

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/014 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 167 - 178

Störungen der Geschlechtsidentität (F64) sowie der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66)

Inhalt:

- [Störungen der Geschlechtsidentität \(F64\)](#)
- [Psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung \(F66\)](#)

Störungen der Geschlechtsidentität (F64)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Störungen der Geschlechtsidentität sind durch ein anhaltendes und starkes Unbehagen über und/oder Leiden am eigenen biologischen Geschlecht charakterisiert. Sie gehen einher mit dem Wunsch oder der Beteuerung, dem anderen Geschlecht anzugehören und entsprechend leben zu wollen. Sie können bis zum Wunsch nach gegengeschlechtlicher hormoneller Behandlung und nach einer operativen Geschlechtsumwandlung führen.

1.2 Leitsymptome

Zwei Hauptsymptome sind wegweisend:

- Der Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören
- Das Unbehagen über das eigene Geschlecht.

Die Darstellung der Leitsymptome für Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter orientiert sich an den DSM-IV-Kriterien (die 2 Hauptsymptome werden in den ICD-10-Kriterien in unbefriedigender Weise miteinander vermischt); bei Jugendlichen wird auch auf ICD-10 Bezug genommen.

Erstes diagnostisches Hauptkriterium

Es besteht der dringliche und anhaltende Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören.

Bei Kindern sollten 4 der folgenden 5 Kriterien erfüllt sein:

- Wiederholt geäußertes Wunsch oder Beharren darauf, dem anderen Geschlecht anzugehören
- Bevorzugtes Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts oder Nachahmung eines Erscheinungsbildes des anderen Geschlechts
- Dringliche und andauernde Bevorzugung der gegengeschlechtlichen Rolle im Spiel oder anhaltende Phantasien, dem anderen Geschlecht anzugehören
- Intensiver Wunsch, an den für das andere Geschlecht typischen Spielen und Aktivitäten teilzunehmen
- Starke Präferenz von gegengeschlechtlichen Spielkameraden.

Jugendliche äußern den Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, als Person des anderen Geschlechts zu leben und behandelt zu werden, oder die Überzeugung, dass sie die typischen Gefühle des anderen Geschlechts besitzen. Nicht selten treten Jugendliche auch real in der gegengeschlechtlichen Rolle auf und werden in dieser akzeptiert.

Zweites diagnostisches Hauptkriterium

Ein dauerndes Unbehagen über das eigene Geschlecht.

Bei Kindern werden die folgenden Symptome beobachtet:

Bei Jungen:

- Ablehnung der männlichen Genitalien
- Wunsch nach Verschwinden der männlichen Genitalien
- Äußerung, dass es schöner wäre, keinen Penis zu haben
- Abneigung gegen Jungenspiele und -spielzeuge, insbesondere gegen körperliche Wettkampfspele.

Bei Mädchen:

- Abneigung, im Sitzen zu urinieren
- Versicherung, dass sie einen Penis hat oder einer bei ihr wachsen wird
- Wunsch, dass Brustbildung und Menstruation nicht eintreten
- Ausgeprägte Ablehnung typisch weiblicher Kleidung.

Jugendliche sind vorrangig damit befasst, sich ihrer primären und sekundären Geschlechtsmerkmale zu entledigen und Merkmale des anderen Geschlechts zu entwickeln (z.B. Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um möglichst weitgehend das Aussehen einer Person des anderen Geschlechts zu erreichen), oder sie glauben, im Körper des falschen Geschlechts geboren worden zu sein. Jugendliche zeigen oft Gefühle von Verzweiflung und Hass gegen den eigenen Körper und leiden an Depressionen, die bis zu Suizidversuchen führen können.

1.3 Schweregradeinteilung

Entfällt

1.4 Untergruppen

Bis zur Pubertät ist die Diagnose "Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters" (F64.2) zu stellen.

