



Transgender-Medizin – geschlechtsangleichende Hormontherapie und weitere Aspekte mit und ohne Kinderwunsch

23. Jahresfortbildung der KinderwunschPraxis Dres Göhring 21.03.2026

Dr. med. Philipp Wiehle
Ärztl. Leitung gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Klinik für Frauenheilkunde, UKL Freiburg

Conflict of interest

- In den letzten Jahren Unterstützung durch Sponsoring von Reise-/Fortbildungskosten durch bzw. Beratertätigkeit für folgende Firmen:
 - Merck-Serono
 - Ferring
 - Gedeon Richter
 - Dr. Kade/Besins
 - Theramex
 - Marckyl Pharma
 - Hexal

Geschlechtsinkongruenz



„Transidentität“

„Transsexualität“

„Transgender“

„Geschlechtsinkongruenz
und -dysphorie“

„<->Transvestismus“

„Trans*Menschen“

„gaHT, gaOP“

„Transfrau“ / „Transmann“

Gliederung

- **Definitionen, Begrifflichkeiten, Epidemiologie**
- **Diagnostik / Voraussetzungen / Maßnahmen vor Beginn**
 - Exkurs Kinderwunsch
- **Geschlechtsangleichende Hormontherapie**
 - Vorgehen bei Transfrauen
 - Vorgehen bei Transmännern
- **Risiken einer Hormontherapie**
- **weitere Betreuung (auch in der Gyn-Praxis)**
- **weitere (optionale) Schritte**
- **Kurze Zusammenfassung**

(alte) Definitionen

- „Transsexualität“ = lt. WHO der **Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden.**



- Zustand geht meist mit dem Unbehagen oder dem **Wissen um nicht mit der Geschlechtsidentität übereinstimmende Körpermerkmale** einher.
 - Häufig, aber nicht zwangsläufig besteht der **Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bestimmenden Identitätsgeschlecht** soweit wie möglich anzugleichen.
- Als Transsexualität wird die (nicht wahnhafte) **Überzeugung** bezeichnet, **dem jeweils anderen Geschlecht anzugehören.** Das **eigene Geschlecht** wird dabei **abgelehnt**. Die Patienten haben dabei das **Gefühl im falschen Körper** zu stecken. Es besteht dabei keine Beziehung zur Homosexualität. (DockCheck Flexikon)

Transsexualität –diskutierte Begriffe

- „**Transsexualität**“ - (aktuell noch) rechtlich korrekter Begriff für Transgeschlechtlichkeit (ICD-10).

-teils Ablehnung wg. Betonung der körperlichen statt der sozialen Komponente. Klingt zu sehr nach sexueller Orientierung (wie Homosexualität o.ä.).

-nach **ICD-10** zählt Transsexualismus als Geschlechtsidentitätsstörung zu den **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen** (F64.0)

- „**Transidentität**“

-Betonung, dass es um Frage der Identität geht, nicht um Sexualität

- „**Transgender**“

-eher fließender Oberbegriff, der alle Lebensformen einschließt, die die Geschlechter in Frage stellen

- „**Trans***“

-Versuch einen nicht wertenden, nicht kategorisierenden Oberbegriff für das gesamte Transspektrum zu finden; immer häufiger verwendet

„neue“ Begriffe / Definitionen

- In der „neuen“ **ICD-11** Transsexualismus hingegen als **medizinischer Zustand** enthalten (**Klasse 17, Condition related to sexual health**), der als „**gender incongruence**“, d. h. **geschlechtliche Nichtübereinstimmung**, bezeichnet wird, jedoch unabhängig. von Leidensdruck/Therapiewunsch

(ICD-11 1/2022 in Kraft getreten; noch keine Anwendung in D)

- „**Geschlechtsinkongruenz**“ („GI“) : breiterer Begriff, zukünftige korrekte Diagnose in ICD-11
 - keine psychische Störung, sondern ein die sexuelle Gesundheit beeinflussender Zustand
 - Ziel: Entpathologisierung der Diagnose
- „**Geschlechtsdysphorie**“ („GD“): Kombination aus GI mit klinisch relevantem biopsychosozialen Leiden. (**DSM-V**)

