

# Wahlverwandtschaften? Trans-Identifizierung und Anorexia nervosa als maladaptive Lösungsversuche für Entwicklungskonflikte in der weiblichen Adoleszenz

Alexander Korte, Gisela Gille

## Elective Affinities? Trans-Identification and Anorexia Nervosa as Maladaptive Attempts to Solve Developmental Conflicts in Female Adolescence

### Abstract

The number of minors who believe they are „the wrong gender“ and seek sex reassignment has increased exponentially in recent years. It is striking that over 80 percent of affected gender dysphoric adolescents who wish to undergo body modification procedures and legal measures are now girls. The draft of the so-called „Self-Determination Act“ (Self-ID) stipulates that minors who have reached the age of 14 should be able to submit a corresponding application to the relevant registry office without any preconditions. In view of this, it is all the more important to analyze the causes of the observed epidemiological shifts. Above all, it must be critically reflected whether transgender identification might also be a maladaptive solution strategy for quite a few adolescent girls to avoid the pressure from the significant developmental tasks and adjustment requirements of female puberty. In order to gain a deeper understanding of this point, it is helpful to look at the analogies between a newly occurring gender incongruence that first manifests itself in early or middle adolescence and anorexia nervosa, and to work out the underlying developmental psychological causes of female puberty and adolescence in particular. Based on this, and following a brief discussion of different approaches to the treatment of gender dysphoric children and adolescents, possibilities for medical prevention are presented.

**Keywords:** Female puberty, Body dysphoria, Anorexia nervosa, Gender incongruence, Transsexuality, Self-Determination Law

### Zusammenfassung

Die Anzahl von Minderjährigen, die sich „im falschen Geschlecht“ wähnen und eine „Geschlechtsänderung“ anstreben, ist in den letzten Jahren exponentiell gestiegen. Dabei sticht ins Auge, dass mittlerweile über 80% der betroffenen gendersdysphorischen Jugendlichen mit Wunsch nach körpermodifizierenden und juristischen Maßnahmen Mädchen sind. Der Entwurf des sog. „Selbstbestimmungsgesetzes“ sieht vor,

dass auch Minderjährige mit Vollendung des 14. Lebensjahres voraussetzungslos einen Antrag auf Personenstandsänderung beim zuständigen Standesamt stellen können. In Anbetracht dessen gilt es umso mehr, die Ursachen für die beobachteten epidemiologischen Verschiebungen zu analysieren. Kritisch reflektiert werden muss vor allem, ob die transgeschlechtliche Identifizierung für nicht wenige jugendliche Mädchen eine maladaptive Lösungsstrategie sein könnte, dem Druck durch die immensen Entwicklungsaufgaben und Anpassungserfordernisse der weiblichen Pubertät auszuweichen. Um in diesem Punkt zu einem tieferen Verständnis vorzudringen, ist es hilfreich, die Analogien einer sich in der Adoleszenz erstmanifestierenden Genderinkongruenz und der Pubertätsmagersucht in den Blick zu nehmen und die dem zugrunde liegenden entwicklungspsychologischen Ursachen speziell der weiblichen Pubertät und Adoleszenz herauszuarbeiten. Ausgehend davon werden, nach vorangestellter Diskussion unterschiedlicher Ansätze in der Behandlung von geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen, Möglichkeiten ärztlicher Prävention aufgezeigt.

**Schlüsselwörter:** weibliche Pubertät, Anorexie, Körperdysphorie, Geschlechtsinkongruenz, Transsexualität, Selbstbestimmungsgesetz

## Einleitung

Dass die Jugendzeit die schönste Zeit im Leben sei, diese Meinung kann nur dem chronischen Gedächtnisoptimismus Erwachsener entspringen sein. Nie wieder fühlt man und vor allem frau sich so fremd im eigenen Körper, und nie wieder im Leben ist eine solche **Fülle umwälzender Veränderungen** zu verarbeiten wie in der Pubertät. Ziel und Aufgabe von Pubertät und Adoleszenz sind die Ich-Integration des sich reifungsbedingt verändernden Körpers und der Sexualität, der Aufbau intimer Beziehungen, die Entwicklung der Fruchtbarkeit und Fortpflanzungsfähigkeit, von Identität, Selbständigkeit, sozialer Kompetenz und von realistischen Zukunftsperspektiven. Diese Vorgänge berühren das Leben mit all seinen Brechungen, Sehnsüchten und Ängsten und setzen einerseits Widerstandskraft und Durchsetzungsfähigkeit, andererseits ein hohes Maß an **Veränderungsbereitschaft, Flexibilität** sowie fortgeschrittene **Fähigkeiten zur Emotions- und Selbstregulation** voraus.

**Aspekte der psychosexuellen und Identitätsentwicklung**

- Festigung einer neuen Körperidentität und Ich-Integration des sich im Zuge der Pubertät wandelnden Körpers; Konsolidierung des geschlechtsbezogenen Zugehörigkeitsgefühls
- Auseinandersetzung mit der sich unter dem Einfluss der (nativen) Sexualhormone während der Pubertät manifestierenden individuellen sexuellen Präferenzstruktur
- Gestaltung sexueller Beziehungen und Entwicklung der eigenen sexuellen Identität auf der Grundlage altersgemäßer soziosexueller Erfahrungen
- Autonomie/Ablösung von den Eltern, Relativierung des Einflusses der Herkunftsfamilie und Festlegung eigener Einstellungen, Bewertungskategorien und Wertrangfolgen
- Entwicklung realistischer beruflicher Pläne und Lebensentwürfe sowie von geeigneten Strategien zur eigenen Positionierung unter Gleichaltrigen

Dieser Beitrag richtet sich nicht nur an Kinder- und Jugendpsychiater:innen und -Therapeut:innen. Er ist auch eine Aufforderung an alle mit jugendlichen Patientinnen in Kontakt stehenden Ärztinnen und Ärzte, auch an diejenigen, die im Rahmen der pädiatrischen und psychosomatischen Grundversorgung (in Krankenhäusern oder im ambulanten Bereich) tätig sind, sich der spezifischen Herausforderungen bzw. besonderen Probleme speziell der weiblichen Pubertät bewusst zu werden und die Möglichkeiten ärztlich-therapeutischer Beratung, Unterstützung und Sexualaufklärung zur Prävention von altersphasentypischen psychischen Störungen künftig noch effizienter auszuschöpfen.

Dazu werden im Folgenden nach einem einleitenden Überblick über die während der Pubertät stattfindenden psychischen Wandlungs- und physiologischen Hirnreifungsprozesse – **erstens** – die zentralen Entwicklungsaufgaben der weiblichen Adoleszenz und die damit oft einhergehenden Schwierigkeiten erörtert. Dies sind zum einen die erforderliche **Festigung einer neuen Körperidentität**, zum anderen die Gestaltung sexueller Beziehungen inklusive **Entwicklung der sexuellen Erlebnisfähigkeit**. Im Geschlechtervergleich verlaufen sowohl die Ich-Integration des sich pubertätsbedingt verändernden Körpers als auch die sexuelle Identitätsfindung und Konsolidierung des eigenen Begehrens in manchen Punkten unterschiedlich. Für Mädchen sind die dafür notwendigen Entwicklungsschritte ganz besonders herausfordernd.

Daran anknüpfend werden – **zweitens** – **evidente Analogien von Geschlechtsdysphorie und Anorexia nervosa** diskutiert, die unter anderem darin bestehen, dass es sich in beiden Fällen um körperdysphorische Störungen mit direktem Bezug zur Sexualität handelt, und dass beide psychische Erkrankungen als **maladaptive Lösungsstrategien** zur Bewältigung eines subjektiven Überforderungserlebens während der Adoleszenz verstanden werden können, welches sich bei weiblichen Jugendlichen deutlich häufiger einstellt.

Ausgehend von diesen primär entwicklungspsychologisch/-psychiatrischen Überlegungen und der sich daraus ergebenden Erweiterung des Blickwinkels werden – **drittens** – zum einen

die **anhaltende Kontroverse um unterschiedliche Behandlungsansätze** in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geschlechtsbezogenem Identitätskonflikt (Geschlechtsdysphorie) erläutert und die unseres Erachtens entscheidenden Vorteile einer *genderkritischen (-explorativen)* gegenüber einer *transaffirmativen* Therapie dargelegt, zum anderen **Möglichkeiten und Ansatzpunkte ärztlicher Prävention** aufgezeigt.

## Moratorium Pubertät

### Entwicklungsaufgaben, Hirnreifungsprozesse und Stolpersteine

Bis vor einigen Jahren war es gängige Lehrmeinung, dass die für die Pubertät und Adoleszenz typischen Verhaltensweisen Jugendlicher vorwiegend auf die Wirkung der geschlechtsspezifischen Sexualhormone zurückgehen. Mittlerweile besteht Konsens, dass Hormone und **gerichtete Umbau- bzw. Re-Organisationsprozesse des Gehirns** in dieser Zeit in einzigartiger Weise interagieren (Giedd et al., 2012). Dabei verläuft die Reifung des Gehirns sozusagen von „hinten nach vorn“, von den einfacheren zu den höheren Funktionen, d.h. nicht alle Hirnregionen reifen gleichzeitig oder gleich schnell. Wahrnehmung, Bewegungssteuerung und räumliche sowie zeitliche Orientierung oder der Schlaf-Wachrhythmus werden jetzt, wenn auch oft genug ineffizient, neu justiert, und zuletzt reift der präfrontale Cortex, der für planendes Handeln, Abwägen, überlegte Entscheidungen, Besonnenheit und Impulskontrolle zuständig ist (Krone, 2011). Bestimmte Verhaltensweisen und vorübergehende Beeinträchtigungen sind – mit individuellen Unterschieden – bei beiden Geschlechtern gleichermaßen pubertätstypisch:

- Gefühlsschwankungen und Schwierigkeiten der Emotionsregulation
- Wechselnd-alternierende Überwertigkeit- und Minderwertigkeitsgefühle
- Identitäts- und Rollenunsicherheit, Schüchternheit, „Schamkrise“
- Eingeschränkte Fähigkeit zu vorausschauendem Planen und Handeln
- Mangelnder Sinn für Gefahren, riskantes und leichtsinniges Verhalten
- Egozentrismus und rebellisches Verhalten, „physiologischer Narzissmus“

Jugendliche suchen neue Erfahrungen, deren Konsequenzen nicht immer richtig bedacht und deren Risiken vorübergehend nicht korrekt eingeschätzt werden können – **viele Wirren der Pubertät erklären sich aus dieser Abfolge der Hirnreifungsprozesse**. Die Pubertät ist aber auch eine Zeit, in der Gefühle

und Verhalten Jugendlicher den Eltern gegenüber besonders widersprüchlich sein können, gelten doch **Individuation und Ablösung von den primären Bezugspersonen**, die Umgestaltung der Objektbeziehungen sowie die Relativierung des Einflusses der Herkunftsfamilie und die Entwicklung eigener Bewertungsmaßstäbe als wesentliche Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz. Zudem ist es wichtig und richtig, wenn Eltern dann auch ihre eigene Meinung geltend machen, auf Regeln bestehen, auch mal entschieden „Nein“ sagen. Erzieherische Gleichgültigkeit ist auch und gerade in der schwierigen Lebensphase der Pubertät für Jugendliche verletzend, sie wollen Gewissheit haben und Grenzen erfahren – sei es nur deshalb damit sie spüren können, wann sie eine Grenze erreichen oder überschreiten. Denn **Grenzüberschreitung und Tabubruch** können in der Pubertät durchaus lustvolle Erlebnisse sein und sind auch notwendig, um eigene Handlungsspielräume und Grenzen auszuloten, was aber nur möglich ist, wenn es Grenzsetzungen gibt.

### Spezielle Probleme der weiblichen Adoleszenz – depressives Selbstkonzept

In den vielen Jahren, in denen wir der schulischen und elterlichen Sexualerziehung unsere ärztliche Kompetenz an die Seite stellen – sei es durch das Angebot einer eigens für diesen Zweck implementierten, auf die Fragen und speziellen Bedürfnisse weiblicher Jugendlicher zugeschnittenen Mädchensprechstunde, sei es im Rahmen eines ärztlich-therapeutischen Beratungs- und Behandlungskontextes – stets haben weibliche Jugendliche dieses Informations- und Unterstützungsangebot mit großem Interesse angenommen. Andererseits haben sie aber auch immer wieder ein altersphasentypisches, in der weiblichen Adoleszenz häufig auftretendes **depressives Selbstkonzept** und **Unsicherheiten in der Körperwahrnehmung** zu erkennen gegeben (Abb. 1). Bemerkenswert ist, dass dies für die nicht-klinische Stichprobe der Schülerinnen und für manifest psychisch erkrankte, behandlungsbedürftige jugendliche Mädchen gleichermaßen gilt, wenn auch in unterschiedlicher Häufigkeit, Ausprägung und Schwere.

Wenn uns aber im letzten Schuljahr ca. 1/3 der Mädchen auf die Frage nach dem Wunsch an eine gute Fee antwortet, „dass ich lieber ein Junge wäre“ (vgl. Abb. 2) – eine Antwort, die uns in den letzten Jahren so konkret nur äußerst selten begegnet ist –, dann kann man das nicht losgelöst von der aktuellen **medialen Präsenz dieses Themas** erklären. Wie sonst wäre der dramatische Anstieg der Fallzahlen insbesondere bei weiblichen Jugendlichen zu verstehen, ohne auf den negativen Einfluss von Influencern hinzuweisen, die in den sozialen Netzwerken und Internetforen zu vermeintlich problemloser „Transition“ motivieren (Korte & Tschuschke, 2023; Korte et al., 2020)?