Nach der Pubertät ist die Diagnose "Transsexualismus" (F64.0) zu stellen, wenn der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben, und der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung mindestens 2 Jahre durchgehend bestehen.

Sind die diagnostischen Kriterien nur teilweise erfüllt oder liegen gleichzeitig intersexuelle Fehlbildungen vor, so können die Diagnosen "Sonstige Störung der Geschlechtsidentität" (F64.8) oder "Nicht näher bezeichnete Störung der Geschlechtsidentität" (F64.9) zutreffen.

1.5 Ausschlussdiagnose

- Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F2)
- Intersexuelle Störungen: unbestimmtes Geschlecht und Pseudohermaphroditismus (Q56.0-Q56.4), Anomalien der Gonosomen (Q97), adrenogenitale Störungen (E25)
- Sexuelle Reifungskrise (F66.0), ich-dystone Sexualorientierung (F66.1): Siehe Kapitel 2.6.

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Exploration der Eltern und psychiatrische Untersuchung des Kindes/Jugendlichen

Bei Kindern

Befragung der Eltern bzw. Erziehungspersonen

- Besonderes Interesse an Kleidung, Schmuck, Kosmetik des anderen Geschlechts
- Fragen der Kleidung des anderen Geschlechts
- In besonderem Maße bevorzugte bzw. abgelehnte Spiele und Spielzeuge
- Interesse an Sport und körperlichen Kampfspielen
- Interesse an Tanz und Ballett
- Körpererleben
- Freunde und Spielkameraden: Hat das Kind Freunde und Spielkameraden? Wird es von ihnen akzeptiert? Wie reagieren diese auf geschlechtsatypisches Verhalten?

Bei Jugendlichen

Befragen der Eltern bzw. Erziehungspersonen

- Körpererleben
- Wunsch des/der Jugendlichen, dem anderen Geschlecht anzugehören
- Führen eines Vornamens des anderen Geschlechts
- Öffentliches Auftreten als Person des anderen Geschlechts
- Wunsch nach medizinischer und chirurgischer "geschlechtsumwandelnder" Behandlung
- Freunde: Hat er/sie Freunde? Wird er/sie von ihnen akzeptiert? Wie reagieren Freunde auf geschlechtsatypisches Verhalten?

Untersuchung des Kindes/Jugendlichen

- Exploration entsprechend der Elternbefragung, soweit möglich. Exploration der Wünsche und Phantasiewelt des Kindes/Jugendlichen, z.B. "Drei Wünsche", "Magische Verwandlung", Fragen nach Träumen, Idealen, Vorbildern, Lieblingschauspielern usw.
- Eine einseitige Exploration geschlechtstypischer bzw. -atypischer Verhaltensweisen soll vermieden werden, vielmehr soll das gesamte psychosoziale Umfeld Beachtung finden.
- Der Schwerpunkt der ersten Untersuchungsgespräche sollte auf therapierelevanten Themen liegen: Leidensdruck, Einsichtsfähigkeit, Veränderungswunsch, Beziehungsfähigkeit, Fähigkeit zu verbaler psychotherapeutischer Arbeit im Vergleich zu symbolischer Arbeit.
- Ein weiterer Schwerpunkt der ersten Gespräche sind das Körpererleben, Beziehungen zu anderen Kindern bzw. Jugendlichen und die soziale Akzeptanz.
- Beobachtung des Kindes/Jugendlichen im Hinblick auf geschlechtstypische bzw. -atypische Kleidung, Schmuck, Kosmetik, Gestik und Mimik.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Befragung von Eltern und Kind/Jugendlichem (soweit möglich)

- Erstes Auftreten geschlechtsatypischen Verhaltens
- Gegengeschlechtliche Wünsche
- Lebensereignisse, die das Kind als emotional traumatisierend erlebt haben kann (z.B. Geburt eines Geschwisters, Tod eines nahen Angehörigen oder einer den Eltern nahe stehenden Person, sexuelle Missbrauchserlebnisse)
- Wünsche und Erwartungen der Eltern hinsichtlich ihres Kindes
- Reaktionen der Eltern auf das Auftreten von geschlechtsatypischen Verhaltensweisen und Interessen
- Förderung/Einschränkung gegengeschlechtlicher Verhaltensweisen und Interessen durch die Eltern
- Hinweise auf intersexuelle Fehlbildungen
- Eine körperliche Untersuchung sollte mit besonderer Vorsicht durchgeführt werden (hohe Schambesetzung).

