

Sabine Maur, Konstantin Shahshahani

Transidentität im Jugendalter

Transidentität ist keine psychische Störung, sondern eine Variante der geschlechtlichen Identität von Menschen. Die nach wie vor mangelnde gesellschaftliche Akzeptanz ist vor allem Folge der „weithin als unumstößliche Tatsache betrachteten Vorstellung vom Bestehen zweier dichotom gedachter Geschlechter“ (Rauchfleisch, 2016, S. 65). Auch in manchen Richtungen der Psychotherapie wurde Transidentität über Jahrzehnte als eine Art „Wahnidee“ konzipiert, es wurde von geschlechtsangleichenden Interventionen abgeraten, diese seien ein „Mitagieren“ und eine „Zerstörung“ des intakten Körpers und führten zur Gefahr einer „psychotischen Dekompensation“ (ebd., S. 47ff.).

Inzwischen hat endlich ein Prozess der Entpathologisierung eingesetzt, aber es besteht nach wie vor große Unsicherheit bei vielen KollegInnen in der Begleitung und Behandlung transidenter Menschen, zumal das Thema Transidentität bisher nicht regelhaft Eingang gefunden hat in die psychotherapeutische und ärzt-

liche Ausbildung. Hinzu kommen ungewöhnliche rechtliche Rahmenbedingungen (siehe Maaß in dieser Ausgabe). Zu Beginn ihres sehr differenzierten Artikels in der Zeitschrift „Kinderanalyse“ schreiben Birgit Möller und ihre KollegInnen (2018, S. 228): „Die Behandlung (...) ist ein komplexes psychome-

dizinisches Unterfangen und stellt viele Anforderungen an die therapeutische und ethische Haltung der BehandlerInnen. Wesentliche Voraussetzung ist es, gesellschaftliche und kulturelle Einstellungen im Umgang mit Geschlechtlichkeit und Geschlechtervielfalt kritisch zu reflektieren und sich mit der internationalen Diskussion zur Ent(psycho-)pathologisierung geschlechtlich non-konformer Menschen vertraut zu machen.“

Begriffsklärung

Der alte Begriff „Transsexualität“ sollte nicht mehr benutzt werden, weil es nicht primär um Sexualität geht, sondern um geschlechtliche



Identität. Bessere Begriffe sind Transidentität, Transgender, Transgeschlechtlichkeit oder als ganz weiter Begriff trans*. Weder innerhalb der eigenen Communities noch im therapeutischen Sprachgebrauch werden die zuvor genannten Begriffe einheitlich verwandt. Wir nutzen hier in Anlehnung an den Bundesverband Trans* den Begriff Trans* als Oberbegriff für all jene Menschen, welche sich nicht, nicht mehr oder auch zeitweilig nicht ihrem Zuweisungsgeschlecht zuordnen können oder wollen (lesenswert: das Policy Paper „Trans*Gesundheitsversorgung“ des BV Trans: <https://bit.ly/2Qr31rF>).

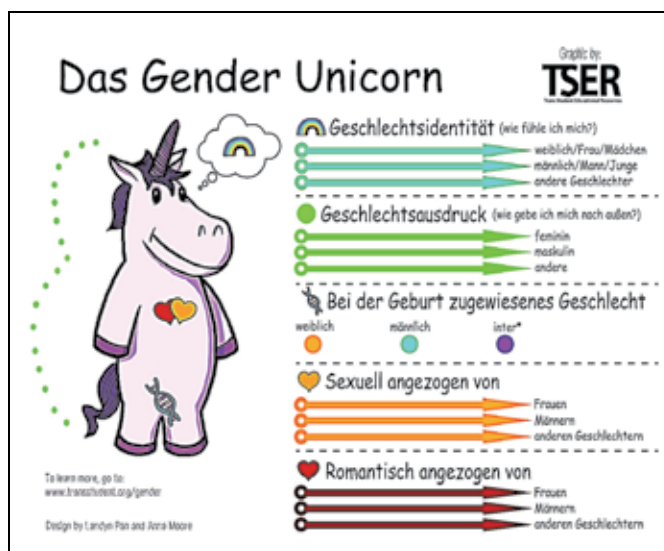


Abbildung 1. Das Gender-Einhorn
Quelle: <http://www.transstudent.org/gender/>

Ein Trans*-Mensch, der sich als männlich identifiziert, wird Trans-Mann genannt, bei weiblicher Identifizierung Trans-Frau. Menschen, bei denen das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht mit der geschlechtlichen Identität kongruent ist, werden als Cis-Menschen bezeichnet. In der Psychotherapie richten wir uns selbstverständlich nach den Begrifflichkeiten des jeweiligen Patienten/der jeweiligen Patientin. Dies ist in der Gruppe der Trans*-Menschen ganz besonders wichtig, weil der missbräuchliche Gebrauch von entwertender, übergreifiger oder diskriminierender Sprache sehr häufig zu ihren Grunderfahrungen gehört.