Die Nachfrage, ob es dabei um den Wunsch nach einem Penis und anderen primären und sekundären männlichen Geschlechtskennzeichen geht, wird von der Mehrzahl der Mädchen

• Ich bin 13 Jahre alt

• Ich bin 160 cm groß

• Ich wiege 50 kg

• Fühlst du dich in deinem Körper wohl:

immer

nicht immer  
warum nicht? ist einfach so

nein  
warum nicht? \_\_\_\_\_

• Würdest du gerne etwas an dir austauschen?

nein

ja  
was? Alles

• Wenn es eine gute Fee gäbe, worum würdest du sie bitten?

ja  
das ich Hübscher werde und dünner ein Pferd

Abb. 1: Depressives Selbstkonzept einer 13-Jährigen (2021)

• Ich bin 14 Jahre alt

• Ich bin 153 cm groß

• Ich wiege \_\_\_\_\_ kg

• Fühlst du dich in deinem Körper wohl:

immer

nicht immer  
warum nicht? \_\_\_\_\_

nein  
warum nicht? würde lieber ein Junge sein

• Würdest du gerne etwas an dir austauschen?

nein

ja  
was? das geschlecht

• Wenn es eine gute Fee gäbe, worum würdest du sie bitten?

das ich ein Junge werden will

Abb. 2: „das(s) ich ein Junge werden will“ (2023)

verneint. Im Vordergrund steht vielmehr, dass Mädchen-Sein und Frau-Werden ganz grundsätzlich und insbesondere heute mit vielfältigen Nachteilen, Einschränkungen und Überforderung verbunden werden. Es liegt somit zwar eine ausgeprägte **Ablehnung des sich verändernden weiblichen Körpers** und/oder der weiblichen **Geschlechtsrolle** vor, aber kein ausgeprägtes Verlangen nach den Körpermerkmalen des anderen Geschlechts. Diese Mädchen erfüllen demnach also *nicht* die diagnostischen Kriterien einer klinisch relevanten Geschlechtsdysphorie nach DSM-5. Dennoch führt eine solche Symptomschilderung des Öfteren zu Fehldiagnosen und veranlasst manche ärztliche Kollegen zur eilfertigen Überweisung der Jugendlichen an entsprechende Spezialambulanzen. Zumal nicht wenige der verunsicherten Teenager diesen externen Zuschreibungen gar nicht widersprechen, erfahren sie doch darüber – die Fremd- und Selbstkategorisierung als „trans“ – das ersehnte Gefühl, in und mit ihrem Leiden an den pubertätsbedingten Veränderungen ernst genommen zu werden.

Dadurch kann sich eine folgenreiche Eigendynamik entwickeln, mit vollständiger Übernahme jener gesellschaftspolitisch derzeit so hoch im Kurs stehenden Identifikations-schablone („trans-kid“). Das ist verständlich, weil diese eine plausibel erscheinende Erklärung für das negative Selbst- und Körpergefühl liefert („im-falschen-Körper-geboren“). Neben den beschriebenen Verstärkungsmechanismen dürfte in einem Teil der Fälle auch das **pubertätstypische Bedürfnis nach Einzigartigkeit**, Originalität und zugleich identitätsstiftender **Gruppenzugehörigkeit** eine nicht unbedeutende Rolle spielen (Korte & Tschuschke, 2023).

Zu verhindern wäre diese überaus missliche, bisweilen fatale Weichenstellung durch eine höhere Beratungskompetenz in der Primärversorgung. Keineswegs im Widerspruch dazu stehend ist einzuräumen: Die Grenze zwischen den verschiedenen Ausprägungen bzw. varianten Ausdrucksformen pubertätsbedingter Reifungskonflikte ist nicht in jedem Fall leicht und eindeutig zu ziehen. Denn zunehmend häufiger gibt es Überschneidungen und fließende Übergänge, z.B. zwischen Anorexie, körperdysmorpher Störung (etwa die isolierte Ablehnung der weiblichen Brust) und Geschlechtsdysphorie, worauf noch zurückgekommen wird.

Auch bei einem Großteil der stärker betroffenen und die Kriterien einer Geschlechtsdysphorie vollumfänglich erfüllenden Mädchen gibt es – das ist der springende Punkt – oft keinerlei Hinweise auf eine Vorgeschichte geschlechtsinkongruenten Erlebens in der Kindheit. Vielmehr erfolgte das „Trans-Outing“ plötzlich und für das familiär-soziale Umfeld überraschend erst mit Einsetzen der Pubertät, offenbar ursächlich damit im Zusammenhang stehend, im Sinne einer maladaptiven Reaktion auf die als belastend oder überfordernd empfundenen reifungsbedingten Veränderungen. Im Zusammenhang mit diesem akut auftretenden, als **Rapid Onset Gender Dysphoria** (ROGD) bezeichneten Wunsch nach Transition (Littman, 2018) sprechen Experten bisweilen von einem **Werther-Effekt** –

analog zu der Zunahme von Suiziden männlicher Jugendlicher nach Erscheinen des Romans *Die Leiden des jungen Werther* von Goethe. Um die später noch im Detail zu benennenden epidemiologischen Verschiebungen besser einordnen zu können, lohnt sich der Blick auf geschlechtstypische Unterschiede in der Perzeption der pubertätsbedingten körperlichen und psychischen Reifungsprozesse.

## Festigung einer neuen weiblichen Körperidentität

### Tatsächliches und „gefühltes“ Übergewicht

Der Mädchenkörper verändert sich während der Pubertät zielführend im Hinblick auf den Fortpflanzungsaspekt der Sexualität. Dabei schafft die Natur zunächst alle Voraussetzungen, bevor sie mit Eintritt der Menarche die Funktion selbst etabliert. Die äußeren Zeichen der weiblichen Geschlechtsreife beginnen mit der Entwicklung der Schambehaarung, gefolgt von der Brustentwicklung und der Achselbehaarung. Darüber hinaus nimmt bei Mädchen in der Pubertät das Fettgewebe um 50 Prozent zu, der weibliche Körper wird kurvig – ein seit Jahrtausenden bewährtes Prinzip, um auch in Hunger- und Notzeiten durch Rückgriff auf das eigene Körperfett den Erfolg einer Schwangerschaft zu gewährleisten. Etwa zwei Jahre nach Beginn der Brustentwicklung ist die erste Menstruation zu erwarten, mit deren Einsetzen ist das Längenwachstum von Mädchen im Wesentlichen abgeschlossen. All diese reifungsbedingten Veränderungen des Körpers verlangen den Mädchen **erhebliche Integrations- und Anpassungsleistungen** ab. Angesichts dieser gewaltigen Umwälzungen stellt sich unter anderem die Frage: Wie formieren sich weibliches Körperbild und Körperzufriedenheit junger Mädchen?

Der Begriff Körperbild (*body image*) wurde von Paul Schilder eingeführt (Schilder, 1935) und als *the picture of our own body which we form in our mind* definiert. Heute wird der Begriff weiter gefasst und bezieht sich neben der Perzeption und den Vorstellungen über den eigenen Körper auch auf dessen **subjektive Bewertung**. Letztere unterliegt in entscheidendem Maße gesellschaftlich-normativen Vorgaben, kulturellen Prägungen und zeitgenössischen, **medial vermittelten ästhetischen Idealen** oder wird zumindest durch diese stark beeinflusst. Viele Mädchen wachsen mit Barbie auf, einer Kunstfigur mit extrem schlanker Taille und ebensolchen Hüften, deren Gestalt keinerlei Platz lässt für Organe, von einer Schwangerschaft ganz zu schweigen. Im Vergleich empfinden Mädchen ihren weiblich veränderten Körper in der Regel als zu weich, entgrenzt und dick.

Dazu gibt es eindrucksvolle statistische Zahlen: Nach Analyse der BMI-Daten von 936 Mädchen im Alter zwischen 11 und 17 Jahren waren laut KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts (Schienkiewitz, 2019) 18,1% übergewichtig oder adipös, 7,5% waren untergewichtig, 74,5% normalgewichtig. Etwa jedes fünfte Mädchen zwischen 11 und 17 Jahren in Deutschland ist also nach objektiven Kriterien zu dick. Die KiGGS-Daten zeigten aber darüber hinaus, dass unter den objektiv normalgewichtigen Mädchen viele unter einem **verzerrten Körper-Selbstbild** leiden: 54,5% der 11–17-jährigen normalgewichtigen Mädchen gaben an, dass sie sich für „ein bisschen zu dick“ oder „viel zu dick“ halten. Der Anteil normalgewichtiger Teenager weiblichen Geschlechts, die durch diese unrealistische Körperwahrnehmung **Einbußen ihres Selbstwertgefühls** erleiden, war dabei stärker gestiegen als der Anteil der objektiv Übergewichtigen.

Die sozialen, medialen und kulturellen Einflüsse auf adoleszente Mädchen, sich – nicht selten in selbstschädigender Weise – dem Diktat des herrschenden Schönheits- und Schlankheitsideal zu unterwerfen (Borkenhagen, Stirn, Brähler, 2013), treten hier offen zu Tage. Vor allem infolge **medialer Hypersexualisierung** wird ein erheblicher Druck aufgebaut. Der Glaube an die eigene Attraktivität ist für viele Frauen so schwer zu erlangen wie die (perfekte) physische Schönheit selbst. Das unrealistische Ideal von androgyner Schlankheit und virtueller Schönheit verhindert, dass Mädchen ihren erwachsen werdenden Körper und die hinsichtlich der Fertilität symbolische Bedeutung dieser Veränderungen akzeptieren können („Ich habe so einen Pferdearsch gekriegt“).

Eine Reihe von Studien liefern Hinweise, dass eine große Zahl pubertierender Mädchen als Reaktion darauf massive Selbstzweifel entwickeln: Sie halten sich für hässlich, unattraktiv und schämen sich infolge einer gestörten Selbstwahrnehmung für bestimmte Teile ihres Körpers. Die vermeintlich mangelnde Festigkeit des Körpers durch Zunahme des Fettanteils, Schamhaarung und auch die Menstruation stehen im Widerspruch zum **Körperkult einer sich in Selbstoptimierung übenden Gesellschaft** und zu den Möglichkeiten der Körpermodifikation. Infolge dessen muss das Urteil über die eigene körperliche Ausstattung negativ ausfallen. Wenn aber das eigene Körperbild permanent diskrepant von dem erwünschten wahrgenommen wird, dann führt das zu einer tiefen Verunsicherung über den Wert als Person, von der sich viele Frauen – wenn überhaupt – erst spät wieder befreien können.

## Ideal der geschlossenen Muschel

### Akzeptanz des sich verändernden Körpers am Beispiel des äußeren Genitales

Mädchen sind unsicher, ob das, was sie an sich bemerken, normal sei und können sich schwerer als Jungen durch Vergleichen Sicherheit verschaffen. Die Befürchtung, anders zu sein als andere, hinterlässt Unklarheit und Selbstzweifel (Abb. 3). Das aktuelle ästhetische Ideal der Vulva ist definiert durch straffe, volle äußere Schamlippen, die die inneren vollständig bedecken. Mädchen ahnen nicht, dass die Bilder in Hochglanzmagazinen häufig nachbearbeitet und retuschiert wurden, und sind verunsichert durch ihre vermeintliche eigene ästhetische Unzulänglichkeit. Die Gründe für den nachgewiesenen Anstieg **ästhetisch motivierter Eingriffe am äußeren weiblichen Genitale** sind komplex. Aber sicher tragen knappe Badebekleidung, die starke Präsenz von Nacktheit in den Medien und nicht zuletzt die Verbreitung von erotischem/pornografischem Bild- und Filmmaterial in den digitalen Medien bzw. im Internet (Korte, 2018; 2020) dazu bei, dass sich für diesen Körperbereich ästhetische Normen herausgebildet haben.

Zudem haben partnerschaftliche Sexualpraktiken eine Diversifizierung erfahren, der Oralverkehr ist auch für jugendliche Teil des sexuellen Repertoires. Die Modeerscheinung der Intimrasur ist da nur eine logische Konsequenz, die wiederum zu einer neuen Sichtbarkeit der äußeren Genitalien führt. „Eine bis dato primär zur Privatsphäre zählende Körperregion – die Schamregion – unterliegt fortan einem Gestaltungsimperativ“

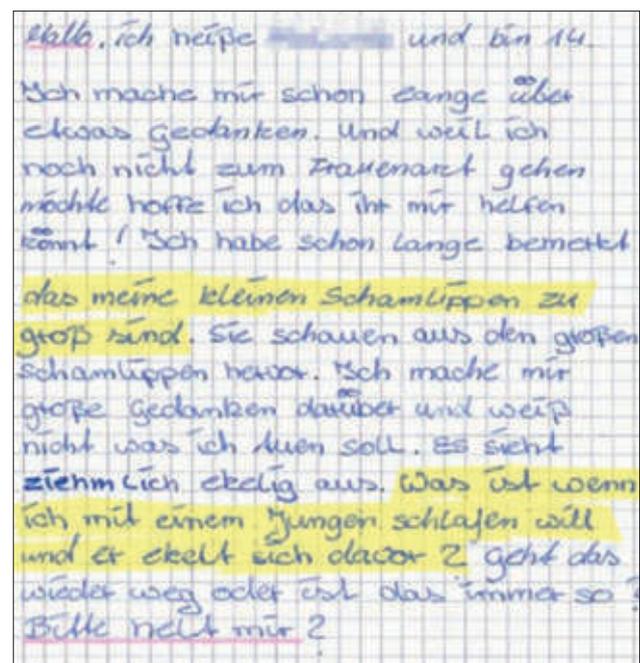


Abb. 3: „meine kleinen Schamlippen sind zu groß“

(Borkenhagen & Brähler, 2010, 8). Das männliche Genital muss möglichst groß und prominent sein, was durch die Intimrasur unterstützt wird, das weibliche dagegen klein und vorpubertär – dem „Ideal der geschlossenen Muschel“ (ebd.) entsprechend, wie man in Werbeanzeigen für genitalchirurgische Eingriffe (Labienreduktionsplastik) lesen kann.