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

- Emotionale Störung mit Trennungsangst (F93.0) (Kinder und Jugendliche)
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ (F60.31) (Jugendliche).

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Besondere Bedeutung hat bei Geschlechtsidentitätsstörungen die emotionale Zuwendung der Eltern/Bezugspersonen zum Kind.

- Druck, sich entgegen dem subjektiven geschlechtsspezifischen Empfinden zu verhalten
- Förderung geschlechtsatypischen Verhaltens durch die Bezugspersonen
- Unsicherheiten bei geschlechtsatypischem Verhalten, Grenzen zu setzen
- Ächtung und demütigende Verspottung geschlechtsatypischen Verhaltens durch Peers (insbesondere bei Jungen während der ersten Schuljahre), auch wenn es dadurch oftmals zu einem Nachlassen offenkundig femininen Verhaltens bei Jungen kommt.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- Screening-Verfahren: Child Behavior Checklist bzw. bei Jugendlichen Youth Self Report (Achenbach; Fragen nach geschlechtsatypischen Verhaltensweisen und Interessen)
- Spezifischeres Screening-Instrument: Menschzeichnung; Kinder und Jugendliche mit Störungen der Geschlechtsidentität zeichnen signifikant häufiger spontan als erstes eine Person des anderen Geschlechts.

2.6 Differentialdiagnostik

- Intersexuelle Störungen: körperliche Untersuchung, ggf. endokrinologische und genetische Untersuchung
- Störungen der Geschlechtsidentität bei Personen kurz vor oder während der Pubertät: Die betroffene Person leidet unter einer Unsicherheit hinsichtlich ihrer Geschlechtsidentität oder ihrer sexuellen Orientierung (F66.0: sexuelle Reifungskrise).
Die Geschlechtsidentität oder sexuelle Präferenz ist eindeutig, aber die betroffene Person hat den Wunsch, diese wäre anders, und unterzieht sich möglicherweise einer Behandlung, um diese zu ändern; wichtig ist hier vor allem die Abwehr einer homosexuellen Orientierung (F66.1: Ich-dystone Sexualorientierung).
- Die Differenzialdiagnose ist nach Exploration und psychiatrischer Untersuchung des/der Jugendlichen zu stellen.
- Vorübergehende Geschlechtsidentitätsunsicherheit im frühen Kindesalter: Bei beiden Geschlechtern sind deutlich häufiger im Vorschulalter als später Wünsche, dem anderen Geschlecht anzugehören, und geschlechtsatypisches Verhalten, insbesondere Crossdressing, zu beobachten. In der Regel verschwinden diese Wünsche und Verhaltensweisen spontan. Sie sind deutlich weniger intensiv ausgeprägt als bei Störungen der Geschlechtsidentität.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Eine genetische und endokrinologische Untersuchung sollte nur durchgeführt werden, wenn das Vorliegen einer intersexuellen Störung begründet vermutet wird.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Zusammenfassung der diagnostischen Ergebnisse und Überprüfung des Vorliegens der Leitsymptome: Dringlicher und anhaltender Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, und dauerndes Unbehagen über das eigene Geschlecht.