Diagnostische Kriterien und Diagnostik

Im DSM-V wird inzwischen von *Geschlechtsdysphorie* gesprochen: der erlebten Diskrepanz zwischen Gender/Geschlechtsidentität und dem Zuweisungsgeschlecht und der mit dieser Diskrepanz verbundenen Beeinträchtigung. Entscheidend ist hier, dass eine „Diagnose“ nur dann begründet ist, wenn die Geschlechtsdysphorie signifikanten Stress bzw. Probleme im Funktionsniveau mit sich bringt. Neu und wichtig im DSM-V war auch, dass die Geschlechtsidentität nicht mehr nur binär verortet wird (männlich/

weiblich). Im Kasten 1 sind die Kriterien des DSM-V für Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen/Erwachsenen aufgeführt (darüber hinaus gibt es auch Kriterien für das Kindesalter).

Erklärte Ziele des aktuell laufenden Revisionsprozesses des ICD-11 sind Antidiskriminierung bzw. Entstigmatisierung.

Für das (immer noch nicht erschienene) ICD-11 wird der Begriff Gender *Incongruence* diskutiert, die Diagnose soll dann *nicht* mehr zum Bereich der psychischen Störungen gehören: „Vorgeschlagen wird, dass die Inkongruenz, d.h. die Deckungsungleichheit zwischen Gender (u. a. Geschlechts-

In der Psychotherapie richten wir uns selbstverständlich nach den Begrifflichkeiten des jeweiligen Patienten/der jeweiligen Patientin

- A Eine seit mindestens sechs Monaten bestehende ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und Zuweisungsgeschlecht, wobei mindestens zwei der folgenden Kriterien erfüllt sein müssen:
 - 1 Ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder, bei Jugendlichen, den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen)
 - 2 Ausgeprägtes Verlangen, die eigenen primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (oder, bei Jugendlichen, das Verlangen, die Entwicklung der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern)
 - 3 Ausgeprägtes Verlangen nach den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen des anderen Geschlechts
 - 4 Ausgeprägtes Verlangen, dem anderen Geschlecht anzugehören (oder einem alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet)
 - 5 Ausgeprägtes Verlangen danach, wie das andere Geschlecht behandelt zu werden (oder wie ein alternatives Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet)
 - 6 Ausgeprägte Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechts aufzuweisen (oder die eines alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet)
- B Klinisch relevantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

Kasten 1. DSM-V-Kriterien „Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen“

Komorbide Belastungen sind vor allem Folge der Stigmatisierung, Ausgrenzung und Diskriminierung von Trans*-Menschen

identität, Geschlechtsrolle) und Zuweisungsgeschlecht (in der Regel bei Geburt anhand der primären Geschlechtsmerkmale) als solche den Störungswert ausmacht.“ (Klein et al., 2015, S. 371). Solange das ICD-11 noch nicht veröffentlicht ist, empfehlen wir, sich an den DSM-V-Kriterien zu orientieren. Die aktualisierten AWMF-Leitlinien zur Geschlechtsdysphorie bei Erwachsenen sind im Oktober 2018 veröffentlicht worden; die für Kinder/Jugendliche erscheinen voraussichtlich 2020 (bisherige Fassung von 2013). Hilfreich ist die kommentierte Herausgabe der Versorgungsempfehlungen (*Standards of Care der World Association for Transgender Health*) von Richter-Appelt und Nieder (2014).

Geschlechtsdysphorie ist eine klinische Diagnose, die auf den Angaben der PatientInnen und gegebenenfalls ihrer Bezugspersonen beruht („When it comes to knowing a child’s gender, it is not for us to tell, but for the children to say“, Ehrensaft, 2017, S. 63). Zentral ist eine gründliche Anamnese der allgemeinen und der Gender-Entwicklung sowie der familiären Dynamik. Eruiert werden sollte auch, wie sicher das Lebensumfeld des Trans*-Menschen ist (Fragen nach Bullying, Gewalt, Diskriminierung und/oder Ablehnung durch die Familie bzw. das soziale Umfeld; vgl. Turban et al., 2018). Fragebögen bzw. Interviews sind bisher nur im Forschungskontext vorhanden. Differenzialdiagnostisch relevant sind am ehesten Persönlichkeitsakzentuierungen, die mit erheblichen Besonderheiten der adoleszenten Identitätsentwicklung einhergehen.

Prävalenz, Verlauf, Komorbidität, Ursachen

Die *Prävalenz* bei Jugendlichen wird derzeit mit etwa 1,3 % angegeben, auch wenn formale epidemiologische Studien noch fehlen (Turban et al., 2018). Es gibt seit Jahren eine Zunahme der Inan-

spruchnahme wie z.B. in spezialisierten Ambulanzen; dies scheint Folge davon zu sein, dass sich Trans*-Jugendliche durch das Internet deutlich früher informieren und vernetzen können.