Weitere Begrifflichkeiten / Abkürzungen

- **trans*** = Sammelbegriff für Personen, die sich wie folgt bezeichnen:
 - trans
 - transsexuell
 - transident
 - transgeschlechtlich
 - „genderqueer“
 - nonbinär
 - **Transfrau** (Mann-zu-Frau-Trans*Mensch; „**MtF**“)
 - **Transmann** (Frau-zu-Mann-Trans*Mensch; „**FtM**“)
- „**gaHT**“ = geschlechtsangleichende Hormontherapie
- „**gaOP**“ = geschlechtsangleichende Operation

Geschlechtsinkongruenz in Zahlen

- **Häufigkeit/Anteil an Bevölkerung**

- Nicht abschließend zu beantworten (Begriffsvielfalt, Abhängigkeit vom Messungsort und der (ICD-)Epoche)

Nach Studienlage geschätzte Anteil an TGD-Personen in der Gesamtbevölkerung (Zahlen aus Coleman et al., 2022)*

	Transgender	Alle TGD
Gesundheitssystem-basierte Daten (F64-Diagnosen)	0,02-0,1 %	-
Repräsentative Surveys Erwachsene	0,3-0,5 %	0,3-4,5 %
Repräsentative Surveys Jugendliche	1,2-2,7 %	2,5 – 8,4 %

Anmerkung. TGD: engl.: transgender and gender diverse – dt.: transgender und gender-nonkonform

- Heutzutage Dank gesellschaftlichen Wandels hin zu liberalerer Haltung früheres und häufigeres Outing → immer häufiger Begegnung im Alltag

Fakten zu Transsexualität

- Phänomen schon in der antiken griechischen Literatur und römischen Mythologie beschrieben
- nicht durch psychosoziale Einflüssen, pädagogische oder psychotherapeutische Interventionen beeinflussbar
- Im Kindesalter häufiger Geschlechtsinkongruenz als später
→ Diagnose kann nicht vor Pubertätsbeginn gestellt werden!
- Mehrheit der Kinder mit Geschlechtsinkongruenz strebt keinen Wechsel des phänotypischen Geschlechts an, aber im späteren Leben deutlich häufiger Homosexualität

Probleme für Trans*Menschen

- In westlichen Kulturen **binäre Zuordnung** in Geschlechtskategorie männlich oder weiblich (schon **präpartal/bei Geburt**) unter Annahme, dass das **psychische Geschlecht** sich **direkt** aus dem körperlichen Geschlecht **ableitet**
- → **Spannung** zw. biologisch „markiertem“ Geschlecht und dem erlebten Geschlecht
- =**Geschlechtsinkongruenz**
- stigmatisierende Reaktionen, chronische Stressreaktion → **Geschlechtsdysphorie** → evtl. depressive, Angst-, Sucht- u./o. Somatisierungsstörungen

Probleme für Trans*Menschen

- Lösung: **Transition** mittels medizinischer und sozialer Veränderungsprozesse = Möglichkeit, um die **Stress- und Spannungszustände** zu reduzieren
- Dabei aber stets weiter **Spannungsfeld** vorhanden.
Zentraler Konflikt in der medizinischen Versorgung:
 - **Recht auf Selbstbestimmung vs. Furcht der Behandler vor Fehlentscheidung**
 - außerdem Dilemmata in Zusammenhang mit **Kostenträgern** und **Jurisprudenz** und auch Konflikte innerhalb der medizinischen Welt
- **Große Varianz hinsichtlich** Ausprägung der GI und den gewünschten **Behandlungen**
- → **stets Individualisierte Versorgung!**

Probleme für Trans*Menschen

- **Risiko:** Diskriminierung durch stigmatisierende Situationen im Medizinsystem durch strukturelle (administrative Systeme usw.) oder interpersonelle Probleme
 - → Fluchtstrategien wie bei Diskriminierung außerhalb des Gesundheitssystems → Behandlungsort wird verlassen/gar nicht erst aufgesucht



Tips zum Umgang in der Praxis

- **Praktische Empfehlungen:**
 - Mehrere Optionen für die Geschlechtsidentität bei Datenerfassung
 - Verwendung geschlechtersensitiver Sprache in persona und im Schriftverkehr
 - → bei Erstkontakt gewünschte Anrede klären, sowie Stadium (vor Coming-out oder vor Transition)
 - → durch **geschlechtskongruente Anrede** therapeutischer Raum als **Schutzraum** qualifiziert im Gegensatz zu Alltagsräumen