## Die Menstruation – Geschenk, notwendiges Übel oder Zumutung?

Die Veränderungen der *inneren* weiblichen Geschlechtsorgane bleiben dem Blick von Mädchen verborgen, und nur die wenigsten Mädchen haben jemals Gelegenheit, von kompetenter Seite etwas über die faszinierenden Abläufe in ihrem Körperinneren zu erfahren. „Als ich meiner Mutter erzählt habe, dass ich meine erste Regel bekommen habe, hat sie nur gesagt ‚Ach Du Schreck, jetzt bist du auch mit dem Mist dran.‘“

Die erste Menstruation stellt für Mädchen generell ein merkwürdiges, ambivalent besetztes Geschehen dar: Einerseits wird sie von den meisten Mädchen mit Spannung erwartet, symbolisiert sie doch Erwachsenwerden und eine positive Bestimmung der definitiven Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht. Andererseits konfrontiert die Regel die Mädchen mit einer **Fülle von Missempfindungen**. Die damit verbundenen Assoziationen beruhen vor allem auf einem Verlust von Sauberkeit und Kontrolle.

Viele Mädchen werden in ihren ersten fertilen Jahren durch mehr oder minder starke Dysmenorrhoe eingeschränkt. Auch die Bewegungseinschränkung wird beklagt, Mädchen fühlen sich durch den **Verlust des kindlich unabhängigen Körpergefühls** gehandicapt. Prämenstruelle **Stimmungsverschlechterung**, **Gewichtsschwankungen**, Heißhungergefühle, Veränderungen des Hautbildes, Introvertiertheit und soziale Empfindlichkeit begleiten viele Mädchen während des vierwöchentlichen Zyklus – und viele Mädchen empfinden die Regel in der Konsequenz als Zumutung.

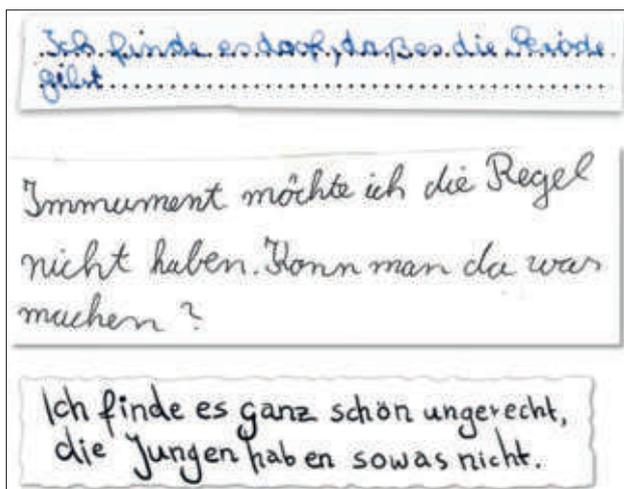


Abb. 4.1–4.3: Menstruationsperzeption junger Mädchen

Wenn unumstritten ist, dass das körperliche und seelische Befinden vor und während der Menstruation von jedem Mädchen vor dem Hintergrund ihres Wissens und ihrer Einstellung wahrgenommen wird, dann kann es nicht wundern, dass viele Mädchen aus Mangel an Informationen von kompetenter Seite diesen prinzipiell vitalen Vorgang ihres Körpers verdrängen und so die Handlungsebene und damit ein positives, autonomes Körpergefühl nur schwer wiedererlangen können (Gille et al., 2010). Das wiederum bereitet den Boden dafür, dass sich auf Basis negativer Konditionierung das Gefühl einstellt: Jungen haben es irgendwie leichter! Die Auseinandersetzung mit dem weiblichen Körper im Allgemeinen und der Menstruation im Besonderen ist deshalb ein sozialer Lern- und Entwicklungsprozess, auf den ein Mädchen im Sinne der **Fertility awareness** ein Anrecht hat.

## Gestaltung sexueller Beziehungen

### Lieben lernen in Zeiten innerer Orientierungslosigkeit

Sexualität ist ein **Grundbedürfnis** eines jeden Menschen nach körperlich-sinnlichem Lustempfinden, nach Nähe, Intimität, Geborgenheit, Selbstvergewisserung und Bestätigung, liebens- und begehrenswert zu sein. Und Pubertät und Adoleszenz sind *die* lebensgeschichtliche Phasen, in der Körperlichkeit und Sexualität zu zentralen Themen werden und in denen Mädchen im besten Fall ein positives, lustvolles Verhältnis zu ihrem Körper und zu ihrer Weiblichkeit entwickeln. Mit ihren **vier Sinnaspekten** begleitet uns Sexualität ein Leben lang, mit durchaus unterschiedlicher individueller, geschlechts- und **lebensphasenspezifischer Gewichtung** oder Ausprägung.

#### Die Sinnaspekte der Sexualität

1. **Identitätsaspekt:** sich als Individuum als begehrenswert, angenommen und akzeptiert zu erfahren, geliebt zu werden, zugleich selbst jemanden lieben zu können und darüber ein stabiles Selbstwertgefühl zu entwickeln
2. **Beziehungsaspekt:** Emotional gebunden zu sein in einer Beziehung zu einem anderen Menschen; sich geborgen zu fühlen und die Gewissheit zu erfahren, nicht allein zu sein
3. **Lustaspekt:** sexuelle Aktivität als einzigartiges sinnliches Erlebnis und zugleich körper-sprachliche Kommunikations-/Ausdrucksform im Zusammensein mit einem geliebten Menschen; Antrieb und Belohnung für sexuelles Verhalten
4. **Fortpflanzungsaspekt:** Zeugung, Austragen und Geburt eines Kindes und damit Gründung einer eigenen Familie, jedoch fakultativ und zeitlich begrenzt (von der Menarche/Pubertät bis Menopause)

Den Identitäts- und Beziehungsaspekt erleben Kinder von Anfang an, auch die Lustdimension ist angeboren und sollte pädagogisch begleitet werden, um Kindern ein positives und ganzheitliches Bild von Sexualität zu vermitteln und ihnen zugleich die Ideale

der sexuellen Selbstbestimmung, notwendigen Grenzziehung und wechselseitigen Rücksichtnahme nahezubringen. Der Fortpflanzungsaspekt dagegen wird erst unter dem **Einfluss der geschlechtsspezifischen Sexualhormone** in der Pubertät relevant.

## Sexuelle Triebimpulse werden geschlechtsspezifisch wach

**Jungen** erreichen im Gegensatz zu den Mädchen ihre Fortpflanzungsfähigkeit mit der **Ejakularche** häufig schon, bevor ihre eigentliche körperliche Entwicklung, d.h. die Ausgestaltung eines männlichen Körpers mit Scham- und Achselbehaarung, Stimmbruch und Bartwuchs einsetzt. Es besteht also ein direkter enger Zusammenhang zwischen dem Anstieg des männlichen Geschlechtshormons Testosteron im Blut und dem Auftreten nächtlicher Samenergüsse, **masturbatorischer Handlungen** und sexueller Neugierde. Auch Jungen in der Pubertät sind zarte Geschöpfe mit vielen verwirrenden Gefühlen. Aber für Jungen steht der Beginn der Pubertät durch den Samenerguss in direktem Zusammenhang mit der Lustdimension von Sexualität, die sich häufig im Kontext der Selbstbefriedigung an ihm selbst Ausdruck verleiht und zu einem gesellschaftlich geschätzten Potenzzuwachs im umfassenden Sinne führt. Während also beim Jungen die Verknüpfung von Fortpflanzungsfunktion/-fähigkeit und Lusterleben quasi biologisch vorgegeben ist, verhalten sich die Dinge beim Mädchen komplizierter.

Anders als Jungen erreichen **Mädchen** mit der **Menarche** ihre Fortpflanzungsfähigkeit nach dem Wachstumsschub und erst nach der Entwicklung einer weiblichen Figur. Der weibliche Körper wird jetzt attraktiv und oft schon früh bewertend kommentiert – **Sexualität wird an einem Mädchen entdeckt, bevor sie sich in ihr selbst entfaltet**. Mädchen begreifen schnell den Zusammenhang zwischen äußerlicher Attraktivität und Erfolg innerhalb der Peergroup, und einzelne Mädchen stellen jetzt ihren Körper früherwachsen zur Schau, um so auf ihre Art Interesse an Kontakten zu signalisieren. Aufgrund dieser frühen auffälligen Körperveränderungen erfahren Mädchen also eine von außen an sie herangetragene Sexualisierung ihres Körpers, die noch wenig Bezug hat zu ihren eigenen Gefühlen. Denn die erste Regel als Symbol für die weibliche Pubertät hat keine wirklich *sexuelle* Qualität, sondern lenkt das Interesse der Mädchen zunächst ins Körperinnere. Die mit der ersten Menstruation immer auch verbundene Entfaltung sexueller Ahnungen wird überlagert durch die Fokussierung auf ein Hygieneproblem und einer diffusen Trauer wegen des Verlustes des kindlich unabhängigen Körpergefühls. Darum brauchen Mädchen mehr Zeit, sexuelle Empfindungen aufzuspüren und zuzulassen. Weibliche Sexualität wird also zunächst weg vom *Lust-* hin zum *Fortpflanzungsaspekt* verschoben. Demgegenüber überlagert beim Jungen das Lusterleben beim Samenerguss dessen Bedeutung als Beginn der Zeugungsfähigkeit.

Auch Mädchen in der Pubertät sind neugierig auf das, was Liebe und Sexualität zu bieten haben. Dabei sind sie aber zunächst erfüllt vom **Beziehungsaspekt der Sexualität**, d.h. von der Sehnsucht nach einer symbiotischen Liebe voller Nähe und Zärtlichkeit. Mädchenfreundschaften haben in dieser Phase einen besonders wichtigen Stellenwert. Die Beziehung zu einer gleichaltrigen Freundin, mit der sie Phantasien, Geheimnisse und auch Zärtlichkeiten teilt, erhält eine große Bedeutung auch für den Ablösungsprozess von der Mutter bzw. den Eltern. Die Freundin als bestätigende Gleiche gewährleistet ein Gefühl der Sicherheit. Nicht wenige Mädchen durchlaufen in der Früh-adoleszenz ein **homoerotisches Durchgangsstadium**, durchaus auch mit erotisch-sexuellen Aktivitäten. Über viele aufeinander folgende und miteinander verwobene Entwicklungsschritte wechseln heterosexuelle Mädchen später hinüber zu dem von libidinösen Impulsen geprägten Werben eines jungen Mannes. Das gelingt den Mädchen unterschiedlich gut. Die selbstwertsteigernde Erfahrung, begehrenswert zu sein, verführt insbesondere Mädchen aus problematischen Herkunftsfamilien oder wenn kein stabilisierendes Elternhaus mehr besteht, den ersten Geschlechtsverkehr als eine Form **psychologischer „Anpassungsleistung“ an ihre Sehnsucht nach Liebe**, Zärtlichkeit und Jemandem-etwas-bedeuten zu akzeptieren. Auch dem inflationären gesellschaftlichen Umgang mit Sex in den Medien können sich manche Mädchen kaum entziehen, die sexuelle Erfahrung Gleichaltriger wird häufig grandios überschätzt.

Und viele Mädchen sind irritiert, wenn es Jungen drängt, ihre Gefühle und Bedürfnisse nach Nähe in einer stark vom Lustaspekt geprägten Weise zum Ausdruck zu bringen (Abb. 5). Junge Männer begreifen Sexualität durchaus als etwas Eigenständiges, das losgelöst vom Beziehungskontext gelebt werden kann. Die meisten Mädchen dagegen können Sexualität zunächst nicht losgelöst von ihren Gefühlen/Beziehung/Partnerschaft sehen, was im Gegensatz zu den Botschaften eines sex-positiven Feminismus in den Medien steht. Dass dabei auch kulturelle Einflüsse in Form tradiertter Geschlechtsrollenmodelle mit entsprechenden Erwartungszwängen, erziehungsbedingten Hemmungen und sonstigen Sozialisierungseffekten eine Rolle spielen, sei eingeräumt.