Die *Persistenz* der Transidentität vom Kinder- ins Jugendalter scheint eher niedrig zu sein (12 bis 39 %, Turban & Ehrensaft, 2017). Die Mehrheit dieser nicht genderkonformen Kinder entwickelt im Jugendalter eine homo- oder bisexuelle Orientierung (Richter-Appelt & Nieder, 2014). Die Persistenz vom Jugend- ins Erwachsenenalter ist dagegen extrem hoch (100 %). Nicht alle transidenten Jugendlichen haben eine Vorgeschichte geschlechtsuntypischen Verhaltens im Kindesalter.

Geschlechtsdysphorie im Jugendalter ist vor allem mit internalisierenden Störungen (insbesondere depressiven Störungen sowie sozialen Phobien) sowie selbstverletzendem und suizidalem Verhalten assoziiert. Bereits im Kindesalter besteht eine erhöhte Suizidalität, sie steigt mit zunehmendem Alter an; fast die Hälfte der untersuchten Trans*-Jugendlichen hatte mindestens einen Suizidversuch unternommen (Turban & Ehrensaft, 2017). Je geringer die Akzeptanz der Transidentität durch die Familie und je schlechter die Beziehungen zu Gleichaltrigen, desto ausgeprägter die Suizidalität und die internalisierenden Probleme. In seinen katamnestic Studien hat auch Rauchfleisch (2016, S. 64) gesehen, „dass die soziale Dimension eines der wichtigsten Kriterien für eine gut verlaufende Entwicklung ist“, insbesondere eine offene und akzeptierende Umgebung. Wer sich informieren möchte über die sehr bedrückenden, alltäglichen Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von Trans*-Menschen (auch im Gesundheitswesen), kann dies über den Hashtag *#mequeer* in den sozialen Medien tun.

Die komorbiden Symptome werden als sekundär angesehen als

Folge der Geschlechtsdysphorie, der Stigmatisierung und Ausgrenzung, in anderen Worten: „They are socially induced by a non-accepting environment“ (Turban & Ehrensaft, 2017, S. 12). Rauchfleisch (2016) weist darauf hin, wie wichtig es ist, zwischen primären und reaktiven Störungen zu differenzieren. Für die anscheinend leicht erhöhte Repräsentanz von Autismus-Spektrum-Störungen bei transidenten Jugendlichen wurden 2018 Guidelines von Strang und KollegInnen veröffentlicht (<https://bit.ly/2LONpQg>).

Die genauen *Ursachen* verschiedener Varianten geschlechtlicher Identität sind nicht klar. Vermutlich spielen hier sowohl hormonelle Einflüsse in der Schwangerschaft sowie genetische Faktoren eine Rolle. Verschiedene psychosoziale und psychodynamische Hypothesen konnten *nicht* als ursächlich bestätigt werden, darunter der mütterliche Wunsch nach einem Kind mit einem anderen Geschlecht, elterliche Abwesenheit sowie das elterliche psychologische Funktionsniveau (Turban & Ehrensaft, 2017).

Trans*-Menschen im Gesundheitssystem

Rauchfleisch (2016) schreibt zu Recht von der „real bestehenden, großen, letztlich unzumutbaren und durch nichts zu rechtfertigenden Abhängigkeit der Trans*-Menschen von den Fachleuten, wenn es um die verschiedenen Behandlungsstufen geht“ (S. 53). Dies führe zu einer „extremen Fremdbestimmung“ und damit verbundenen vielfältigen Diskriminierungserfahrungen (vgl. hier auch die Umfrage von ATME e.V. zur Diskriminierung im Gesundheitswesen, <https://bit.ly/1pny4a9>). Ursache sind hier vor allem die überarbeitungswürdige „Begutachtungsanleitung“ des Medizinischen Dienstes des GKV-SV sowie das veraltete „Transsexuellengesetz“ (siehe auch Artikel von Maaß in dieser Ausgabe).



Literaturhinweis

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter www.dptv.de.

Aufgabe der beteiligten Gesundheitsberufe ist die Bereitstellung von Informationen, um den Trans*-Menschen eine autonome Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Aufgrund der Komplexität der Behandlung ist eine gute Vernetzung zentral: „Wichtig jedoch erscheint mir, dass zusammen mit der transidenten Person ein Gesamtbehandlungskonzept formuliert wird, bei dem die daran beteiligten Fachleute (aus den Bereichen der Psychologie, Psychiatrie, Endokrinologie, Plastischen Chirurgie, Urologie, Gynäkologie sowie der Dermatologie und der Fachleute für Stimm- und Sprachtherapien) vernetzt zusammenarbeiten. Dies bedeutet, dass die Behandlungsschritte und -maßnahmen miteinander besprochen und zeitlich aufeinander abgestimmt werden (...). Auf diese Weise lassen sich für die Trans*menschen unnötig lange Wartezeiten zwischen den einzelnen Behandlungsschritten und ein immer wieder neues „Kämpfen“ um den nächsten Schritt vermeiden.“ (Rauchfleisch, 2016, S.28f.)