Diagnostik vor Beginn der gaHT

- **Interdisziplinäre Betreuung**
- Immer zuerst: Beratung und Mitbetreuung durch einschlägig versierte Psychotherapeut*innen und Diagnosebestätigung
 - Ausschluss einer GD i.R. z.B. einer Psychose
 - Ausschluss/Behandlung von psych. Störungen
 - Psychische Stabilisierung, Alltagserprobung
 - Im Verlauf weitere psychotherapeutische Begleittherapie (z.B. auch heimatnah)
 - i.d.R. mindestens 6 Monate diagnostische, psychotherapeutische Begleitung (mind. 12 Sitzungen á 45min)
 - Psychotherapeutisches Indikationsschreiben für med. Maßnahmen

Diagnostik vor Beginn der gaHT

- **Endokrinologische Beratung, körperliche Diagnostik**
 - Hormonprofil, Ausschluss endokrinologischer Störungen
 - großes Blutbild und Abklärung von anderen Erkrankungen
 - gynäkologische/ urologische Untersuchung
 - Evaluation des individuellen Risikoprofils:
Thrombophilieanamnese etc., ggf. internistische Abklärung;
ggf. Knochendichtemessung, Mammographie/Mamma-
Ultraschall
 - i.d.R. genetische Diagnostik (Karyotypisierungsbefund -46XX
bzw. 46 XY?; Abgrenzung zu Intersexualität/DSDs)

Weitere Maßnahmen vor Beginn der gaHT

- **Beratung, ausführliche Aufklärung**
 - Wünsche/Erwartungen vs. realistische Möglichkeiten und Grenzen jeder Maßnahme
 - Aufklärung über off-label-Therapie, da Präparate nicht für gaHT zugelassen → Antragstellung bei der Krankenkasse sinnvoll
 - (pos.) Effekte im zeitlichen Verlauf, Nebenwirkungen/Risiken (insbesondere Irreversibilität, Thromboserisiko, Sterilität etc.)

Risiken einer gaHT

TABELLE 3

Unerwünschte Wirkungen und Risiken der geschlechtsangleichenden Hormontherapie (modifiziert nach [9, 10])

	feminisierende Hormontherapie	virilisierende Hormontherapie
Risiko deutlich erhöht	venöse Thrombembolien ^{*1}	Erythrozytose (Hämatokrit > 50) Akne
Risiko moderat erhöht	zerebrale Ischämien ^{*1} kardiovaskuläre Komplikationen ^{*1} Hyperprolaktinämie /Prolaktinom ^{*1} Hypertriglyceridämie ^{*1} Anstieg der Leberwerte ^{*1, *2} depressive Symptome/Verschlechterung einer vorbestehenden Depression ^{*2} Gewichtszunahme ^{*1, *2} Meningeome ^{*2}	Gewichtszunahme Anstieg der Leberwerte Dyslipidämie kardiovaskuläre Komplikationen Hypertonie
Risiko nicht bzw. nicht eindeutig erhöht	Mammakarzinom Prostatakarzinom	Mammakarzinom Ovarialkarzinom Endometrium-, Zervixkarzinom

^{*1} potenzielle Nebenwirkung von Estradiol

^{*2} potenzielle Nebenwirkung von Cyproteronacetat

Weitere Maßnahmen vor Beginn der gaHT - Kinderwunsch

- auch durch geschlechtsangleichende Behandlungen irreversibler Verlust der Fertilität möglich
- 25-50 % aller Trans*Personen haben perspektivisch Kinderwunsch (EU LGBTIQ Survey III 2022)
- nur 6,8 % nehmen fertilitätserhaltende Maßnahmen vor Beginn einer geschlechtsangleichenden Therapie in Anspruch (Cooper HC, Long J, Aye T. Fertility preservation in transgender and non-binary adolescents and young adults. PLoS One. 2022 Mar 11;17(3):e0265043. doi: 10.1371/journal.pone.0265043)
- spätere Probleme/Belastung drohend
- zwar kein akuter Zeitdruck, aber Situation teils komplex bzgl. späterer Verwendung, juristischer Aspekte und Fragen der Kostenübernahme