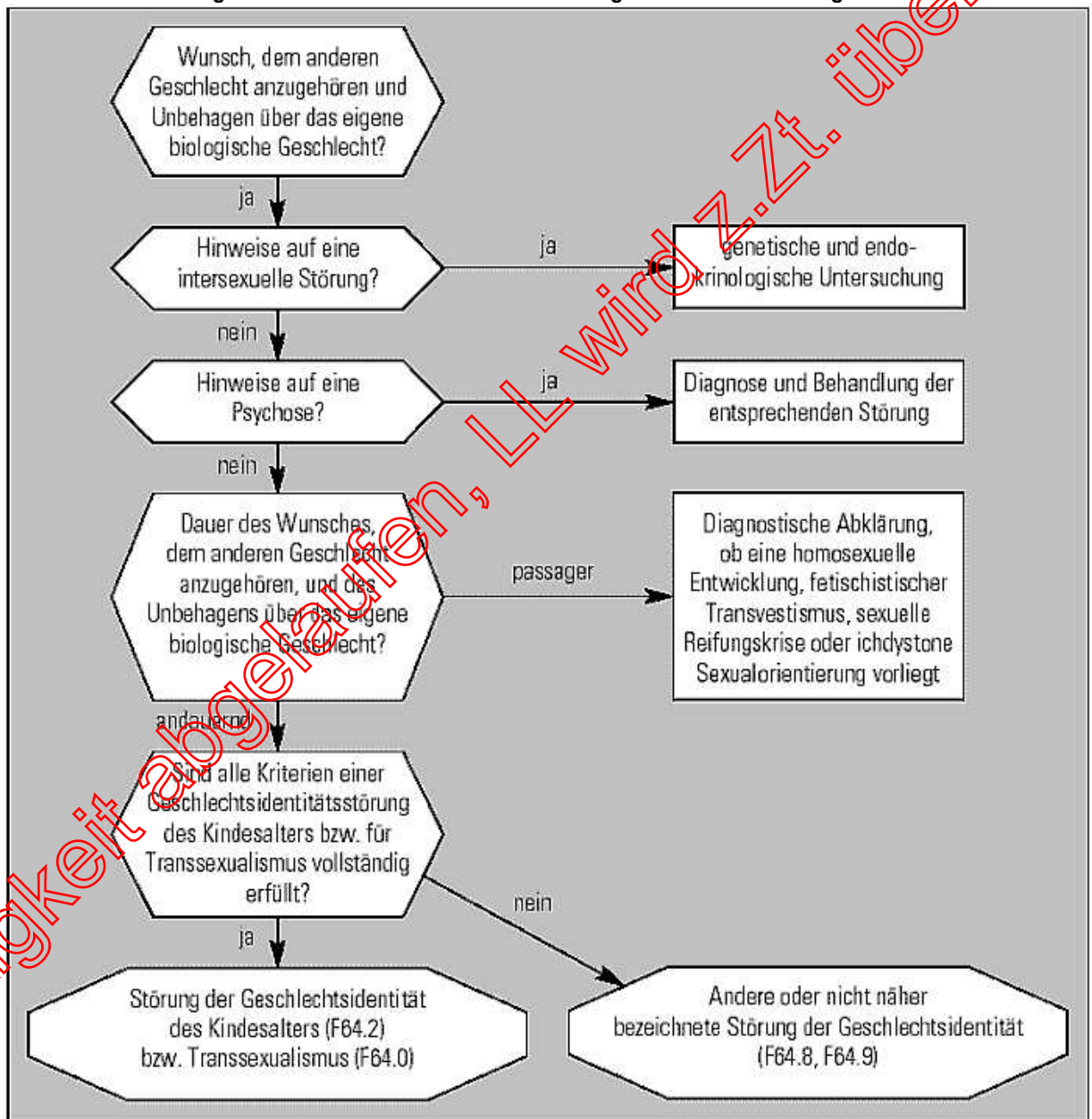
3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Feststellung von umschriebenen Entwicklungsstörungen, von Intelligenzminderung, von organischen Erkrankungen und Beurteilung der psychosozialen Anpassung. Bei Intelligenzminderungen liegen die Symptome der Geschlechtsidentitätsstörung oftmals in besonders rigider Ausprägung vor, wodurch eine psychotherapeutische Behandlung sehr erschwert werden kann. Bei ausgeprägten Intelligenzminderungen werden seltener Geschlechtsidentitätsstörungen beobachtet.