Geschlechtsangleichende Maßnahmen

„Viele, wenngleich nicht alle geschlechtsdysphorischen Jugendlichen haben einen starken Wunsch nach einer gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung und körperverändernden, z.B. chirurgischen Maßnahmen“ (Richter-Appelt & Nieder, 2014, S. 70). Dies ist wichtig, da viele KollegInnen, die wenig Erfahrungen mit Trans*-Jugendlichen haben, es häufig als befremdlich und verunsichernd empfinden, mit welchen „Forderungen“ diese Jugendlichen in die Therapie kommen.

Mit Beginn der Pubertät ist eine pubertätsunterdrückende Hormonbehandlung möglich, deren Effekte reversibel sind. Ab dem Alter von 16 Jahren kann in der Regel (d.h. auch hier sind Ausnahmen möglich!) mit der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung begon-

nen werden. Ab Volljährigkeit (in Ausnahmefällen ebenfalls vorher) können geschlechtsangleichende operative Eingriffe durchgeführt werden. Es wird immer die Begleitung durch einen „Mental Health Professional“ empfohlen (Turban et al., 2018). Mehrere Studien zeigten in der Folge der geschlechtsangleichenden Maßnahmen signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Geschlechtsdysphorie, des psychischen Wohlbefindens und der Lebensqualität. Dies entspricht auch unseren klinischen Erfahrungen. Komorbide psychische Störungen (mit Ausnahme von akuter Psychose sowie schwerer dissoziativer Symptomatik) stellen nicht per se eine Kontraindikation für geschlechtsangleichende Maßnahmen dar (Richter-Appelt & Nieder, 2014, S. 30).

Psychologische Unterstützung und Psychotherapie

Psychotherapie

Die Geschlechtsinkongruenz des Kindes- und Jugendalters per se bedarf keiner psychotherapeutischen Behandlung. Auch darf eine solche nicht Voraussetzung für die Diagnose einer Geschlechtsinkongruenz (GI) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) sein (Hamm & Sauer, 2014). Erzeugt die GI relevantes Leiden im Sinne einer GD, kann psychotherapeutische Behandlung hingegen indiziert sein. Krankheitswertiges Leiden darf jedoch in keinem Fall als Voraussetzung für Transition verstanden werden (ebd.). Ca. die Hälfte der betroffenen Kinder und Jugendlichen leiden unter sekundär aus der GI bzw. GD entstehenden psychischen Folgeerkrankungen (Meyenburg, 2017). Die Behandlung der Komorbiditäten erfolgt leitlinienorientiert. Gleiches gilt für parallel bestehende primäre psychische Erkrankungen. Komorbide Störungen im Sinne einer Ausschlussdiagnose bestehen nicht. Indikation, Dauer und Frequenz einer psychotherapeutischen Begleitung bzw. Behandlung richten sich nach dem jeweiligen Einzelfall.

Die Erfahrungen von PatientInnen und PsychotherapeutInnen zeigen, dass psychotherapeutische Begleitung auch ohne vordergründige psychische Erkrankung häufig als hilfreich erlebt wird (Rauchfleisch, 2016). Voraussetzung ist ein an den Ressourcen und Bedürfnissen der PatientInnen orientiertes Vorgehen. Fraglos stellt psychotherapeutische Begleitung als „komplexes psychomedizinisches Unterfangen“ dabei hohe Anforderungen an die therapeutische und ethische Haltung der PsychotherapeutInnen, wie eingangs bereits zitiert (Möller et al., 2018). PsychotherapeutInnen können die sehr individuellen Verläufe von GI/GD, wenn überhaupt gewünscht, neutral im Sinne einer Ergebnisoffenheit hinsichtlich der jeweiligen Entwicklung in nicht wertender Akzeptanz und Anerkennung des individuellen Erlebens der Geschlechtsidentität und der Ablehnung des eigenen Körpers bzw. dessen biologischer Erscheinung verständnisvoll, zugewandt und professionell begleiten (Nieder et al., 2012). Sie sollten sich dabei „an den subjektiven geschlechtlichen Selbstdefinitionen der Kinder und Jugendlichen orientieren und mit Hilfe angemessener Partizipationsmaßnahmen deren selbstbestimmte Entscheidung herbeiführen“ (Möller et al., 2018, S. 228), ohne die Vielfalt der vorhandenen Möglichkeiten einzuschränken, zu forcieren oder eine solche vorzugeben. Psychotherapie in diesem Sinne will Entwicklungsraum für die Kinder und Jugendlichen sein, in welchem diese sich ohne Zensur mit allen Aspekten und Facetten ihrer Persönlichkeit und Identität beschäftigen und so zu ihren gänzlich eigenen Lösungen finden können.