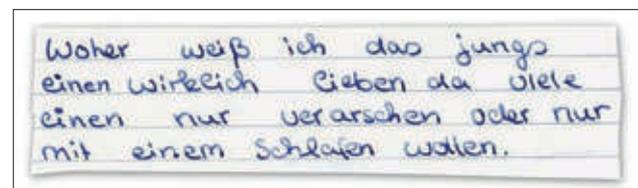


Abb. 5: Verhältnis von Beziehungs- zur Lustdimension in der Sexualität junger Mädchen

## Potentielle Auswirkungen von Objektifizierung und misogynen pornografischen Skripten

Auf die möglicherweise bislang unterschätzte Bedeutung einer frühzeitigen, von manchen Mädchen als verstörend, in einigen Fällen sogar traumatisierend erlebten **Exposition mit multimedial-audiovisueller Pornografie** hat kürzlich Nadrowski (2023) unter Bezugnahme auf D'Alberton & Scardovi (2021) hingewiesen. Von Relevanz sein dürften hier vor allem bestimmte Formen frauenverachtender Gewalt-, Devianz- oder – im Extremfall – Delinquenz-Pornografie (bspw. sog. „Kinderpornografie“, treffender zu bezeichnen als filmische Dokumentation sexuellen Kindesmissbrauchs). Nadrowski argumentiert, dass die Zunahme von Genderdysphorie unter weiblichen Adoleszenten seit den Zweitausend-Nullern zeitlich korreliert mit der unkontrollierten Verbreitung und freien Verfügbarkeit pornografischer Inhalte im Internet (Gassó & Bruch-Granados, 2021). Sie empfiehlt, das Thema in der Therapie ebenso direkt anzusprechen wie eventuelle online- oder offline-Kontakte minderjähriger Mädchen zu erwachsenen Männern, die sich mit missbräuchlichen Absichten über soziale Medien, Chatrooms und Videoportale an sie heranmachen. Dass die unkritische **Übernahme und Aneignung frauenfeindlicher sexueller Skripte**, die auf Falschannahmen über Sexualität und Geschlechterrollen beruhen, eine Ablehnung von Weiblichkeit und die Angst davor, eine Frau zu werden, verstärken kann, erscheint nicht abwegig.

Nun ließe sich mit Blick auf das unterschiedliche Nutzungsverhalten von Mädchen und Jungen einwenden, dass weibliche Jugendliche in weitaus geringerem Maße Pornografie konsumieren. Dabei bliebe jedoch unberücksichtigt, dass Mädchen auch ungewollt pornografischen Skripten ausgesetzt werden, bspw. dadurch, dass ihnen entsprechende Videoclips (per E-Mail-Anhang, Messenger-Dienste oder Chat-Apps) von Jungen weitergeleitet werden, um sie zu schockieren oder zu beschämen (Korte, 2018).

Wenn also das Verständnis von Sexualität traditionell eher von männlichen Bedürfnissen und klar erkennbaren Tendenzen einer Objektifizierung der Frau dominiert wird, dann ist es für Mädchen nicht leicht, in diesem Umfeld erwachsen zu werden. Und so scheitern frühe Beziehungen allzu oft an diesen Inkongruenzen, **diskrepanten Erwartungen und Bedürfnissen**. Im Nachhinein schätzen 32% der Mädchen den Zeitpunkt ihres ersten Geschlechtsverkehrs als zu früh/viel zu früh für sich ein (Scharmanski & Hessling, 2021). Der Gedanke, dass auch hier Jungen es irgendwie besser haben oder sich leichter tun, liegt auf der Hand: „Ich wär' auch so gern ein bisschen geiler“ formulierte ein Mädchen ihr defizitäres Gefühl.

## Sonderfall sexueller Missbrauch

### Spaltung zwischen dem Selbst und dem Körper

In manchen Fällen liegen der Ablehnung des eigenen Geschlechts und einem sozialen, ggf. auch juristischen und medizinischen Transitionswunsch reale körperliche Gewalt- und insbesondere die traumatische Erfahrung eines **erlittenen sexuellen Übergriffs** zugrunde (Gehring & Knudson, 2005; Becerra-Culqui et al., 2018), wobei es sich nicht notwendigerweise um *Hand-on-Delikte* gehandelt haben muss. Auch in der Genese von Essstörungen können Missbrauchserfahrungen eine Rolle spielen. Ein gehäuftes Vorkommen sexuellen Missbrauchs in der Anamnese der Betroffenen ist weniger für das Krankheitsbild der Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0) – am wenigsten für die restriktive Form der Anorexie –, durchaus jedoch bei Patientinnen mit Bulimia nervosa (F50.1) beschrieben. Darüber hinaus gilt das Erleben eines sexuellen Übergriffs als unspezifischer **Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen** allgemein, ist also nicht pathognomonisch; körperbezogene Störungen zeigen aber die größte Assoziation.

Dazu ein paar Fakten: Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) verzeichnet für das Jahr 2022 in Deutschland 15.520 durch die Polizei ausermittelte Fälle des sexuellen Kindesmissbrauchs (§§ 176, 176a, 176b, 176c, 176d, 176e StGB). Diese beziehen sich zu etwa 74% auf betroffene Mädchen und zu 26% auf Jungen. Hinzu kommen 1.583 Fälle von sexuellem Missbrauch von Schutzbefohlenen und Jugendlichen sowie 48.821 Fälle der Herstellung, des Besitzes oder der Verbreitung kinder- und jugendpornografischer Inhalte.<sup>1</sup> Bei diesen Zahlen handelt es sich um das sogenannte polizeiliche Hellfeld, die Dunkelziffer dürfte deutlich höher liegen.

Hinweise auf einen erlittenen sexuellen Missbrauch finden sich in den Anamnesen von Frau-zu-Mann-Transsexuellen, also bei biologisch weiblichen Betroffenen – wenig überraschend – signifikant häufiger als in denen von Mann-zu-Frau-Transsexuellen. Eine sich in einer solchen Situation bzw. im Nachgang dazu einstellende Trans-Identifizierung wäre primär als ein **traumakompensatorisches Reaktionsmuster** zu werten. In einer älteren Untersuchung einer *nicht*-klinischen Stichprobe von erwachsenen Frau-zu-Mann-Transsexuellen fand Devor eine extrem hohe Rate sexueller Traumatisierung: Der Anteil derer, die eine oder mehrere Formen sexueller Missbrauchserfahrung erlitten hatten, lag bei 60%, was ihn zu der Schlussfolgerung veranlasste, dass Transsexualität (in jenen Fällen mit einem derartigen Trauma) eine extreme adaptive dissoziative Reaktion auf schwere kindliche Missbrauchserfahrungen sein kann (Devor, 1994).

<sup>1</sup> [https://beauftragtemissbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Zahlen\\_und\\_Fakten/Fact\\_Sheet\\_Zahlen\\_und\\_Fakten\\_zu\\_sexuellem\\_Kindesmissbrauch\\_UBSKM.pdf](https://beauftragtemissbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Zahlen_und_Fakten/Fact_Sheet_Zahlen_und_Fakten_zu_sexuellem_Kindesmissbrauch_UBSKM.pdf)

Dass es nebst dieser sehr extremen eine Reihe weiterer subtilerer Formen von Traumatisierung gibt – etwa im Kontext einer Bindungsstörung als Folge einer tiefgreifend gestörten Mutter-Kind-Beziehung –, die in ähnlicher Weise ätiologisch von Bedeutung für die Entwicklung einer ausgeprägten Körperbildstörung und, im Speziellen, einer Geschlechtsdysphorie sein können (Kozłowska et al., 2021), soll zumindest am Rande erwähnt werden; eine erschöpfende Darstellung würde den Rahmen sprengen.

## Will ich lieber ein Mann sein – oder nur keine Frau?

### Pubertäre Ausweichmanöver im Rückwärtsgang

Wie wir zu zeigen versucht haben, führen die reifungsbedingten Veränderungen des Körpers in der Pubertät bei den meisten Mädchen zunächst in eine Phase tiefer Verunsicherung. Die **Entwicklung einer stabilen weiblichen Identität** ist für Mädchen in der Adoleszenz hochkomplex, anspruchsvoll, störanfällig und von Krisen begleitet. Weibliche Jugendliche sehen sich heutzutage mit mannigfaltigen Anforderungen und Auswahlmöglichkeiten unterschiedlichster Art konfrontiert, die manchen von ihnen ungeahnte Freiräume eröffnen, die sie für die Entwicklung einer emanzipierten beruflichen und privaten Lebensplanung nutzen können. Die gestiegenen gesellschaftlichen Erwartungen wie auch medial omnipräsente Powerfrauen als Vorbild setzen andere Mädchen wiederum unter Leistungsdruck und bringen sie in Gefahr, an den enormen Herausforderungen und einem überhöhten Anspruch an sich selbst zu scheitern.

Für zunehmend mehr Mädchen ist der ihnen vorgelebte Lebensentwurf ihrer zwischen beruflicher und Care-Arbeit hin- und hergerissenen, chronisch gestressten und erschöpften Mütter inzwischen kein attraktives Leitbild mehr für die eigene weibliche Emanzipation, die auch **notwendige Schritte sexueller Selbstbemächtigung** erfordert. Auch hier liegt das eigentliche Problem nicht in dem Wunsch, tatsächlich lieber ein Mann/Junge sein zu wollen, sondern vielmehr im gesellschaftlichen Anpassungsdruck. Erwachsenwerden ist besonders schwer in einer Gesellschaft, der einheitliche Werte und Normen immer mehr abhandenkommen, die sich durch moralische Widersprüchlichkeiten auszeichnet und in der die symbolisch bedeutsame weibliche Körperausstattung keine Anerkennung und Wertschätzung mehr findet. Über Medien wird ein Umgang mit Sexualität ins Scheinwerferlicht gerückt, der die alters- und geschlechtsspezifischen Triebansprüche von Mädchen nicht oder nur wenig respektiert (Korte, 2018).

Dadurch fühlen sich nicht wenige Mädchen von den Herausforderungen des bevorstehenden Frauseins schier über-

fordert, und es verwundert nicht, wenn sie dem auszuweichen versuchen. Der Vermeidungswunsch macht sie empfänglich für alternative präformierte Identifikationsschablonen. Ihre Angst vor individueller Emanzipation, die eine kritische Auseinandersetzung mit unrealistischen kulturellen Schönheits- und Schlankheitsidealen wie auch mit internalisierten Geschlechterrollenstereotypen einschließt, versuchen sie durch **Identifikation mit identitären Gefühlskollektiven** und Gruppenzugehörigkeit aufzufangen (Korte & Tschuschke, 2023). Speziell Mädchen mit der traumatischen Erfahrung eines sexuellen Übergriffs in der Kindheit kämpfen ohnehin dauerhaft mit der Spaltung zwischen ihrem Selbst und dem weiblichen Körper.

Hinzu kommt, dass die Fähigkeit zum geduligen Abwarten, Bedürfnisaufschub und mühsamen Erarbeiten von Gewünschtem aufgrund der in unserer Konsumgesellschaft meist ad hoc erfolgenden Bedürfnisbefriedigung wenig trainiert wurde. Woher sollen Jugendliche Selbstvertrauen in die eigenen Kräfte und Problembewältigungsstrategien gelernt haben, wenn sie bis dahin immer vor allem bewahrt wurden? Auch deshalb können Mädchen, die eine ausgeprägte Angst vor den Anforderungen des Frau-Werdens haben, dazu tendieren, für diese Entwicklungsaufgabe nicht eine reale, sondern eine **imaginäre Lösung** zu suchen. Dies wird umso eher der Fall sein, wenn Kindheit und bisherige lebensgeschichtliche Entwicklung von einer schwierigen Bindungs-, Beziehungs- oder Körpergeschichte geprägt waren. Zwingend erforderlich wäre gerade für diese höchst vulnerable Gruppe von Jugendlichen die Möglichkeit einer ungestörten psychophysischen Reorganisation in der Pubertät, also Zeit und Raum für Entwicklung.

Sie sind so jung, so vor allem Anfang, und ich möchte Sie, so gut ich es kann, bitten ... Geduld zu haben gegen alles Ungelöste in Ihrem Herzen und zu versuchen, die Fragen selbst liebzuhaben wie verschlossene Stuben und wie Bücher, die in einer sehr fremden Sprache geschrieben sind. Forschen Sie jetzt nicht nach den Antworten, die Ihnen nicht gegeben werden können, weil Sie sie nicht leben könnten. Und es handelt sich darum, alles zu leben. Leben Sie jetzt die Fragen. Vielleicht leben Sie dann allmählich, ohne es zu merken, eines fernen Tages in die Antwort hinein.

Rainer Maria Rilke an Franz Xaver Kappus (1903)

## Anhalten der Zeit durch Essensverweigerung oder Pubertätsblocker

### Maladaptive Lösungsstrategien für Konflikte der weiblichen Adoleszenz

Wodurch entscheidet sich, **welcher Modus der Konfliktverarbeitung bzw. welche maladaptive Verhaltensweisen** im Falle einer defizitären Selbstentwicklung respektive krisenhaften Dekompensation während der Pubertät aktiviert werden? Das dürfte von einer Vielzahl von Variablen, pathogenen Entwicklungsbedingungen und der je unterschiedlichen psychosozial-familiären Konstellation im Zusammenspiel mit individuellen, durchaus auch biologischen Dispositionen – im Sinne einer klassischen Gen-Umwelt-Interaktion – abhängen, so dass die Frage letztlich nicht befriedigend beantwortet werden kann. Sowohl bei der Anorexia nervosa als auch einer klinisch relevanten Geschlechtsdysphorie gelangt man auf der Grundlage theoriegeleiteter Konzepte zu differenten, nicht notwendigerweise widersprüchlichen, sondern sich ergänzenden Aussagen bezüglich möglicher kausaler Bedingungen. In beiden Fällen ist bei verallgemeinernden Aussagen und monokausalen Erklärungsversuchen Vorsicht geboten.