Fertilitätsgefährdung durch geschlechtsangleichende Maßnahmen

- **gaOP:**
 - irreversibler Fertilitätsverlust durch Entfernung der Gonaden im Rahmen einer gaOP
- **Peripubertäre Pubertätsblockade mit GnRH-Analoga:**
 - kann spätere Fertilität beeinträchtigen bzw. Kryo-Maßnahmen im Weg stehen
 - Datenlage noch unklar
 - in vitro Maturation experimentell
- **gaHT bei Transfrauen (MtF):**
 - irreversible Azoospermie möglich durch gaHT mit Östrogenen und Antiandrogenen
 - oft bereits zuvor eingeschränkte Spermaqualität
 - (evtl. durch „tucking“ / „gaffs“)

Fertilitätsgefährdung durch geschlechtsangleichende Maßnahmen

- **gaHT bei Transmännern (FtM):**
 - Testosterontherapie führt nach heutigem Wissensstand i.d.R. nicht zum irreversiblen Verlust der Eizellreserve/Fertilität (aber Abnahme möglich)
 - ggf. Suppression der Ovarfunktion; PCO-Morphologie der Ovarien mgl.
 - Nach Pausierung (/evtl. auch unter!) der Testosterontherapie Oozyten-Stimulation effektiv möglich
 - Studien erforderlich
- **prinzipiell Beratung über Möglichkeiten des Fertilitätserhaltes** vor Beginn einer Transition obligat notwendig!
- ggf. Kryokonservierung von Spermien / Eizellen zu erwägen

Trans*Personen und KiWu:

○ Wichtige Fragen / Überlegungen:

- Spätere **Pausierung der gaHT denkbar** für Patient*in oder nicht?
- **genetisch eigene Kinder** gewünscht?
 - **Alternativen:** Adoption, Spendersperma, (Embryonen-/ Eizellspende +/- Leihmutterschaft
- **Sexuelle Orientierung / Beziehungskonstellation?**

- ♂ ♀ • FtM+F: Spendersperma +/- EZ-Spende des FtM an Partnerin
- ♂ ♂ • FtM+M: EZ-Spende an Leihmutter + Sperma des Partners
- ♀ ♀ • MtF+F: homologe Kinderwunschbehandlung mit Kryosperma der MtF
- ♀ ♂ • MtF+M: Leihmutter+Fremd-EZ-Spende notwendig, Verwendung von Kryosperma der MtF möglich,

Juristische Aspekte:

- Probleme in Deutschland:

- **Verbot der Eizellspende und Leihmutterschaft gemäß ESG**

♂ ♀ — FtM+F: Spendersperma +/- **EZ-Spende** des FtM an Partnerin

♂ ♂ — FtM+M: **EZ-Spende** an **Leihmutter** + Sperma des Partners

♀ ♀ — MtF+F: homologe Kinderwunschbehandlung mit Kryosperma der MtF

♀ ♂ — MtF+M: **Leihmutter+Fremd-EZ-Spende** notw., Verwendung von Kryosperma der MtF möglich

- Kryokonservierung von Oozyten:

- **CAVE:** juristische Probleme bzgl. Lagerung und Herausgabe bei geplanter Behandlung bei Transmännern wegen Verbot der EZ-Spende! Ggf. Beihilfe zur Straftat!

Maßnahmen zur Fertilitätsprotektion – Zeitpunkt?

- Vorgehen daher von der individuellen Situation abhängig:
 - **Transfrauen (MtF):**
 - bei Wunsch nach genetisch eigenen Nachkommen vorsichtshalber großzügige Empfehlung zu Kryosperma-Depot-Anlage
 - sonst später ggf. Versuch unter Pausierung (ggf. Stimulation mit FSH+hCG)
 - **Transmänner (FtM):**
 - spätere Pausierung der gaHT für Patient denkbar?
 - entweder später natürliche Konzeption oder dann Kryokonservierung von Oozyten rechtzeitig vor einer gaOP (ggf. im Ausland?)
 - spätere Pausierung für Patient ausgeschlossen?
 - Kryokonservierung von Oozyten bereits vor gaHT als Social Freezing