Ziele

Die psychotherapeutische Begleitung bei präpubertären Kindern zielt – stets an den jeweils individuellen Bedürfnissen des Entwicklungsverlaufs ausgerichtet – in erster Linie auf die Förderung der psychosozialen Entwicklung und die Verminderung der sich aus der besonderen Entwicklungssituation

Psychotherapie kann ein Entwicklungsraum sein, in dem die Jugendlichen sich mit allen Aspekten ihrer Persönlichkeit und Identität beschäftigen und so zu eigenen Lösungen finden

MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN

Partnerschaft von
Rechtsanwältinnen und
Rechtsanwälten mbB
Notarin

NUMERUS CLAUSUS PROBLEME?

Hohe Erfolgsquoten in
allen Numerus clausus-
Fächern, z.B. im Fach

Psychologie: 100% Erfolg

mit unserer Strategie –
auch im Masterstudien-
gang!

Wir haben die Erfahrung.

Oststr. 2 · 48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-0
Fax 0251/5 20 91-52
duesing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info

Zentral ist die Unterstützung der Jugendlichen durch ihre sozialen Bezugspersonen: Peers, Familie und schulisch-berufliches Umfeld

ergebenden Probleme und Schwierigkeiten (es gibt hier inzwischen auch entsprechende Kinderbuchliteratur). Bei älteren Kindern und Jugendlichen kann die psychotherapeutische Begleitung daneben der Findung des individuellen Transitionstempos dienen. Auch die Klärung der individuellen inneren und äußeren Situation sowie die Auseinandersetzung mit Enttäuschungen und Diskriminierungen durch das soziale Umfeld und die Erarbeitung von Strategien, welche Schutz vor Verletzungen bieten und die soziale Integration aufrechterhalten oder verbessern, können Ziele einer psychotherapeutischen Begleitung sein (Rauchfleisch, 2016).

Unter Umständen spielen Vorbereitung und Begleitung des sogenannten „Coming out“ und die soziale Transition und gegebenenfalls die Bewältigung der daraus resultierenden Schwierigkeiten eine wesentliche Rolle. Letztere können auch durch die Tatsache entstehen, dass der sogenannte „Alltagstest“, der Geschlechtsrollenwechsel in den sozialen Bezügen des Jugendlichen, mit einer Dauer von mindestens 12 Monaten auch heute noch häufig als Voraussetzung für die Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen gesehen wird. Dies erschwert oder verhindert es

für die betroffenen Jugendlichen jedoch gleichzeitig, auch äußerlich als Angehörige des in innerer Gewissheit bestehenden Geschlechts wahrgenommen zu werden, was wiederum zu starken psychischen Belastungen und psychischen Komorbiditäten führen kann: „Durch die sekundären körperlichen Geschlechtsmerkmale (...) besteht die Gefahr, Opfer sozialer Stigmatisierung und Diskriminierung zu werden“, Trans*-Menschen „erleben (...) ein signifikant erhöhtes Maß an verbaler und körperlicher Gewalt“ (Richter-Appelt & Nieder, 2014, S. 32f.). Wir stimmen hier Rauchfleisch (2016, S. 32) zu, wonach der „Alltagstest“ nicht obligatorisch sein dürfe, sondern „es auch in dieser Hinsicht dem betreffenden Trans* menschen überlassen bleiben [muss], wann und ob er überhaupt einen solchen ‚Alltagstest‘ durchführen will.“ Daneben können alltagspraktische Themen ebenso wie die Information über die Auseinandersetzung mit und gegebenenfalls die Vorbereitung auf geschlechtsangleichende Behandlungen Gegenstand der psychotherapeutischen Begleitung sein. Zu gegebener Zeit ist es sinnvoll, die Jugendlichen auch bereits vorab an KollegInnen der weiteren im Begleitungs- und Behandlungsprozess beteiligten Disziplinen zu verweisen, welche ihrerseits zu einer realistischen Einschätzung der jeweils bestehenden Möglichkeiten beitragen können. Hier kann eine Vernetzung, beispielsweise über einen berufsgruppenübergreifenden Qualitätszirkel hilfreich sein.