### Lösungsversuch Anorexie – Flucht vor Weiblichkeit und Suche nach Autonomie

Essstörungen bei weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen sind ein weit verbreitetes Phänomen. Mädchen im Alter von 13 bis 16 Jahren zeigen deutlich häufiger als Jungen ein gezügeltes Essverhalten (Kalorienrestriktion) bei gleichzeitig starker Unzufriedenheit mit der Figur und einem **intensiveren Erleben der Körperentfremdung** (Körperbildstörung). Die Zahl stationär behandelter Anorexie-Fälle ist in den vergangenen zehn Jahren gestiegen und hat sich während der Corona-Pandemie kurzfristig nochmal erhöht – wobei die Hauptlast von den Kliniken für Pädiatrie aufgefangen wurde (Kölch et al., 2023).

Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Essstörung werden als multifaktorielles Krankheitsgeschehen gesehen, bei dem individuell psychische mit biologischen (teils genetischen), familiären und soziokulturellen Faktoren zusammenwirken. Die genauen Details gelten jedoch als ungeklärt, vor allem was das Ineinandergreifen verschiedener Faktoren und deren Gewichtung im Einzelfall anbetrifft (Korte & Wagner, 2020). Grundsätzlich kann die Symptomatik als Ausdruck eines inneren Konflikts verstanden werden. Essen kann als Ersatzbefriedigung für unerfüllte Bedürfnisse dienen, andererseits vermittelt der Verzicht darauf das Gefühl von Kontrolle, Unabhängigkeit und Stärke. Es gibt verschiedene psychodynamische Erklärungsmodelle, die auf die individuelle, vor allem frühkindliche Lebensgeschichte Bezug nehmen

(„Strukturelle Störung“), intrapsychische oder interpersonelle Konflikte (z.B. Autonomie versus Abhängigkeit) betonen oder auf **unbewältigte Entwicklungsaufgaben** (sexuelle Reifung, Erwachsenwerden) bzw. eine tiefgreifende Verunsicherung des Selbst und in der Konsequenz **Ablehnung von Weiblichkeit bzw. der weiblichen Geschlechtsrolle** verweisen.

Magersucht ist der verzweifelte Versuch, die Zeit anzuhalten, den in der Pubertät als entgrenzt wahrgenommenen Körper in seine Schranken zu verweisen, Ordnung wenigstens am eigenen Körper zu schaffen, wenn diverse andere Probleme in eine Sackgasse zu führen scheinen. Der Körper wird zum Austragungsort innerer Konflikte, und die große **Disziplinleistung des Hungerns**, mit einem hohen Maß an bizarrer Ritualisierung, ersetzt die Kontrolle über das eigene Leben. So lassen sich lähmende Ohnmacht- in Machtgefühle verwandeln. Oft ist die Anorexie Ausdruck einer Suche nach dem „verlorenen Paradies der Kindheit“, so wenig paradiesisch diese im Einzelfall auch gewesen sein mag, stets aber auch eine **Suche nach Grenze, nach Autonomie, nach Identität**, nach sich selbst. Magersüchtige Mädchen sind hungrig nicht nur im konkreten, sondern auch im übertragenen Sinne. Sie sind hungrig nach Autonomie, scheitern aber an den Klippen des Erwachsenwerdens: den weiblichen Körper mit seinen Äußerungen und Zuschreibungen zu akzeptieren und die Aufnahme sexueller Beziehungen unter den gegebenen gesellschaftlichen Normen zu gestalten (Gille et al., 2017). Besonders ehrgeizig-perfektionistische Mädchen erfahren mit ihrer „Körperstrategie“ Anerkennung innerhalb der Peergroup und werden mit Gefühlen von Halt, vermeintlicher Unabhängigkeit und dem **Nimbus des Außergewöhnlichen**, vermeintlich Besonderen belohnt.

Viel von dem Gesagten trifft in gleicher Weise zu für die Genese und die typische Psychodynamik einer klinisch relevanten Geschlechtsdysphorie. So ist es nicht verwunderlich, dass bei Patienten mit geschlechtsbezogenem Identitätskonflikt (neben einer affektiven Erkrankung) des Öfteren auch Symptome einer Essstörung komorbid auftreten – mit Abweichungen des Essverhaltens in beide Richtungen, d.h. sowohl partielle oder komplette anorektische oder bulimische Essstörungssyndrome als auch eine manifeste Adipositas (Diemer et al., 2015; Holt et al., 2016). Es ist naheliegend, dass die der Essstörung ursächlich zugrunde liegende **Körperschemastörung** hier in einem engen Zusammenhang mit der Geschlechts- bzw. sexuellen Identitätsthematik steht.

### Exit-Strategie *trans* – Grenzüberschreitung und Suche im Fiktiv-Imaginären

Die Zahl der minderjährigen, vornehmlich der weiblichen Jugendlichen, die wegen eines geschlechtsbezogenen Identitätskonflikts vorstellig werden, ist in den Ländern der westlichen Welt in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen (Aitken et al.,

2015; Chen et al., 2016, 2023; Kaltiala-Heino & Lindberg, 2019; Kaltiala-Heino et al., 2020; Thompson et al., 2022; Van der Loos et al., 2023). Mancherorts betrug die **Zunahme der Patientinnen mit Geschlechtsdysphorie**, die in spezialisierten Beratungs- und Behandlungszentren um eine Transition nachsuchten, bis zu 4500% innerhalb eines Zehnjahreszeitraums (2009–2018) (de Graaf et al., 2018). Besonders die **Inversion der Sex-Ratio**, also die Umkehrung des zahlenmäßigen Verhältnisses betroffener Mädchen zu Jungen, ist erklärungsbedürftig (de Graaf et al., 2018; Kaltiala-Heino, Bergman, Työljärvi & Frisén, 2018; Zhang et al., 2021). Die Anzahl der bei Mädchen im Alter von 12 bis 17 durchgeführten Mastektomien hat sich einer U.S.-Studie zufolge zwischen 2013 und 2020 verdreizehnfach (Tang et al., 2022). Gleichzeitig verdichten sich die Hinweise, dass es auch in anderer Hinsicht zu einer Veränderung der Inanspruchnahmeklientel gekommen ist – mit, wie mittlerweile mehrfach gezeigt wurde, einer **deutlichen Zunahme der psychiatrischen Komorbidität** (Herrmann et al., 2022; Kaltiala-Heino, Holttinen & Tuisku, 2023; Kaltiala-Heino, Sumia, Työljärvi & Lindberg, 2015; Twist & de Graaf, 2019).

Vergleichbar der Magersucht bietet sich pubertierenden Mädchen mit dem Angebot eines „Geschlechtswechsels“ eine weitere, freilich besonders drastische Möglichkeit, die Auseinandersetzung mit den reifungsbedingten Veränderungen und Entwicklungsaufgaben zu umgehen und ihrem individuellen Leiden Ausdruck zu verleihen – in einer in unserer *Zeit* und *Kultur* akzeptierten Form. Mit Blick auf die Gesamtgruppe der betroffenen weiblichen Jugendlichen ist auch hier keineswegs von einem homogenen Patientenkollektiv mit einheitlicher Ätiologie auszugehen, sondern von einem je **unterschiedlichen individuellen Ursachen- und Bedingungsgefüge**. Im Rahmen des diagnostisch-therapeutischen Prozesses findet sich eine Vielzahl von möglichen Gründen, welche die Geschlechtsdysphorie im Einzelfall bedingen und auf die eine vermeintliche (oder tatsächliche) transsexuelle Entwicklung zurückzuführen sein dürfte. Die häufigsten Ursachen und zugleich **distinkten Erscheinungsformen** sind:

- Geschlechtsdysphorie als Ausdruck eines vorübergehenden *Altersrollenkonflikts* respektive einer Anpassungsstörung im Rahmen von Adoleszenz- oder sexuellen Reifungskrisen (d.h. infolge eines Scheiterns an pubertären Entwicklungsaufgaben);
- persistierendes Unbehagen, Akzeptanzschwierigkeiten oder *dauerhafte Non-Konformität mit gängigen Geschlechtsrollenerwartungen*, d.h. den Anforderungen, Regeln und Normen, wie Mädchen/Jungen sich in der jeweiligen Kultur verhalten sollen;
- Geschlechtsdysphorie infolge einer abgewehrten (verdrängten), *ich-dystonen Homosexualität* oder im Kontext von sexuellen Präferenzbesonderheiten (wobei letzteres als Motiv so gut wie ausschließlich bei biologisch männlichen Jugendlichen eine Rolle spielt);

- Geschlechtsdysphorie *bei anderen schweren psychischen Erkrankungen*, z.B. einer Autismus-Spektrum-Störung, oder als traumakompensatorisches Reaktionsmuster oder als Teil einer übergeordneten Identitätsdiffusion bei Persönlichkeitsstörung.

Es gibt eine Reihe wichtiger Gemeinsamkeiten von Geschlechtsdysphorie und Magersucht: In Ermangelung reiferer und konstruktiv-funktionaler Lösungsstrategien werden jeweils psychische Konflikte auf den Körper projiziert, gewissermaßen auf die somatische Ebene transferiert. Aufgrund der mangelnden Selbstakzeptanz bzw. des ausgeprägten Selbsthasses in Verbindung mit einer massiven Körperbildstörung kommt es zu einer **Wendung der Aggression gegen das eigene Selbst**, nach innen, aber auch nach außen, gegen wichtige Andere: Bei anorektischen Ess- ebenso wie bei Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) sind die Angehörigen, insbesondere die Eltern, nebst der sich häufig einstellenden massiven Schuld- und Versagensgefühle, starken Affekten von Hilflosigkeit und Ohnmacht ausgesetzt. Bei beiden Störungen wirkt sich dies innerhalb einer entsprechend pathologischen Beziehungsdynamik bisweilen verstärkend auf die Symptomatik der Indexpatientin aus.

Die Trend-Diagnose Geschlechtsdysphorie bzw. die Selbstkategorisierung als *trans* bietet gegenüber der Anorexia und Bulimia nervosa indes zwei entscheidende Vorteile: Erstens, im Vergleich zu den Essstörungen ist die Projektionsfläche bei der Geschlechtsinkongruenz vielfältiger, und die Grenzen werden nicht nur gesucht, sondern auf eine sehr konkretistische, nicht nur symbolische Weise überschritten. Zweitens, Geschlechtsinkongruenz und „Trans-Sein“ sind gegenwärtig gesellschaftlich und politisch extrem legitimiert und wurden in den letzten Jahren zu einer Angelegenheit der Menschenrechte definiert, was sich auch an dem geplanten „Selbstbestimmungsgesetz“ ablesen lässt. Infolge dessen erfahren die Betroffenen in ihrer Störung – die notabene nach dem Willen der Befürworter eines transaffirmativen Ansatzes nicht mehr als solche bezeichnet werden sollte – eine starke **externe Validierung und positive Verstärkung**.

## Trans als Zeitgeistphänomen – Das Gesundheitssystem als Teil des Problems

Anorexia und Bulimia nervosa werden häufig als **moderne ethnische Störung** bezeichnet; für den gegenwärtigen Hype um das Phänomen Geschlechtsinkongruenz, „trans“ und „Non-Binarität“, das besonders unter Angehörigen der jungen Generation in den westlichen Industriestaaten so stark verbreitet ist, gilt dies sicherlich in noch größerem Maße. Die dynamischen Wechselwirkungen von Zeitgeist und Rollenverständnis und die wichtige Bedeutung kultureller Einflussfaktoren, insbesondere die Verstärkungsmechanismen durch soziale Netzwerke und

Internetforen, sind für beide Konditionen bzw. maladaptiv-dysfunktionale Konfliktverarbeitungsmodi hinlänglich bekannt und ebenso schlüssig beschrieben wie die **fatale Wirkung sozialer Ansteckung**, welche offensichtlich auch über mediale Austauschprozesse, also einer lediglich virtuellen Begegnung mit gleichgesinnten bzw. ähnlich vulnerablen Peers erfolgen kann (Littman, 2018). Im Falle der psychogenen Essstörungen war dies immer wieder Anlass für Verbotsinitiativen bzw. für nur bedingt erfolgreiche Versuche, die „Pro-Ana“-Internet-Seiten, auf denen die Anorexie als Lebensform verklärt und offensiv für Hungerdiäten geworben wird, wegen ihres jugendgefährdenden Potentials sperren zu lassen.

Auf die **Bedeutung kultureller Umbrüche bzw. zivilisatorischer Krisen** für die Zunahme des Zeitgeist-Phänomens „Transgenderismus“ in der Postmoderne und unsere These, dass es sich dabei um eine **ins Individuum verlagerte Krisenlösung** handeln könnte, sind wir unlängst ausführlichst eingegangen (Korte & Tschuschke, 2023). Ergänzend dazu sei angemerkt, dass es in unserer Gesellschaft ein höchst auffällige, bisweilen voyeuristisch anmutende Faszination für selbstschädigende Verhaltensweisen im Speziellen von jungen Frauen gibt, die sich Trends unterwerfen. Beispiele dafür wären der Kult um das 1960er Magersuchtsmodell *Twiggy*, das zur Stilikone ihrer Zeit wurde und maßgeblich zur Popularisierung der Anorexie beigetragen hat; ebenso das breite Interesse einer schockierten Öffentlichkeit am Schicksal der heroinabhängigen 13-jährigen *Christiane F.*, die kollektive „Angstlust“ angesichts von Beschaffungsprostitution und Drogentod der *Kinder vom Bahnhof Zoo*, nach Erscheinen des gleichnamigen, weltweit mehr als drei Millionen Mal verkauften Buchs im Jahr 1978, das kurz darauf auch verfilmt wurde.