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Siehe Abb. 22: Entscheidungsbaum.

Abb. 22: Entscheidungsbaum bei Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter



4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

- Die Behandlung kann meist ambulant durchgeführt werden.
- Eine stationäre oder teilstationäre Therapie ist nur bei schwerwiegender psychiatrischer Komorbidität indiziert: Suizidversuche, Psychosen, schwere depressive Erkrankung.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

- Die bei Störungen der Geschlechtsidentität generell indizierte Behandlung ist die individuelle tiefenpsychologisch oder kognitiv orientierte Psychotherapie.
- Ziel der psychotherapeutischen Behandlung ist nicht die Beseitigung der Geschlechtsidentitätsstörung, dieses ist nur in Einzelfällen möglich, wird jedoch häufiger im Kindesalter beobachtet. Ein früher Therapiebeginn ist daher sinnvoll. Die Therapie dient auch der diagnostischen Klärung, ob eine transsexuelle Entwicklung vorliegt. Nach den klinischen Erfahrungen in größeren Behandlungszentren und den wenigen vorliegenden prospektiven Studien nimmt der Anteil transsexueller Entwicklungen mit zunehmenden Alter deutlich zu, bei Patienten im Kindesalter kommt es nur sehr selten zu dieser Entwicklung.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Bei Jugendlichen mit der ICD-10-Diagnose "Transsexualismus" folgt die Behandlung den Grundregeln der Behandlung erwachsener transsexueller Patienten [vgl. Sigusch 2001].

- Eine mindestens einjährige psychotherapeutische Arbeit dient der Abklärung, ob eine Unterstützung geschlechtsumwandelnder Maßnahmen (gegengeschlechtliche Hormonbehandlung, chirurgische Eingriffe, Namens- und Personenstandsänderung) indiziert ist.
- Falls der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung bestehen bleibt, muss ein sog. Alltagstest von mindestens einjähriger Dauer durchlaufen werden. Der Patient muss während dieses Alltagstests möglichst voll in der angestrebten Geschlechtsrolle leben, die psychotherapeutische Behandlung sollte hierzu begleitend durchgeführt werden.
- Geschlechtsumwandelnde Maßnahmen sollten frühestens nach dem Erreichen des 18. Lebensjahres eingeleitet werden. Nur in Ausnahmefällen, in denen eine eindeutige transsexuelle Entwicklung vorliegt (die Diagnose sollte von 2 unabhängigen Fachleuten gestellt werden), kann vor dem 18. Geburtstag eine hormonelle Therapie begonnen werden. Zunächst sollten Hormone mit reversiblen Effekten gewählt werden, bei biologisch männlichen Patienten GnRH-Analoga oder Antiandrogene, bei biologisch weiblichen Patienten GnRH-Analoga oder Gestagene. Möglichst nicht vor dem 16. Geburtstag kann anschließend eine Therapie mit gegengeschlechtlichen Hormonen begonnen werden. Geschlechtskorrigierende operative Eingriffe sollten frühestens nach dem 18. Geburtstag begonnen werden.

Bei Kindern ist das primäre Ziel der Psychotherapie, die sich aus dem "Anderssein", der psychischen und sozialen Außenseiterstellung entwickelnden Konflikte zu vermindern. Dieses kann auch durch eine konkrete Beratung der Eltern erreicht werden, denn diese zeigen häufig Unsicherheiten, ob und in welchem Umfang sie geschlechtsatypische Kleidung und Aktivitäten erlauben sollen. Die Eltern sollten über den wahrscheinlichen Verlauf von Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter aufgeklärt werden. Bei Jungen kommt es meist zu homosexueller Partnerwahl oder bisexuellem Verhalten. Mädchen können auch nach länger dauernder und intensiver Symptomatik meist im Laufe der pubertären Entwicklung den Wunsch aufgeben dem anderen Geschlecht anzugehören und über ihr biologisches Geschlecht nicht länger Unbehagen empfinden. Kindergartenzieher und Lehrer sollten, optimal durch die Eltern, in Grundzügen über das Vorliegen einer Geschlechtsidentitätsstörung aufgeklärt werden, um zu vermeiden, dass auf das Kind Druck ausgeübt wird, sich geschlechtstypisch zu verhalten.