Beratung der Bezugspersonen

Einen wesentlichen Bestandteil der psychotherapeutischen Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD stellt die Beratung der Bezugspersonen dar, vor allem der Familie. Ziele sind vor allem die Förderung von Akzeptanz und Unterstützung. In den Familien herrscht häufig Verunsicherung und Unwissenheit hinsichtlich der GI bzw. GD und der Möglichkeiten der Begleitung und Behandlung. Hier steht zunächst die ausführliche

Psychoedukation zum aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zu GI/GD im Vordergrund. Ebenso sind die Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischer Begleitung darzustellen. Rauchfleisch (2016) beschreibt exemplarisch mögliche Inhalte gemeinsamer Gespräche: „In solchen gemeinsamen Sitzungen können die Angehörigen Informationslücken füllen, sich ihrer eigenen Gefühle dem transidenten Familienmitglied gegenüber bewusst werden und sie klären, Vorurteile und unzutreffende Klischeebilder abbauen und allfällig bestehende Familienkonflikte aufarbeiten“ (S. 73). Auch Gefühle der Schuld, der Trauer sowie trans- bzw. homophobe Affekte können wichtige Themen in der Beratung bzw. Therapie der Bezugspersonen sein.

Gegebenenfalls sollten weitere relevante Akteure im sozialen Bezugssystem hinsichtlich der vorliegenden GI/GD informiert werden (z.B. ErzieherInnen, LehrerInnen, JugendamtsmitarbeiterInnen). Beispielsweise könnte die Information und Beratung der ErzieherInnen bei einem Kind mit GI/GD ratsam sein, um die Forcierung geschlechtstypischen Verhaltens (bezogen auf das phänotypische Geschlecht) in der besuchten Einrichtung zu vermeiden. Um weitere Diskriminierung in Schule und anderen Bildungseinrichtungen zu verhindern, ist es sinnvoll, das Lehr- und Betreuungspersonal hinsichtlich der GI/GD zu informieren und in die Planung des Umgangs mit derselben in der jeweiligen Institution mit einzubeziehen. Oft wider Erwarten wird den Kindern und Jugendlichen sowohl von Seiten der LehrerInnen/BetreuerInnen, als auch beispielsweise von Seiten der anderen Kinder und Jugendlichen großes Verständnis entgegengebracht (Meyenburg & Richter-Unruh, 2012), was dann häufig zu einer deutlichen Stabilisierung der psychischen Situation der Kinder und Jugendlichen beiträgt. Relevante Themen in diesem Zusammenhang sind regelmäßig die Ansprache mit Wunschpronomen und Wunschnamen, die Toi-



Sabine Maur

Psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, niedergelassen in Mainz mit einem KJP-Versorgungsauftrag. Supervisorin und Dozentin an verschiedenen Ausbildungsinstituten. Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz. Landesvorsitzende der DPTV RLP.




Konstantin Shahshahani

M. A. Erziehungswissenschaft, in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Staatlich anerkannter Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, staatlich anerkannter Erzieher. Referent der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz. Mitbegründer des QZ Trans* der KV RLP.

lettennutzung sowie die Teilnahme am bzw. Befreiung vom Sportunterricht.

Sofern die regionalen Strukturen dies zulassen, kann den Trans*-Jugendlichen, Familien und weiteren

Bezugspersonen die Information und Beratung durch Trans*-Vereinigungen (z.B. dgti e.V., Trakine e.V.) empfohlen werden bzw. durch lokale Beratungsangebote (z.B. in Mainz das Kultur- und Kommunikationszentrum für Lesben, Schwule,

Bisexuelle, Trans* und Intersexuelle). In Berlin gibt es darüber hinaus das deutschlandweit bislang einzige stationäre Jugendhilfeangebot für queere und Trans*-Jugendliche (www.gleich-und-gleich.de). 

Interview mit Nick

Du engagierst Dich ehrenamtlich in der Unterstützung von Trans*-Jugendlichen. Welche Erfahrungen machst Du da?

Die Jugendlichen sind meistens sehr verunsichert, was die TherapeutInnensuche angeht. Es gibt wenige TherapeutInnen, die wirklich Erfahrung im Umgang mit Trans*-Kindern haben und noch weniger, die man auf Anhieb im Internet findet. Das Internet ist der größte Helfer jeder Jugendlichen/jedes Jugendlichen, aber es gibt wenig Präsenz von guten Praxen. Ein erster Eindruck entsteht sofort, ob und wie Transidentität auf der Website angesprochen wird. Ist es eine einfühlsame und informative Seite für Betroffene und Angehörige oder klingt es eher wie die Behandlung einer psychischen Krankheit? Nur weil wir eine Diagnose bekommen, heißt es nicht, dass wir krank sind oder so behandelt werden wollen! Die meisten Jugendlichen sind sehr froh, wenn sie

einen persönlichen Erfahrungsbericht über die Psychopraxis hören, denn egal, ob es dann schlussendlich persönlich mit der Therapeutin/dem Therapeuten hin haut, sie wissen schon mal, dass sie nicht noch mehr Angst vor dem ersten Termin haben müssen. Meiner Meinung nach wäre eine Erfahrungsberichts-Sektion auf Webseiten sehr praktisch für eine gute Suche. Auch Bild und ein paar persönliche Worte von der Therapeutin/dem Therapeuten helfen sehr beim Entscheiden. Keine gute Praxis sollte vor dieser Idee zurückschrecken.