Unübersehbar ist aber auch die **Anfälligkeit der Medizin und Psychologie für das Phänomen einer (medial getriggerten) Massenhysterie**, im Zuge derer die Begeisterung für scheinbar neue Phänomene zu neuen und irreführenden Diagnosen führt, die Eingang in medizinische Klassifikationssysteme finden und unkorrigierbar jahrzehntelang einer angemessenen wissenschaftlichen Überprüfung „standhalten“. Sobald die Symptommuster kodifiziert und validiert sind, können sie von denjenigen gefunden werden, die unbewusst nach einer Ausdrucksmöglichkeit für ihre ansonsten schwer verbalisierbare Not suchen (Marchiano, 2021). Hier zeigt sich eine deutliche Parallele zwischen der sog. *Multiplen Persönlichkeitsstörung* der 1990er Jahre und der unter Jugendlichen heute so häufig gewordenen Trans-Diagnosen, respektive deren frühzeitige Affirmation durch das medizinische Establishment, Aktivisten und die Medien. Beides betrifft – wie auch selbstverletzendes Verhalten und die „klassische“ *Hysterie* – bevorzugt junge Frauen, die sich für soziale Ansteckungsphänomene stets als besonders empfänglich erwiesen (Papadima, 2019).

## Self-empowerment statt Gender-trouble

### Behandlung von Geschlechtsdysphorie und Ansatzpunkte für Prävention

Anders als in der Anorexie-Behandlung, für die sich vielerorts ein eklektischer Therapieansatz – mit Kombination aus verhaltensbezogenen Maßnahmen mit konfliktzentriert/aufdeckenden oder mentalisierungsbasierten, psychodynamischen sowie systemisch-familientherapeutischen Verfahren – bewährt hat, v.a. aber die **Vorrangigkeit der psychotherapeutischen Behandlung** niemals infrage gestellt wurde, besitzt die Debatte über eine angemessene Versorgung geschlechtsdysphorischer, transidentifizierter und neuerdings auch „non-binärer“ Minderjähriger wie kein anderes Thema das Potential, die kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Community zu spalten.

### Kontroverse um verschiedene Therapiestrategien bei Geschlechtsdysphorie

In der Fachliteratur finden sich stark divergierende Ansichten bzgl. der grundsätzlichen therapeutischen Haltung in der Behandlung von geschlechtsdysphorischen minderjährigen Patienten; ferner existieren fundamental unterschiedliche Meinungen in der Frage nach dem Stellenwert und frühestmöglichen Zeitpunkt der Einleitung körperverändernder Maßnahmen. Im Wesentlichen lassen sich zwei konträre Positionen und disparate klinisch-therapeutische Vorgehensweisen voneinander unterscheiden:

- a) Eine ausschließlich **transaffirmative Therapie**, welche den Trans-Wunsch nicht hinterfragt und die mehr oder weniger automatisch auf eine pubertätsblockierende Behandlung hinausläuft, die als medizinisch unbedenklich und ethisch unproblematisch dargestellt wird (Chen et al., 2023; Coleman et al., 2022; de Vries et al., 2011; Hembree, 2011; Romer & Lempp, 2022; Romer & Möller-Kallista, 2020, 2021). Befürworter dieses Ansatzes gehen meist von der (angesichts der wissenschaftlichen Datenlage nicht haltbaren) Annahme einer neurobiologisch-genetischen Determinierung von Geschlechtsidentität aus.

Eine das Kind bzw. den Adoleszenten in seiner vermeintlichen „Transidentität“ unkritisch bestärkende therapeutisch-pädagogische Haltung lässt entwicklungspsychologisches Grundwissen sowie basale Kenntnisse über Adoleszenzkrisen vermissen. Die frühe Weichenstellung präjudiziert eine Persistenz der genderdysphorischen Symptomatik zur Transsexualität – und damit eine mit Risiken und Nebenwirkungen behaftete Transformationsbehandlung.

b) Der **genderkritische bzw. -explorative Ansatz**, der darauf abzielt, einen Reflexionsprozess anzustoßen, um die je unterschiedlichen Motive der Transidentifizierung auszuloten, die psycho-sozioemotionalen Begleitprobleme und Komorbiditäten zu behandeln sowie das Risiko einer Persistenz des geschlechtsdysphorischen Erlebens zu minimieren und Alternativen zur medizinischen Transition aufzuzeigen. Im Kern geht es darum, Geschlechterstereotypen und unrealistische Erwartungen bezüglich des „Geschlechtswechsels“ kritisch zu hinterfragen, Handlungsfähigkeit und Autonomie zu fördern und die Betroffenen zu befähigen, kreative Lösungen für ihren Identitätskonflikt zu entwickeln (Ayad et al., 2022; D'Angelo, 2023; D'Angelo et al., 2021; Korte, 2022). Dies schließt die Klärung ein, ob sich hinter einem Transitionsbegehren ein Lösungsversuch für eine ganz anders gelagerte Problematik verbirgt (Korte et al., 2014, 2017).

Die fachliche Debatte über das Für und Wider einer frühzeitigen medizinischen Weichenstellung wird dominiert von der äußerst kontrovers diskutierten Frage, ob und inwieweit das **medikamentöse Anhalten der Pubertätsentwicklung** mit GnRH-Analoga eine medizinisch *sichere*, für das Ziel einer Leidensreduktion *geeignete* und *ethisch vertretbare* Therapie darstellt (Abbruzzese, Levine, Mason, 2023; Bell, 2023; Biggs, 2020; D'Angelo et al., 2021; Korte & Siegel, 2024; Korte et al., 2021). Aufwändige Metaanalysen, die 1.132 minderjährige Patienten aus 16 Studien inkludierten – darunter keine einzige kontrollierte Vergleichs-, sondern ausschließlich Beobachtungsstudien, sechs davon von der Pharmaindustrie finanziert – haben die **fehlende Evidenz für den Nutzen** einer frühen hormonellen Behandlung (Pubertätssuppression und gegengeschlechtliche Hormone) bemängelt (Chew et al., 2018; Mahfouda et al., 2019). Zugleich mehren sich die Hinweise auf potentielle Risiken, Nebenwirkungen und ungünstige Langzeitfolgen von GnRH-Analoga, welche im Einzelnen darzustellen den Rahmen sprengen würden (vgl. Lenzen-Schulte, 2022a/b; Korte & Siegel, 2024).

Angesichts dessen haben mehrere Länder entschieden, sich von einem transaffirmativen Ansatz zu verabschieden und den Einsatz von Pubertätsblockern bei geschlechtsdysphorischen Kindern streng zu limitieren, ausschließlich im Rahmen wissenschaftlich kontrollierter Studien oder gar nicht mehr zuzulassen (England, Finnland, Schweden, Dänemark, Frankreich, mehrere Bundesstaaten der USA). Dies auch vor dem Hintergrund, dass zunehmend mehr Behandelte im Verlauf ihrer weiteren Entwicklung ihre Entscheidung bereuen, unter dem Resultat leiden (Boyd et al., 2022; Hall et al., 2021; Littman, 2021; Littman et al., 2023; Roberts et al., 2022; Vandebussche, 2022) und einige Patient:innen den Vorwurf erheben, dass ihr damaliges Empfinden wie selbstverständlich hingenommen und nie wirklich hinterfragt worden sei, weshalb sie übereilte Entscheidungen getroffen hätten; teils prozessieren sie gegen ihre ehemaligen Behandler.

## Empfehlungen für die Praxis – vorläufiges Fazit

Wenn Menschen jedweden Alters aufgrund ihrer körperlichen Geschlechtszugehörigkeit psychisches Leid verspüren und Hilfe in Anspruch nehmen wollen, sollten Ärztinnen und Ärzte das Leiden wie auch die individuellen Lebensentwürfe der Betroffenen ernst nehmen (und letztere nicht pauschal pathologisieren). Sie sollten aber auch jeder universellen Heilsvorstellung, die eine Linderung von psychischem Leid vorrangig in der Umsetzung ästhetisch-chirurgischer Maßnahmen sucht, grundsätzlich kritisch gegenüberstehen. Allem voran gilt es, die Vielfalt möglicher Ursachen für die Körper- und Geschlechtsinkongruenz pubertierender Mädchen anzuerkennen und die **Identifikationsschablone „trans“ nicht übereilt zu bedienen**. In den allermeisten Fällen von Geschlechtsdysphorie im Jugendalter handelt es sich um einen **Altersrollenkonflikt bzw. eine temporäre Verunsicherung** der *sexuellen*, weniger der *geschlechtlichen* Identität. Dies gilt insbesondere für geschlechtsbezogene Identitätskonflikte bzw. Trans-Identifizierungen, die während der Pubertät neu aufgetreten (ROGD) und als maladaptive Lösungsstrategie für altersphasentypische Probleme einzuordnen sind. Daneben gibt es eine kleine, schwer quantifizierbare Subgruppe mit Anhaltspunkten für eine **zeitlich überdauernde Geschlechtsidentitätsproblematik** im Sinne einer Transsexualität (Geschlechtsdysphorie vom transsexuellen Typus).

Wenn nach sorgfältiger Exploration der bisherigen lebensgeschichtlichen Entwicklung der Eindruck entsteht, dass hinter dem Geschlechtsinkongruenz-Erleben mehr steckt als eine pubertäre Krise und Anpassungsstörung, sollte der Kontakt zu einer spezialisierten Einrichtung gebahnt oder diese beratend hinzugezogen werden. Angesichts der Tatsache, dass bei manchen der Mädchen eine sexuelle Traumatisierung, Gewalterfahrung oder eine abgewehrte (ich-dystone) Homosexualität (Drummond et al., 2008, 2017; Singh, 2012; Steensma, McGuire et al., 2013; Steensma, van der Ende et al., 2013) ein mögliches Motiv für transsexuelle Fantasien bzw. den Wunsch nach einem „Geschlechtswechsel“ sein kann, erfordert die diagnostische Klärung ein **hohes Maß an fachlicher Expertise**, die sich neben allgemeinen *entwicklungspsychiatrischen* optimaler Weise auch auf spezielle *sexualtherapeutische* Kenntnisse erstreckt. Der Anspruch, durch eine Binnendifferenzierung des heterogenen Trans-Spektrums die **Anzahl der Rückumwandlungsbegehren zu minimieren**, sollte nicht als Paternalismus und Einmischung in persönliche Belange des Patienten abgetan, sondern als Ausdruck ärztlicher Sorgfaltspflicht verstanden werden. Eine hormonelle Behandlung und/oder operative Eingriffe am gesunden Körper können nur in den sehr seltenen Fällen einer Geschlechtsdysphorie vom transsexuellen Typus in gewissem Maße erfolgversprechend sein.

Mit Blick auf die erstaunlich psychotherapiefeindliche Ausrichtung und nicht evidenzbasierte **Fixierung des trans-**

**affirmativen Therapieansatzes auf somatische Maßnahmen**, bei denen mit Einleitung einer medizinischen Transition ein Fertilitätsverlust sowie weitere körperliche Langzeitschäden billigend in Kauf genommen werden, soll eines zumindest am Rande erwähnt und als Einwand gegen den diskussionswürdigen Versuch vorgebracht werden, ein *psychisches* Problem mittels *somatischer* Maßnahmen lösen zu wollen: Im Falle des Krankheitsbildes der Anorexia nervosa, der in ähnlicher Weise eine Körperwahrnehmungsstörung und vielfach auch eine Ablehnung von Sexualität ursächlich zugrunde liegt, würde niemand in Erwägung ziehen, der magersüchtigen Patientin Abführmittel, Appetitzügler, Diuretika oder Schilddrüsenhormone zu verschreiben, um ihr darüber die angestrebte Körpermodifikation – hier eine weitere selbstinduzierte Gewichtsabnahme – zu ermöglichen.

Es ist dringend geboten, in der Versorgung von genderdysphorischen Minderjährigen zu einem **nicht-essentialistischen Verständnis von Identität**, zurückzukehren und sich auf **elementares entwicklungspsychologisches Wissen** rückzubedenken. Überdies ist es naheliegend, intensiver als bislang üblich auf die im Kontext der Anorexie-Behandlung gesammelten Erfahrungen mit schweren Körperbildstörungen zuzugreifen und diese *mutatis mutandis* auch in der Therapie bei massiver Ablehnung des *Geschlechtskörpers* zu nutzen, wie Ponseti & Stirn (2019) angeregt haben. Sämtliche Schritte sowohl einer vollständigen sozialen (Morandini et al., 2023), einer juristischen (Korte, 2021; Korte & Siegel, 2024)<sup>2</sup> als auch einer medizinischen Transition sollten erst nach Abschluss der psychosexuellen Entwicklung erwogen werden, deren identitätsstiftende Erfahrungen Grundlage des Erwachsenwerdens darstellen. Identitätsfindung ist das Ergebnis einer erfolgreichen Entwicklung in der Pubertät, nicht ihr Ausgangspunkt.

## Präventionsansätze im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung

Was können Kinder- und Jugendmediziner:innen (Pädiatrie und KJP), Hausärzt:innen, Allgemeinmediziner:innen und Frauenärzt:innen tun, um die körperliche und psychosexuelle Entwicklung von Jugendlichen bestmöglich unterstützend zu begleiten und deren seelische Gesundheit in der Pubertät präventiv zu fördern? Und wie können sie bereits im Rahmen der primärärztlichen Versorgung speziell jugendlichen Mädchen bei der Lösung **altersphasentypischer Probleme** helfen, die sich im Geschlechtervergleich bei ihnen häufiger und vorrangig in der frühen bis mittleren Adoleszenz einstellen?