Voraussetzungen für Beginn der gaHT

- Erfüllung folgender Kriterien (Empfehlungen der WPATH*):
 - Anhaltende und gut dokumentierte Geschlechtsdysphorie
 - Fähigkeit, nach umfassender Aufklärung eine Entscheidung zu treffen und der Therapie zuzustimmen
 - Ausreichende Kontrolle signifikanter medizinischer oder psychischer Probleme
 - Cave: Exazerbation mgl. von zB KHK, Thromboembolien, schwere Leberinsuff., cerebrovaskul. Erkr., Hormonsensitive TU, Polyglobulie, Osteoporose, schwere Migräne

*WPATH: World Professional Association for Transgender Health

Ziele der gaHT

(ggf. zus. mit gaOPs)

- Unterdrückung der sek. Geschlechtsmerkmale des biologischen Geschlechts
- Induktion/Aufrechterhaltung derer des Zielgeschlechts
- Prinzipiell: möglichst **physiologische Konzentrationen der Sexualsteroiden des Wunschgeschlechts** erzielen, um Risiken und Nebenwirkungen zu minimieren
- Wichtig: vor Beginn überhöhte Erwartungen klarstellen, realistische Effekte und deren zeitlichen Verlauf sowie Grenzen der geschlechtsangleichenden Maßnahmen besprechen

Vorgehen bei Transfrauen (Mann zu Frau, MtF)

- Behandlung mit weiblichen Hormonen und antiandrogene Therapie zur Senkung der männlichen Hormone
- Östrogentherapie:
 - **Estradiol** oral 2-4mg oder transdermal 100(-200)µg/24h
 - *Ethinylestradiol* (klassische Anti-Baby-Pille) muss gemieden werden! (Thromboserisiko, kardiovaskuläre Ereignisse!)
- Testosteron-Senkung/-Blockade (bis zur Hodenentfernung):
 - in Europa i.e.L. **Cyproteronacetat** (i.d.R. $\leq 10\text{mg/d}$)
 - In USA primär Spironolacton (100-200mg/d)
 - Alternative statt Androgenrezeptorblockade: GnRHa

Vorgehen bei Transfrauen (Mann zu Frau)

- Wirkungen im zeitlichen Verlauf:

Tab. 2 Auswirkungen und zeitlicher Verlauf der feminisierenden Hormontherapie. (Nach Hembree et al. [1], Coleman et al. [3], Mueller et al. [5])

Wirkung	Beginn	Maximaler Effekt
Fettverteilung des Körpers	3–6 Monate	2–3 Jahre
Abnahme der Muskelmasse/-stärke	3–6 Monate	1–2 Jahre
Sanftere Haut/Abnahme des Fetts	3–6 Monate	Unbekannt
Libidoreduktion	1–3 Monate	3–6 Monate
Abnahme spontaner Erektionen	1–3 Monate	3–6 Monate
Männliche sexuelle Funktionsstörung	Variabel	Variabel
Brustwachstum	3–6 Monate	2–3 Jahre
Abnahme des Hodenvolumens	3–6 Monate	2–3 Jahre
Abnahme der Spermienproduktion	Variabel	Variabel
Verdünnung und Abnahme der Körper- und Gesichtsbehaarung	6–12 Monate	>3 Jahre
Männliche Glatzenbildung	Kein Nachwachsen der Haare, Haarverlust endet nach 1–3 Monaten	–

Vorgehen bei Transmännern (Frau zu Mann, FtM)

- Behandlung mit männlichem Hormon (Testosteron) transdermal oder intramuskulär:
 - transdermal als Gel (ca. 25-100mg/Tag)
 - Vorteile: besser bei Empfindlichkeit gegenüber Konzentrationschwankungen bei i.m.-Applikation, insbes. am Ende des Applikationsintervalls.
 - Nachteile: evtl. längere Persistenz der Menstruationsblutungen; tägliches Auftragen auf die Haut notwendig
 - i.m. als Depot (Testosteronundecanoat 1000mg/10-14 Wochen oder Testosteronenantat 250mg/2-4 Wochen)
 - Vorteile: kein tägliches Auftragen notwendig
 - Nachteile: etwas mehr Schwankungen (s.o.)
 - i.m.-Gabe notwendig (bei 250mg-Depot s.c. off-label mgl.)