Wie sind die Erfahrungen in der Community mit Psychotherapie, die ja ein „Muss“ für Trans*-Menschen ist?

Von der modernen Gesellschaft merken die Meisten bei ihrer Psychotherapie leider nicht viel. Falls man nach langer Suche endlich eine Praxis gefunden hat, die auch Jugendliche nimmt und dann nach

monatelanger Wartezeit endlich einen Termin hat, kommt oft die ernüchternde Wahrheit zum Vorschein. Nur wenige TherapeutInnen gehen unvoreingenommen an die Jugendlichen heran und wollen tatsächlich helfen. Viele versuchen stattdessen, die Betroffenen „umzuthrapieren“ oder ihnen einzureden, welche Gründe ihre Körperdysphorie alles hat. Ob es nun der FKK-Strand-Besuch mit vier Jahren war oder die Schwangerschaftsdiabetes der Mutter.

Diese Dinge sind das letzte, was die Jugendlichen hören sollten. Nicht nur, dass sie nicht wahr sind, sondern weil sie weiter das Bild verstärken, dass mit ihnen etwas nicht stimmt und sie die innere Stimme irgendwie unterdrücken sollten. Wenige Ausnahmen dieses schrecklichen Systems an Diskriminierung gibt es, keine Frage, doch die Mehrheit an Unwissenheit und Ignoranz gegenüber diesem Thema überwiegt leider stark.



Nick Malkewitz, 17

Schüler am OSG Mainz, wo er im Mai 2019 voraussichtlich sein Abi schreiben wird. Geboren wurde er in Ober-Olm als drittes und letztes Kind. Seine beiden älteren Geschwister, 24 und 28, begleiteten ihn von Beginn an bei seiner Transition und waren als Stütze immer an seiner Seite. Auch bei seiner Hormonbehandlung 2017 und der geschlechtsangleichenden OP wich die Familie nicht von seiner Seite. Seine Freizeit verbringt er größtenteils im Staatstheater Wiesbaden bei der Musicalgruppe JUST, mit der er mit „3 Musketiere“ sein großes Bühnendebüt feierte. Das angestrebte Ziel ist es, in London auf einer Schauspielschule aufgenommen zu

werden und daraus einen richtigen Beruf zu machen.

Neben dem Theater ist ihm die Aufklärungsarbeit extrem wichtig. Mit 15 Jahren, also mitten in der Schulzeit, geoutet, musste er früh lernen, mit Ablehnung und Hass klar zu kommen. Deswegen versucht er, durch Vorträge an Schulen das Leben für transidente Jugendliche leichter zu machen, indem er aufklärt und als Ansprechpartner für Kinder/Jugendliche, Eltern und Lehrkräfte fungiert.

Sein Ziel für die Zukunft ist es, dass alle transidenten Kinder und Jugendliche ohne Angst vor ihren MitschülerInnen und Lehrkräften in die Schule gehen können.

Was würdest Du Dir von PsychotherapeutInnen wünschen im Umgang mit Trans*-Menschen?

Die Therapiepflcht ist dafür gedacht, dass die Jugendlichen mit Sicherheit wenigstens eine Person in ihrem Leben haben, die ihnen helfen kann und schon über alle Abläufe Bescheid weiß. In meinen Augen wäre es eine tolle Sache, wenn es dafür auch genug Fachleute geben würde, um das möglich zu machen.

Trans*-Jugendliche brauchen eine Stütze und eine Therapeutin/einen Therapeuten, die/der individuell auf sie eingeht. Wie schon erwähnt, ist das Internet ein guter Freund, was Informationen angeht. Doch Abläufe wie Namensänderung und Operationen sind lang, kompliziert und mehr als ermüdend. Eltern und Angehörige verlassen sich auf ihre Kinder und erwarten, dass sie informiert werden. Dabei sind diese Abläufe von (Bundes)land zu (Bundes)land unterschiedlich und auch das Internet ist im seltensten Fall auf dem aktuellsten Stand. Therapeuten müssen Unterstützung und Akzeptanz vermitteln, nicht Rationalität oder „Behandlungen“.

Was wäre an gesellschaftlicher Veränderung und Unterstützung wichtig?