Negatives (depressives) Selbstkonzept, Körperdysphorie und das Gefühl, dass Jungen es leichter haben, sind – wie wir

mit Hinweis auf geschlechtstypische Unterschiede im Erleben der körperlichen Reifungsvorgänge dargelegt haben – bei Mädchen durchaus häufige Begleiterscheinungen im Laufe der Auseinandersetzung mit den pubertären Entwicklungsaufgaben. Deren Bewältigung stellt *a priori* eine gewaltige Herausforderung dar, weshalb **passagere Krisen** in dieser Phase auch nicht *per se* und unnötigerweise pathologisiert werden sollten. Bei Mädchen, die aufgrund ihrer familiären Situation oder einer schwierigen Lebensgeschichte nur wenige Ressourcen mitbringen, ist die psychosexuelle Entwicklung besonders störanfällig (Becerra-Culqui et al., 2018; Kaltiala-Heino et al., 2015; Kozłowska et al., 2020). Ob die Entwicklung in der Pubertät zu persönlicher Entfaltung und einer stabilen weiblichen Identität führt oder in psychiatrisch/psychosomatischen Erkrankungen mündet, hängt nicht zuletzt von der Qualität der Unterstützung ab, die Mädchen zuteil wird, wenn in der Pubertät das Kohärenzgefühl mit dem eigenen Körper verloren zu gehen droht.

Es kommt [...] sehr darauf an, wie ein junges Mädchen seinen Körper kennen lernt und begreift. Ob der eigene Körper als eher mangelhaft oder als vollständig, als abstoßend oder als liebenswert, als schwach oder als potent erfahren wird, ist grundlegend dafür, welchen Weg ein Mädchen am Übergang zur erwachsenen Frau einschlägt und welche Position sie in der Geschlechterbeziehung und in der Gesellschaft einnimmt“ (Waldeck, 2003).

Generell sind Mädchen in der Umbruchphase der Pubertät sehr aufgeschlossen für **Unterstützungs- und Informationsangebote**, welche ihnen helfen, die von innen und außen auf sie einströmenden Veränderungen, Eindrücke und Empfindungen erklär- und vorhersehbar zu machen. Ohne Zweifel braucht es für eine effiziente Prävention heute mehr denn je ein **ideologiefreies Gesprächsangebot** von kompetenter Seite und ärztliche Empathie, mit Hilfe derer Mädchen Körperakzeptanz und ein gut abgegrenztes sexuelles Selbstbewusstsein entwickeln können. Denn Weiblichkeit findet nur mit dem Körper statt, nicht möglichst weit weg von diesem. Um ihren sich verändernden Körper schätzen und schützen zu können, benötigen Mädchen Informationen über

- die weibliche Anatomie und die reifungsbedingten Veränderungen, die sie an sich feststellen,
- die große Variabilität im Bereich des Normalen und die Gründe einer mangelnden Körperakzeptanz von Mädchen,
- die faszinierenden zyklischen Abläufe im Mädchenkörper, die Fruchtbarkeit und die körperlichen Signale, die Mädchen in diesem Kontext an sich bemerken,
- die Menstruation, Menstruationsprobleme und Menstruationshygiene,
- die geschlechtsspezifische Ausprägung der weiblichen Sexualität und deren phasentypisch unterschiedlich gewichtete Funktionsdimensionen,

<sup>2</sup> Siehe dazu die ausführliche Sachverständigen-Stellungnahme zum sog. „Selbstbestimmungsgesetz“ in diesem Heft oder unter <https://sexuologie-info.de/artikel/2023.34.31.pdf>

- die Möglichkeiten sicherer Kontrazeption und des sicheren Schutzes vor sexuell übertragbaren Erkrankungen.

Darüber hinaus dürfen die Mädchen sich nicht allein gelassen fühlen in ihrer Wahrnehmung der schmerzhaften Diskrepanz zwischen der theoretischen Idee der Gleichberechtigung der Geschlechter und der harten Realität der sexuellen Objektivierung (Nadrowski, 2023).

Wahrscheinlich haben die meisten Patientinnen bereits mehrfach in der Schule am Sexualkundeunterricht teilgenommen. Lehrer müssen aber im gemeinsamen Unterricht mit Jungen und Mädchen ihre Auskünfte und Ratschläge versachlichen, auch um die jeweiligen Schamgefühle zu berücksichtigen. Individuelle Fragen und Probleme werden nicht thematisiert. „Ich hätte da mal eine Frage...“ – so leicht machen Mädchen es einem selten. Denn das Formulieren eigener Fragen setzt Erfahrungen voraus, über welche die Mädchen noch gar nicht verfügen. Ihr Sosein mag verstörende Realität sein, aus der sich aber nicht zwangsläufig konkrete Fragen ergeben.

Ärztinnen und Ärzte müssen also von sich aus einen Schritt auf die Mädchen zugehen und zunächst Fragen anbieten, die sie nicht überfordern. Mädchen steigen gerne auf Fragen ein, die das Thema von außen einkreisen. Je nach Alter und Auffassungsgabe kann man dann konkreter werden: „Du bist ja selber schon sehr deutlich in der Pubertät, hast du denn das Gefühl, dass alles so ganz normal ist?“ oder „Gibt es etwas, das dich beunruhigt?“ oder „Wie geht es dir denn mit deiner Regel?“ „Gibt es da etwas, was du dir nicht erklären kannst?“ Falls nun aber das Mädchen nicht auf **Fragen mit deutlichem Aufforderungscharakter** einsteigt? Das wird die Ausnahme bleiben, aber in diesem Fall sollte genau das beschwichtigend angesprochen werden: „Wenn du jetzt nichts Konkretes an Fragen hast, dann ist das auch nicht gleich unnormale“ – so fühlen die Mädchen sich auf jeden Fall respektiert und akzeptiert. Natürlich kann man dann noch von sich aus ein Thema ansprechen: „Wenn du schon mal hier bist, dann würde ich dir gerne noch schnell etwas erklären, weil ich weiß, dass viele Mädchen unsicher sind, ob... / ein Problem damit haben, dass ....“ Die Jugendliche sollte das sichere Gefühl erhalten, dass sie jederzeit kommen kann, wenn sie eine dringende Frage hat oder es Probleme gibt.

Und wenn das Mädchen nach dem ersten Kontakt bestenfalls denkt: „Die/Der ist aber nett gewesen“, dann ist durch eben diese positive Erfahrung bereits ein **wichtiger erster Schritt der Prävention** getan, wofür auch dasjenige Mädchen dankbar sein wird, das dies vielleicht aus Unsicherheit und Scham zunächst nicht zeigen konnte (Gille, 2021). **Einfühlsame und bewertungsfreie, explorative Fragen** zur Sexualität, zur eigenen Geschlechtsrolle und zum geschlechtsbezogenen Identitätsempfinden sollten idealerweise zum festen Repertoire aller mit jugendlichen Patientinnen befassten Ärztinnen und Ärzte gehören. Es ist eine äußerst dankbare ärztliche Aufgabe, ein Gesprächsangebot bereit zu halten, mithilfe dessen Mädchen ein akzeptierendes und wertschätzendes, positives Verhältnis

zu ihrem sich reifungsbedingt verändernden Körper, zu ihrer Weiblichkeit und zu ihrer sexuellen Identität entwickeln können.

Nur so ist es möglich, angesichts der unüberschaubaren Vielzahl an Beratungsangeboten und Einflussnehmenden in den sozialen Medien – von wohlgeint bis subversiv, von unwirksam bis seelen- und lebenszerstörerisch, von politisch motiviert bis weit jenseits des hippokratischen Eides mit dem Wohl von Kindern und Jugendlichen experimentierend – einfühlsame, sachkundige und verantwortungsvolle ärztliche Hilfe anzubieten.

## Literatur

- Abbruzzese, E., Levine, S.B., Mason, J.W., 2023. The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch studies – and research that has followed. *J Sex Marital Ther* 49 (6), 673–699.
- Aitken, M., Steensma, T.D., Blanchard, R., 2015. Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of Sexual Medicine* 12 (3), 756–763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>
- Ayad, S., D'Angelo, R., Kenny, D., Levine, S.B., Marchiano, L., O'Malley, S., 2022. A clinical guide for therapists working with gender-questioning youth. *Gender Exploratory Therapy Association*. <https://genderexploratory.com/clinical-guide>
- Becerra-Culqui, T.A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W.D., Getahun, D. et al., 2018. Mental health of transgender and gender-nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics* 141 (5), e20173845. DOI: 10.1542/peds.2017-3845
- Bell, D., 2023. Primum non nocere. *Psyche* 77 (3), 193–221.
- Biggs, M., 2020. Gender Dysphoria and Psychological Functioning in Adolescents Treated with GnRH: Comparing Dutch and English Prospective Studies. *Archives of Sexual Behavior* 49 (7), 2231–2236.
- Borkenhagen, A., Brähler, E., 2010. *Intimmodifikationen: Spielarten und ihre psychosozialen Bedeutungen*. Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Borkenhagen, A., Stirn, A., Brähler, E., 2013. *Body Modification*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Boyd, I.L., Hackett, T., Bewley, S., 2022. Care of Transgender Patients: A General Practice Quality Improvement Approach. *Healthcare* 10 (1), 121. DOI: 10.3390/healthcare10010
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium der Justiz [BMFSFJ], 2023. Entwurf eines Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag und zur Änderung weiterer Vorschriften. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/224548/ee3826a31ca706aed23053b633ff5c60/entwurf-selbstbestimmungsgesetz-data.pdf>
- Chen, D., Berona, J., Chan, Y.M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M.A., Rosenthal, S.M., Tishelman, A.C., Olson-Kennedy, J., 2023. Psychosocial Functioning in Transgender Youth after 2 Years of Hormones. *N Engl J Med* 388, 240–50. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206297>
- Chen, M., Fuqua, J., Eustice, E.A., 2016. Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *Journal of Adolescent Health* 58 (3), 369–371. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.010>
- Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., Pang, K., 2018. Hormonal Treatment in Young People with Gender Dysphoria: A Systematic Review. *Pediatrics* 141 (4), e20173742. DOI: 10.1542/peds.2017-3742
- Coleman, E., Radix, A.E., Bouman, W.P. et al., 2022. Standards of Care

