalten! Ob ein Mann Röcke trägt oder seine Frau am Auto schraubt, spielt *keine* Rolle für deren Geschlechtszuordnung; beide durchbrechen lediglich **Geschlechtsstereotypen**, kulturabhängige Erwartungshaltungen.

Kritik (1)

Trans*/gender-Ideologie

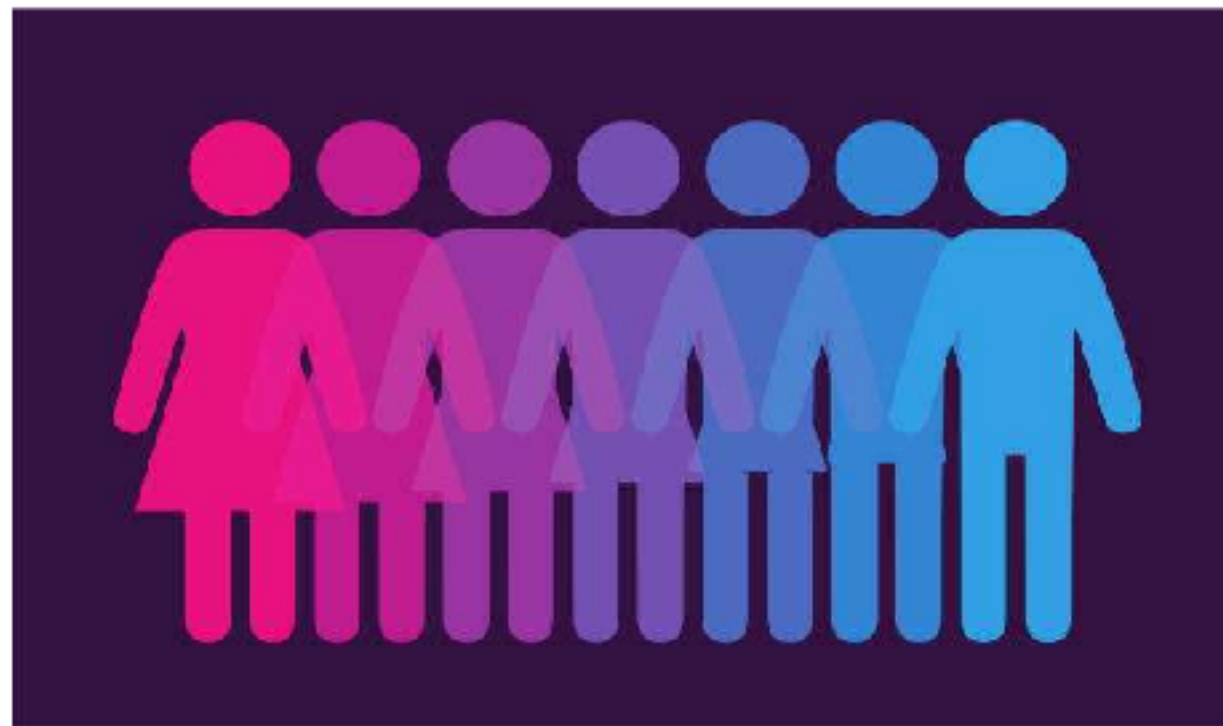


- Der **unklare Begriff »soziales Geschlecht«** (*gender*) impliziert – **logisch unschlüssig** –, dass soziale Rollen oder externe Zuschreibungen seitens der Gesellschaft ein Geschlecht konstituieren würden. *„Geschlechtlichkeit hat indes den Menschen und mit ihm die Kultur hervorgebracht, nicht umgekehrt!“*

Das biologische **Geschlecht ist sicher *nicht* sozial konstruiert** – es existierte lange bevor der Mensch begann aufrecht zu gehen. **»Transgender«** hingegen ***ist* zweifelsohne ein soziales Konstrukt**. **Nicht jede von der Gruppennorm abweichende Ausdrucksform von Geschlecht hat Krankheitswert!**

Kritik (2)

Trans*/gender-Ideologie



- Die ›**Dekonstruktion**‹ des **Geschlechts** – die Auflösung der Geschlechtergrenzen durch Aufhebung der **Sex-Gender-Differenz**–, ist Gegenstand und zugleich phantasmatisches Ziel der ›**Queer theory**‹, einer **pseudo-philosophischen Irrlehre**, die nur als *kritische Fragestellung* gedacht war, *nicht als Lebensform*!

›**Geschlechtsidentität**‹ (›*gender identity*‹) ist nicht angeboren, sondern Resultat eines auf dem biologischen Geschlecht und den sozialen (Rollen-)Zuweisungen aufbauenden **Prozesses der Identitätskonstruktion**. **Nicht jede von der Gruppennorm abweichende Ausdrucksform von Geschlecht ist krankheitswertig!**