Bildung ist alles – Einbindung in den Unterricht! XX ist nicht nur Frau und XY ist nicht nur Mann, außerdem gibt es mehr als diese beiden Optionen. Intersexualität muss auch Thema werden. Geschichte und Soziakunde müssen über Unterdrückung und historische Fakten reden. Homo-, bi-, pansexuelle und Trans*-Menschen hat es schon seit dem antiken Griechenland gegeben, aber davon wissen nur wenige. Durch mehr Repräsentation kann Jugendlichen Normalität und Sicherheit gegeben werden. Transidentität wird von der rechten Seite als „moderner Trend“ abgestempelt. Das ist nicht nur ignorant, sondern gefährlich für alle Betroffenen. Auch die „Frühsexualisierung“ ist nur ein populistisches Wort. Aufklärung hilft Kindern und schadet ihnen nicht.

Wie sind Deine persönlichen Erfahrungen bezüglich Hormonbehandlung und operativen Maßnahmen?

Sobald ein Jugendlicher bereit ist zu sagen, dass er/sie trans* ist, sollte kein Erwachsener die Macht haben, aus ideologischen Gründen das Leben dieses Jugendlichen zu zerstören, indem die Therapie verweigert wird. Einmal in die falsche Pubertät gekommen, ist es für manche Jugendliche schon zu spät, sie laufen weg, verletzen sich oder bringen sich um, weil der Hass auf den eigenen Körper zu groß wird. Auch mit 11 oder 12 kann man entscheiden, was sich falsch und richtig anfühlt, notfalls sind Hormonblocker für eine Weile eine gute Lösung.

Wie sind Deine persönlichen Erfahrungen mit Namens- und Personenstandsänderung?

Zu teuer, zu schwer, zu lang. 1.400 €, elf Briefwechsel, zwei Gutachten, ein Gerichtsbesuch mit intimsten Fragen über Sexualität, Selbstmord und Entwicklung der Geschlechtsorgane und 13 Monate später hatte ich es endlich geschafft. Zwei oder drei Gutachten werden gefordert, um einen Irrtum auszuschließen und eine erneute Umänderung zu vermeiden, doch was für eine Diskriminierung das ist, daran denkt keiner. Fachleute sollen einen nach einem Termin beurteilen, das ist einfach unmöglich und nur Geldmacherei. Wenn die Gerichte einfach, ohne dem Betroffenen Steine in den Weg zu legen, arbeiten würden, hätten sie selbst weniger Aufwand, auch wenn sie/er sich danach noch zehn Mal umentscheiden würde. (Doch das passiert nicht, denn keiner kommt aus Spaß auf die Idee, den eigenen Namen zu ändern!)

Hattest Du Zeiten, wo es Dir nicht gut ging, was Deine transidente Entwicklung angeht? Was hat Dir in diesen Zeiten geholfen?

Dass ich von Anfang an auf dem richtigen Weg bin, wusste ich, bevor ich überhaupt einen tatsächli-

chen Namen dafür hatte. Ich war 14, als mein seniler Uropa mich mit den kurzen Haaren einen Junge genannt hat. Ich habe mich dabei wohlgefühlt und endlich begriffen, warum ich nie Kleider tragen wollte und ich mir die Haut von den Knochen schneiden wollte. Es ist nicht schlecht, als Mädchen angesehen zu werden, dachte ich, bis die Leute angefangen haben, mich als Jungen wahrzunehmen.

Auf meinem Weg, dann auch auf dem Papier und körperlich ein Junge zu werden, gab es oft Situationen, in denen ich am liebsten alles hingeschmissen hätte. Das Gericht hat meine Unterlagen ein zweites Mal verschlampt, der Gutachtertermin ist noch Monate hin oder die Vorgänge sind so undurchschaubar kompliziert. All diese Dinge haben mich oft zweifeln lassen, ob es meine Kraft noch wert ist. In solchen Momenten musste ich mir klarmachen, dass es vielleicht weniger wichtig ist, was ich noch tun muss, als was ich schon erreicht habe. Beim Zurückschauen, einen Monat, ein Jahr oder noch länger, konnte ich sehen, dass es sich lohnt und dass sich jeder nächste Schritt doppelt lohnen wird. Außerdem habe ich mir selbst oft sagen müssen, dass wenn ich aufgabe, das transphobe System gewonnen hat und das sollte keiner zulassen.

Der Kampf ist hart und ohne Unterstützung nicht zu bewältigen. Doch es gibt manche, die bekommen keine Hilfe von Freunden oder Familie. Hier sehe ich die Therapiepflcht als Chance, damit man ohne Zweifel Hilfe bekommen kann. Ein „Therapierrecht“ wäre meiner Meinung nach das beste: Trans*-Menschen sollten das Recht auf Beratung und Unterstützung bekommen und das muss von gesetzlichen wie auch von privaten Kassen ohne Ausnahme gezahlt werden, denn es stehen Leben auf dem Spiel.

Persönliche Mantras helfen auch, meines ist z.B. „Even the darkest night will end and the sun will rise“.