Die psychotherapeutische Arbeit sollte langfristig sein, d.h. über einen Mindestzeitraum von 2 Jahren 1- bis 2-mal wöchentlich, geplant werden. Bei jüngeren Kindern ist sie nach den Regeln der Spieltherapie durchzuführen, gestaltendes und expressives Spiel hat Vorrang vor Regelspielen. Bei älteren Kindern sollte der Versuch verbaler psychotherapeutischer Arbeit gemacht werden.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Entfällt.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Bei jugendlichen Patienten mit einer Geschlechtsidentitätsstörung, die einer stationären Behandlung bedürfen, kann eine Unterbringung in einem Einzelzimmer notwendig sein.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Führt bei Jugendlichen die Symptomatik zu gravierenden unlösbaren Konflikten in Elternhaus, Schule oder Beruf, so kann eine Unterbringung des/der Jugendlichen in einer (ggf. therapeutischen) Wohngruppe notwendig werden, weiterhin ein Wechsel von Schule oder Arbeitsplatz, wobei Lehrer/Ausbilder in angemessener Weise vorab zu informieren sind.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Liegt eine intersexuelle Störung nicht vor, so ist bei Störungen der Geschlechtsidentität eine Behandlung mit Sexualhormonen kontraindiziert. Eine psychopharmakologische Behandlung ist nur bei gleichzeitigem Vorliegen einer anderen psychiatrischen Störung indiziert, die eine solche Behandlung erfordert.

1. Bradley SJ, Zucker KJ: Gender identity disorder: a review of the past 10 years. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 36 (1997) 872 - 880
2. Green R: The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality. New Haven, London: Guilford Press 1987
3. Meyenburg B (2006) Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: Sigusch V (Hrsg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 4. Aufl., Thieme, Stuttgart
4. Meyenburg B, Gender identity disorder in adolescence: outcomes of psychotherapy. Adolescence (1999), 34, 305-313
5. Sigusch V (2006) Transsexuelle Entwicklungen. In: Sigusch V (Hrsg.), Sexuelle Störungen und ihre Behandlung, 4. Aufl., Thieme, Stuttgart
6. Smith YLS, van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT, Adolescents with Gender Identity Disorder who were Accepted or Rejected for Sex Reassignment Surgery: A Prospective Follow-up Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2001), 40, 472-481
7. The Royal College of Psychiatrists, Council Report CR63, January 1998, Gender Identity Disorders in Children and Adolescents. IJT II,2, (www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr63.pdf, 2.8.2006 (externer Link))
8. Zucker KJ, Bradley SJ (1995) Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. Guilford Press, New York

Psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Bei psychischen und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung leiden Patienten unter einer Unsicherheit hinsichtlich ihrer Geschlechtsidentität oder der sexuellen Orientierung, die zu Ängsten oder Depressionen führt (Sexuelle Reifungskrise F66.0).

Bei der ich-dystonen Sexualorientierung (F66.1) ist die sexuelle Ausrichtung klar, aber die Betroffenen wünschen, es wäre anders.