Vorgehen bei Transmännern (Frau zu Mann)

- Zusätzlich auch Minipille/Hemmspritzen(GnRH-Analoga) möglich bei persistierender Menstruationblutung
- Wirkungen im zeitlichen Verlauf:

Tab. 3 Auswirkungen und zeitlicher Verlauf der virilisierenden Hormontherapie. (Nach Hembree et al. [1], Coleman et al. [3], Mueller et al. [5])

Wirkung	Beginn	Maximaler Effekt
Fette Haut/Akne	1–6 Monate	1–2 Jahre
Gesichts-/Körperbehaarung	3–12 Monate	3–5 Jahre
Haarausfall am Kopf	6–12 Monate	–
Zunahme der Muskelmasse/-stärke	6–12 Monate	2–5 Jahre
Umverteilung des Körperfetts	1–6 Monate	2–5 Jahre
Aussetzen der Menstruation	2–6 Monate	–
Vergrößerung der Klitoris	3–6 Monate	1–2 Jahre
Austrocknen der Scheide	3–6 Monate	1–2 Jahre
Vertiefung der Stimme	3–12 Monate	1–2 Jahre

Weiterbetreuung

- Verlaufskontrollen im ersten Jahr alle 3(-6) Monate (später grobmaschiger, auf Dauer 1x/Jahr)
 - Überprüfung des Therapieerfolgs und der Zufriedenheit
 - Besprechung der Verträglichkeit, Kontrolle der Hormonspiegel, sowie von RR, Gewicht, Leberfunktionsparametern, Blutbild, Lipidstatus...)
 - je nach individuellem Risikoprofil weitere Untersuchungen (zB Elektrolyte unter Spironolacton)
- Gynäkologische bzw. urologische Vorsorge (zB auch Prostata bei Transfrauen, selbst nach kompletter operativer Angleichung...)
 -  • Abrechnung in Gyn-Praxis, MfF vor bzw. FtM nach Personenstandsänderung: **EBM 88150 + ICD10 F64.0**
- Prozess der Geschlechtsangleichung bleibt lebenslange Herausforderung

Weitere (optionale) Schritte

- Vornamens- / Personenstandsänderung nach Selbstbestimmungsgesetz
- Logopädie bei Transfrauen ggf. parallel von vornherein
- geschlechtsangleichende Operationen:
 - Transmänner: Entfernung der Brustdrüsen; Entfernung der Gebärmutter und der Eierstöcke, ggf. gaOP des äußeren Genitale (Neophalloplastik)
 - Transfrauen: Brustaufbau mit Implantateinlage, Hodenentfernung + ggf. Anlage einer Neovagina; evtl. weitere feminisierende Operationen (Gesicht, Kehlkopf...), Stimmband-OP, Laser-Haarentfernung,...

Kurze Zusammenfassung

- Geschlechtsinkongruenz / Geschlechtsdysphorie = sehr facettenreiches und sensibles Thema
- Leider häufig hoher Leidensdruck und vielfältige Probleme für Betroffene auf psychischer, sozialer und gesellschaftlicher Ebene; auch gesellschaftliche Herausforderung
- durch geschlechtsangleichende Hormontherapie und ggf. weitere geschlechtsangleichende operative Maßnahmen
- häufig sehr erfolgreiche Reduktion des Leidensdrucks möglich
 - adäquate (psychotherapeutischer) Diagnosestellung sowie sorgfältige Basisdiagnostik und Aufklärung elementar
 - Vorgehen im Einzelfall immer individuell
- Weiterer Forschungsbedarf (Langzeitauswirkungen uvm)

*Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit*

**Transgender-Medizin – geschlechtsangleichende
Hormontherapie und weitere Aspekte mit und ohne
Kinderwunsch**

23. Jahresfortbildung der KinderwunschPraxis Dres Göhring 21.03.2026

Dr. med. Philipp Wiehle

Ärztl. Leitung gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Klinik für Frauenheilkunde, UKL Freiburg

Flyer des Universitätsklinikums Freiburg

- Siehe Webseite der
**Klinik für Psychosomatische
Medizin
und Psychotherapie:**

Spezialambulanz
Geschlechtsidentitätsstörungen
(Geschlechtsdysphorie)