- for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health* 23(S1), S1–S259.
- D'Alborton, F., Scardovi, A., 2021. Children exposed to pornographic images on the internet: general and specific aspects in a psychoanalytic perspective. *The Psychoanalytic Study of the Child* 74 (1), 131–144. <https://doi.org/10.1080/00797308.2020.1859277>
- D'Angelo, R., 2023. Supporting autonomy in young people with gender dysphoria: psychotherapy is not conversion therapy. *J Med Ethics* 2023; 0, 1–7. <https://doi.org/10.1136/jme-2023-109282>
- D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S. et al., 2021. One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav* 50 (1), 7–16.
- de Graaf, N.M., Giovanardi, G., Zitz, C., Carmichael, P., 2018. Sex Ratio in Children and Adolescents Referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior* 47 (5), 1301–1304.
- Devor, A., 1994. Transsexualism, Dissociation, and Child Abuse: An Initial Discussion Based on Nonclinical Data. *Journal of Psychology and Human Sexuality* 6 (3), 49–72.
- de Vries, A.L.C., Steensma, T.D., Doreleijers, T.A.H., Cohen-Kettenis, P.T., 2011. Puberty Suppression in Adolescents with Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study. *J. Sex Med* 8 (8), 2276–2283.
- Diemer, E.W., Grant, G.D., Munn-Chernoff, M.A., Patterson, D.A., Duncan, A.E., 2015. Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students. *J Adolesc Health* 57 (2), 144–149.
- Drummond, K.D., Bradley, S.J., Peterson-Badali, M., Zucker, K.J., 2008. A Follow-Up Study of Girls with Gender Identity Disorder. *Dev Psychol* 44 (1), 34–45.
- Drummond, K.D., Bradley, S.J., Peterson-Badali, M., VanderLaan, D.P., Zucker, K.J., 2017. Behavior Problems and Psychiatric Diagnoses in Girls with Gender Identity Disorder: A Follow-Up Study. *Journal of Sex & Marital Therapy* 44 (2), 172–187. DOI:10.1080/0092623X.2017.1340382
- Gassó, A.M., Bruch-Granados, A., 2021. Psychological and forensic challenges regarding youth consumption of pornography: A narrative review. *Adolescents* 1 (2), 108–122. <https://doi.org/10.3390/adolescents1020009>
- Gehring, D., Knudson, G., 2005. Prevalence of Childhood Trauma in a Clinical Population of Transsexual People. *Int J Transgenderism* 8 (1), 23–30.
- Giedd, J.N., Raznahan, A., Mills, K.L., Lenroot, R.K., 2012. Review: Magnetic resonance imaging of male/ female differences in human adolescent brain anatomy. *Biol Sex Diff* 3 (19), 1–9.
- Gille, G., 2021. Warum es toll ist, ein Mädchen zu sein! Den eigenen Körper schätzen und schützen lernen. *Der Gynäkologe* 54, 616–625.
- Gille, G., Layer, C., Hinzpeter, B., 2010. Identität im Fluss – Menstruationsperzeption junger Mädchen. *Der Gynäkologe* 43 (1), 87–94.
- Gille, G., Oppelt, P.G., Stephan, M., 2017. Weil Dünn-Sein Frei-Sein heißt. Die essgestörte junge Patientin in der Frauenarztpraxis. *Der Gynäkologe* 50 (2), 15–163.
- Hall, R., Mitchell, L., Sachdeva, J., 2021. Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *B J Psych Open* 7 (6), e184.
- Hembree, W.C., 2011. Guidelines for Pubertal Suspension and Gender Reassignment for Transgender Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 20 (4), 725–32.
- Herrmann, L., Fahrenkrug, S., Bindt, C., Brey, F., Grebe, J., Reichardt, C. et al., 2022. „Trans\* ist plural“: Behandlungsverläufe bei Geschlechtsdysphorie in einer deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialambulanz. *Zeitschrift für Sexualforschung* 35 (4), 209–219. <https://doi.org/10.1055/a-1964-1907>
- Holt, V., Skagerberg, E., Dunsford, M., 2016. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clin Child Psychol Psychiatry* 21(1), 108–18.
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N.M., Rischel, K.E., Frisén, L. et al., 2020. Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: A study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry* 74 (1), 40–44. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429>
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työljälä, M., Frisén, L., 2018. Gender dysphoria in adolescence: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 9 (2), 31–41. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>
- Kaltiala-Heino, R., Lindberg, N., 2019. Gender identities in adolescent population: Methodological issues and prevalence across age groups. *European Psychiatry* 55, 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.09.003>
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työljälä, M., Lindberg, N., 2015. Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 9 (1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>
- Kölch, M.G., Reis, O., Ulbrich, L., Schepker, R., 2023. COVID-19 und psychische Störungen bei Minderjährigen: Veränderungen der Behandlungen nach der Krankenhausstatistik. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 51 (4), 295–309. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000935>
- Korte, A., 2018. Pornografie und psychosexuelle Entwicklung im gesellschaftlichen Kontext – Psychoanalytische, kultur- und sexualwissenschaftliche Überlegungen zum anhaltenden Erregungsdiskurs. Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Korte, A., 2020. Pornografie – Hypothesen und Fakten zu möglichen Auswirkungen auf die psychosexuelle Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Tv diskurs* 94 24 (4), 65–69.
- Korte, A., 2021. Geschlecht im Recht – Stellungnahme zu den Entwürfen zur Aufhebung des Transsexuellengesetzes und zum Erlass eines ‚Gesetzes zur geschlechtlichen Selbstbestimmung‘. *Pädiatrische Praxis* 96, 149–162.
- Korte, A., 2022. Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen aus medizinischer und entwicklungspsychologischer Sicht. In: Ahrbeck, B., Felder, M. (Hg.), *Geboren im falschen Körper. Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen*. Kohlhammer, Stuttgart, 43–86.
- Korte, A., Beier, K.M., Siegel, S., Bosinski, H.A.G., 2021. Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen. In: Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K. (Hg.), *Sexualmedizin*. München: Elsevier, 433–456.
- Korte, A., Beier, K.M., Vukorepa, J., Mersmann, M., Albiez, V., 2014. Heterogenität von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Jugendlichen: Zur differenziellen Bedeutung der psychiatrischen Komorbidität und individuellen Psychodynamik. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 63 (6), 523–41.
- Korte, A., Beier, K.M., Wermuth, I., Bosinski, H.A.G., 2017. Behandlung von Geschlechtsdysphorie (Geschlechtsidentitätsstörungen) im Kindes- und Jugendalter: Ausgangsoffene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie? *Pädiatrische Praxis* 88, 67–87.

- Korte, A., Calmbach, M., Florack, J., Mendes, U., 2020. Beschleunigte Lebenswelten – Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen im Jetzt und Heute. Wie Social media, Online-Games und Veränderungen im Sozialisationsfeld Schule die psychische Entwicklung beeinflussen. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 168 (8), 715–729. <https://doi.org/10.1007/s00112-020-00928-6>
- Korte, A., Schmidt, H., Mersmann, M., Bosinski, H.A.G., Beier, K.M., 2016. Zur Debatte über das TSG: Abschaffung der Begutachtung zur Vornamensänderung auch bei Minderjährigen mit der Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung? *Z Sexualforsch* 29 (1), 48–56.
- Korte, A., Siegel, S., 2024. Genderinkongruenz. In: Tebartz van Elst, L., Schramm, E., Berger, M. (Hg.), *Psychiatrie und Psychotherapie*. 7. Aufl. Elsevier, München (im Druck).
- Korte, A., Tschuschke, V., 2023. Sturm und Drang im Würgegriff der Medien – Die Leiden der jungen Generation am eigenen Geschlecht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 51 (5), 1–15. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000944>
- Korte, A., Wagner, A., 2020. Diagnostik und Behandlung von Essstörungen. *CME*, Ausg. 4, Springer. <https://www.springermedizin.de/essstoerungen/sonstige-essstoerungen/diagnostik-und-therapie-von-essstoerungen/17886866>
- Korte, A., Wüsthof, A., 2015. Geschlechtsdysphorie (GD) und Störungen der Geschlechtsidentität (GIS) bei Kindern und Jugendlichen. In: Oppelt, P.G., Dörr, H.-G. (Hg.), *Kinder- und Jugendgynäkologie*. Thieme, Stuttgart, 452–469.
- Kozłowska, K., Chudleigh, C., McClure, G., Maguire, A.M., Ambler, Gr.R., 2021. Attachment Patterns in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Frontiers in Psychology* 11. <https://doi:10.3389/fpsyg.2020.582688>.
- Krone, E., 2011. Das pubertierende Gehirn. Droemer, München.
- Lenzen-Schulte, M., 2022a. Transgenderklinik in London könnte vor Klagewelle stehen. *Deutsches Ärzteblatt* (online)
- Lenzen-Schulte, M., 2022b. Transition bei Genderdysphorie: Wenn die Pubertät gestoppt wird. *Dtsch Arztebl* 119 (48), A-2134/B-1766.
- Littman, L., 2018. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE* 13 (8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- Littman, L., 2021. Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Arch Sex Behav* 50 (8), 3353–3369.
- Littman, L., O’Malley, S., Kerschner, H., Bailey, J.M., 2023. Detransition and Desistance Among Previously Trans-Identified Young Adults. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02716-1>
- Mahfouda, S., Moore, J.K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., Zepf, F.D., 2019. Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinol* 7 (6), 484–498. DOI: 10.1016/S2213-8587(18)30305-X
- Marchiano, L., 2021. Transgender Children: The Making of a Modern Hysteria. *Psychological Perspectives* 64 (3), 346–359. <https://doi:10.1080/00332925.2021.1959220>
- Morandini, J.S., Kelly, A., de Graaf, N.M., Malouf, P., Guerin, E., Dar-Nimrod, I., Carmichael, P., 2023. Is Social Gender Transition Associated with Mental Health Status in Children and Adolescents with Gender Dysphoria? *Archives of Sexual Behavior* 52 (3), 1045–1060.
- Nadrowski, K., 2023. A New Flight from Womanhood? The Importance of Working Through Experiences Related to Exposure to Pornographic Content in Girls Affected by Gender Dysphoria. *Journal of Sex & Marital Therapy*. <https://doi.org/10.1080/0092623X.202376149>
- Papadima, M., 2019. Rethinking self-harm: A psychoanalytic consideration of hysteria and social contagion. *Journal of Child Psychotherapy* 45 (3), 291–307. <https://doi:10.1080/0075417X.2019.1700297>
- Ponseti, J., Stirn, A., 2019. Wie viele Geschlechter gibt es und kann man sie wechseln? *Z Sexforsch* 32 (3), 131–147.
- Roberts, C.M., Klein, D.A., Adirim, T.A., Schvey, N.A., Hisle-Gorman, E., 2022. Continuation of gender-affirming hormones among transgender adolescents and adults. *J Clin Endocrinol Metab* 107 (9), e3937–e3943.
- Romer, G., Möller, B., 2020. Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Jugendalter. Aktuelle Paradigmenwechsel und Herausforderungen für die psychotherapeutische Praxis. *Ärztliche Psychotherapie* 15 (2), 87–94. DOI: 10.21706/aep-15-2-87
- Romer, G., Möller-Kallista, B., 2021. Geschlechtsidentität, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter. In: Fegert, J., Resch, F., Plener, P., Kaess, M., Döpfner, M., Konrad, K., Legenbauer, T. (Hg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Springer, Berlin/Heidelberg.
- Romer, G., Lempp, T., 2022. Geschlechtsinkongruenz im Kindes- und Jugendalter. Ethische Maßgaben und aktuelle Behandlungsempfehlungen. *Nervenheilkunde* 41, 309–317.
- Scharmsanski, S., Hessling, A., 2021. *Jugendsexualität 9. Welle. BzGA-Faktenblätter Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA)*.
- Schilder, P., 1935. *The image and appearance of the human body. Studies in the constructive energies of the psyche*. Kegan Paul, London.
- Schienkiewitz, A., Damerow, S., Schaffrath Rosario, A., Kurth, B.M., 2019. Body-Mass-Index von Kindern und Jugendlichen: Prävalenzen und Verteilung unter Berücksichtigung von Untergewicht und extremer Adipositas. *Bundesgesundheitsblatt*. <https://doi:10.1007/s00103-019-03015-8>
- Singh, D., 2012. *A Follow-Up Study of Boys with Gender Identity Disorder*. Doctoral Thesis. Department of Human Development and Applied Psychology, Ontario Institute for Studies in Education.
- Singh, D., Bradley, S.J., Zucker, K.J., 2021. A follow-up study of boys with gender identity disorder. *Frontiers in Psychiatry* 12, 632784. <https://doi:10.3389/fpsy.2021.632784>
- Steensma, T.D., McGuire, J.K., Kreukels, B.P.C., Beekman, A.J., Cohen-Kettenis, P.T., 2013. Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 52 (6), 582–590.
- Steensma, T.D., van der Ende, J., Verhulst, F.C., Cohen-Kettenis, P.T., 2013. Gender variance in childhood and sexual orientation in adulthood: A prospective study. *J Sex Med* 10 (11), 2723–2733.
- Tang, A., Hojilla, J.C., Jackson, J.E. et al., 2022. Gender-Affirming Mastectomy. Trends and Surgical Outcomes in Adolescents. *Ann Plast Surg* 88 (4 Suppl.), 325–31.
- Thompson, L., Sarovic, D., Wilson, P., Sämford, A., Gillberg, C., 2020. A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 1) Epidemiology. *PLOS Glob Public Health* 2 (3). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000245>
- Twist, J., de Graaf, N.M., 2019. Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom’s National Gender Identity Development Service. *Clin Child Psychol Psychiatr* 24 (2), 277–90.
- Vandenbussche, E., 2022. Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *J Homosex* 69 (9), 1602–1620.

- Van der Loos, M.A., Klink, D.T., Hannema, S.E., Bruinsma, S., Steensma, T.D., Kreukels, B.P.C. et al., 2023. Children and adolescents in the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria: Trends in diagnostic- and treatment trajectories during the first 20 years of the Dutch Protocol. *Journal of Sexual Medicine* 20 (3), 398–409. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac029>
- Waldeck, R., 2003. Die Frau ohne Hände. In: Flaake, K., King, V. (Hg.), *Weibliche Adoleszenz*. Campus, Frankfurt/M., 186–198.
- Wallien, M.S., Cohen-Kettenis, P.T., 2008. Psychosexuell Outcome of Gender-Dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47 (12), 1413–1423.
- Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W.D., Getahun, D., Lash, T.L. et al., 2021. Changes in size and demographic composition of transgender and gender non-binary population receiving care at integrated health systems. *Endocrine Practice* 27, 390–395. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016>

#### Autor/Autorin

Dr. med. Alexander Korte, M.A., Ltd. Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München, Nußbaumstr. 5a, 80336 München, e-mail: alexander.korte@med.uni-muenchen.de

Dr. med. Gisela Gille, Drögenkamp 1, 21335 Lüneburg, e-mail: gisela.gille@t-online.de



**Claus Koch**

**Wenn aus Jugendlichen Erwachsene werden**

**Leben und Bindung junger Menschen zwischen 18 und 30 Jahren**

**Klett-Cotta 2024, 182 Seiten, br., 22,00 €**

Freiheit oder die Suche nach Identität und Sinn

Erwachsenwerden aus bindungstheoretischer Perspektive

Thematisch konkurrenzlos im deutschen Sprachraum

Die »Odysseusjahre« als eigenständige Entwicklungsphase

Wenn junge Menschen von ihrer Kindheit endgültig Abschied nehmen müssen, beginnt für sie eine neue Zeitrechnung. Wichtige Leitplanken wie Elternhaus und Schule fallen weg, und plötzlich stehen bislang unbekannte Entwicklungsaufgaben an, die weitreichende Folgen für das ganze Leben haben.

Aus bindungstheoretischer Sicht beschreibt der Autor das Erwachsenwerden als eigenständige Entwicklungsphase, in der sich alles noch einmal radikal verändert. Die »Odysseusjahre«, wie Claus Koch sie nennt, sind gekennzeichnet von einer Suche nach Autonomie, begleitet von Identitätskrisen, in denen sich erneut frühkindlich erworbene Bindungsmuster zeigen.

Der Autor beschreibt das Leben und die Gefühle junger Erwachsener von heute. Da ist ein Freiheitsversprechen, das gelebt werden will und gleichzeitig Angst machen kann. Er zeigt, wie Eltern und andere Bezugspersonen sie in dieser Zeit unterstützen können