1.2 Leitsymptome

Die Symptome einer sexuellen Reifungskrise können sehr vielfältig sein:

- Bei einer Unsicherheit hinsichtlich der Geschlechtsidentität kann schon im frühen Kindesalter der Wunsch geäußert werden, dem anderen Geschlecht anzugehören, oder gar nach einer Geschlechtsumwandlung.
- Unsicherheiten hinsichtlich der sexuellen Orientierung bestehen in der Regel erst ab der Pubertät.
- Häufig sind Ängste, Depressionen, sozialer Rückzug als Folge der Unsicherheit der Geschlechtsidentität.
- Typisch sind Ängste männlicher Jugendlicher, homosexuell zu sein.

Ich-dystone Sexualorientierung (F66.1)

- Jugendliche, die sich ihrer homosexuellen Orientierung bewusst werden; hierdurch ist starker Leidensdruck häufig (wegen Befürchtung von Ablehnung, Spott und Verschmähung durch Familie/Gesellschaft).
- In der Folge treten häufig Ängste und Depressionen bis hin zu Suizidversuchen und Wünschen nach Behandlung zur Veränderung der sexuellen Orientierung oder zu Wünschen nach Geschlechtsumwandlung auf.
- Die homosexuelle Orientierung selbst ist nicht als Störung anzusehen.

1.3 Schweregradeinteilung

- Psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Orientierung können in unterschiedlich schwerer Ausprägung auftreten.
- In besonders schweren Fällen können Selbstverstümmelungen, Wünsche nach operativer Geschlechtsumwandlung und Suizidversuche auftreten. Angesichts der Vielfalt der Symptome erscheint eine systematische Schweregradeinteilung nicht sinnvoll.

1.4 Untergruppen

Mit der fünften Stelle der ICD-10-Verschlüsselung können die problematische Entwicklungsphase und die sexuelle Orientierung gekennzeichnet werden:

- Heterosexuell: F66.x0
- Homosexuell: F66.x1
- Bisexuell: F66.x2
- Andere, einschl. präpubertär: F66.x8.

1.5 Ausschlussdiagnose

Entfällt.

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Bei allen psychischen und Verhaltensproblemen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung und bei der ich-dystonen Sexualorientierung ist in erster Linie eine eingehende psychiatrische Untersuchung des Kindes/Jugendlichen notwendig, in der spezifisch auf die Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung eingegangen werden muss. Daneben sind Eltern bzw. Bezugspersonen störungsspezifisch zu explorieren. Bei Unsicherheiten der Geschlechtsidentität sind geschlechtstypische bzw. -atypische Verhaltensweisen, Interessen, Wünsche, Spiele, Freizeitaktivitäten und Berufswünsche zu beobachten bzw. zu explorieren (s. hierzu Leitlinie "Störungen der Geschlechtsidentität"). Bei Unsicherheiten hinsichtlich der Sexualorientierung bzw. bei der ich-dystonen Sexualorientierung sind in erster Linie die betroffenen Jugendlichen zu explorieren. Von besonderer Bedeutung sind die die Masturbation begleitenden sexuellen Phantasien. Dieses ist oft sehr schwierig, da dieses Thema in ganz erheblichem Maße schambesetzt ist. Eine hohe Sensibilität und großes Taktgefühl seitens des Untersuchers sind notwendig.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Die störungsspezifische Entwicklungsgeschichte ist durch Exploration des Kindes bzw. Jugendlichen und der engeren Bezugspersonen zu erheben.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Unsicherheiten hinsichtlich der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität treten nicht selten bei Zwangserkrankungen auf. Zwangssymptome können die Funktion haben, solche Unsicherheiten abzuwehren. Beobachtet wurde ebenfalls eine Komorbidität mit paranoiden schizophrenen Psychosen. Die mit einer ich-dystonen Sexualorientierung einhergehenden Ängste und Depressionen können einen Schweregrad erreichen, der eine eigene Diagnose einer depressiven Störung notwendig macht. Wird eine homosexuelle Orientierung vom sozialen Umfeld des Jugendlichen abgelehnt oder gar verfolgt oder bestraft, so ist die Diagnose einer Anpassungsstörung (F43.2) zu stellen.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Von besonderer Bedeutung als Rahmenbedingung ist die Einstellung des sozialen Umfeldes gegenüber abweichender sexueller Orientierung, hier insbesondere die religiöse Einstellung. Angehörige religiöser Minderheitengruppen können eine abweichende Sexualorientierung als besonders belastend und unakzeptierbar erleben.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Spezifische diagnostische Testverfahren zum Erfassen psychischer und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung existieren nicht.

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Bei sexuellen Reifungskrisen mit Unsicherheit hinsichtlich der Geschlechtsidentität oder der sexuellen Orientierung und auch bei der ich-dystonen Sexualorientierung ist das Vorliegen einer Geschlechtsidentitätsstörung differenzialdiagnostisch abzugrenzen (diagnostische Kriterien s. Leitlinie zu Störungen der Geschlechtsidentität - F64). Differenzialdiagnostisch bedeutsam sind ferner das Vorliegen einer Zwangserkrankung und einer paranoiden schizophrenen Psychose (diagnostische Kriterien s. Leitlinie zu Schizophrenie - F20).

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Entfällt.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Entfällt

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Entfällt

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Entfällt

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Indiziert ist meist eine ambulante Therapie, sofern nicht eine stationäre Behandlung aus folgenden Gründen notwendig ist:

- Komorbidität mit schwerwiegenden anderen psychiatrischen Erkrankungen
- Suizidgefahr
- Scheitern ambulanter Behandlungsversuche bei in erheblichem Ausmaß belastender Symptomatik (Angst, Depression).

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidung und Beratung

Entfällt.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Therapiemethodisch indiziert sind eine tiefenpsychologische oder kognitive Psychotherapie. Bei schweren Ängsten oder ausgeprägter depressiver Symptomatik kann eine kurzfristige symptomatische, anxiolytische respektive antidepressive, medikamentöse Behandlung notwendig werden, insbesondere mit selektiven Serotonin-Reuptake-Hemmern. In der Regel ist auch eine Beratung der Eltern oder Erzieher notwendig. Hierbei ist unbedingt darauf zu achten, dass die Intimsphäre der Patienten gewahrt wird. Der Inhalt des Beratungsgesprächs sollte daher prinzipiell mit dem Patienten vorher abgesprochen werden.

Vorrangig ist die Beratung der Eltern und/oder Bezugspersonen bei einer vom Jugendlichen konflikthaft erlebten homosexuellen Orientierung. Sinnvoll kann eine Heranführung des Jugendlichen an eine homosexuelle Jugendgruppe sein, um das oftmals als besonders bedrückend erlebte Gefühl der Isolation zu vermindern.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Entfällt.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Entfällt.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Entfällt

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Entfällt.

Literatur:

1. Düring S (2006) Probleme der weiblichen sexuellen Entwicklung. In: Sigusch V (Hrg.), Sexuelle Störungen und ihre Behandlung, 4. Aufl. Georg Thieme, Stuttgart
2. Friedrich WN et al., Normative sexual behavior in children. Pediatrics (1991), 88, 456-464
3. Meyenburg B (2000) Sexuelle Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter. In: Dannecker M, Reiche R (Hrg.), Sexualität und Gesellschaft. Campus, Frankfurt a. M., New York
4. Schmauch U (2006) Probleme der männlichen sexuellen Entwicklung. In: Sigusch V (Hrg.), Sexuelle Störungen und ihre Behandlung, 4. Aufl. Georg Thieme, Stuttgart

Verfahren zur Konsensbildung:

Bearbeiter dieser Leitlinie

B. Meyenburg

Korrespondenz an:

Dr. med. Bernd Meyenburg
Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Zentrum der Psychiatrie
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
Deuschordenstraße 50
60590 Frankfurt am Main

Redaktionskomitee:

federführend

Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 25.01.2008; 09:51:05

Gültigkeit abgelaufen, Leitlinien nicht überprüft