

WS 1 - Transgender - Modeerscheinung oder Krankheit?

Zusammenfassung einer Teilnehmerin des Workshops von *Fr. Dr. Hackenberg*

Der Titel des Workshops wurde bewusst provokant gewählt um den gesellschaftlichen Vorurteilen – es handle sich um eine Modeerscheinung bzw. eine Erkrankung - entgegenzutreten und das eigentliche Thema der Geschlechterdysphorie und der Transidentität zu erklären. Vor allem sollte auch der Leidensdruck der Betroffenen (sowohl der Jugendlichen als auch deren Familien) in den Mittelpunkt der Erörterung gestellt werden.

Management von Kindern und Jugendlichen mit Transidentität:

Um eine sorgfältige Entscheidung einer Geschlechtsumwandlung zu treffen, braucht es die Begutachtung und Zustimmung von vier Fachpersonen (PsychiaterIn, PsychotherapeutIn, PsychologIn, EndokrinologIn). Diese Entscheidungsfindung stellt in der Regel einen schwierigen Prozess dar. Es geht darum, eine Fallführung über die Dauer von zwei Jahren festzulegen. Durch die Einbeziehung dieser vier Professionen soll Neutralität im Prozess gewährleistet werden.

Erstgespräche: Diese finden wenn möglich mit den Eltern statt, da man die Probleme und Konflikte schneller erkennen kann. Homosexualität/ Transgender ist noch nicht lange KEINE Krankheit, deshalb fällt es vielen Eltern oft schwer, dies zu akzeptieren. Beim Outing wird dies oft von Eltern so empfunden, als würde das Kind sterben, da sie ihre/n Tochter/ Sohn verlieren. Das Kind verheimlicht oft sehr lange den Wunsch nach dem anderen Geschlecht. Viele Transgender-PatientInnen zeigen typische Eigenschaften oft schon im Kindergartenalter (Wahl des Spielzeug, Probleme bei der Kleiderauswahl bei der Erstkommunion, Wahl des Freundeskreises).

Gesetzesänderung: gibt es mindestens zwei Befunde, dass aller Voraussicht nach das gewünschte Geschlecht stabil bleibt, dann kann eine Personenstandsänderung veranlasst werden.

Alltagstests: Diese dienen dazu, dass junge Menschen mit dem Wunsch einer Geschlechtsänderung, den gewünschten Namen und das Agieren in einer Gruppe, ausprobieren können.

Die Diskussion einer Transidentität beginnt mit Zeitdruck. Betroffene haben den Wunsch, dass dieser Prozess zügig vorangeht. Die restliche Familie wünscht sich mehr Zeit, bzw. möchte, dass eher noch abgewartet wird. In den Prozess miteinbezogen werden verlässliche lebensgeschichtliche Elemente wie z.B. Spielverhalten, Verkleidungsverhalten, wobei erwähnt werden muss, dass sich Stereotype aufgeweicht haben. Die Pubertät wird durch die typisch biologischen Veränderungen für viele als Qual erlebt. In dieser Zeit tritt meist die Frage nach Hormonen auf. Eine tatsächliche Operation wird frühestens ab 18 Jahren durchgeführt. Wichtig ist bei dieser Entscheidung, dass die nötige Zeit gegeben wird, es sollte sich nach dem Leidensdruck des Betroffenen gerichtet werden. Ein markantes Merkmal von Transidentität ist, wenn Betroffene dies wie folgend ausdrücken: „Ich bin ein Bub/ Mädchen“ und nicht „Ich möchte ein Bub/ Mädchen werden.“ Aus psychiatrischer Sicht ist Vorsicht geboten bei zusätzlichen Diagnosen wie z.B. Persönlichkeitsentwicklungsstörungen.

Die Begutachtung und ärztliche Stellungnahme erfolgt nach den Kriterien der sechs Klassifikationsachsen in der Kinder – Jugendpsychiatrie nach ICD 10.

Gesprächskontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie beim Erstgespräch:

- Experten: es gibt niemanden außerhalb der Familie, der die Verantwortung übernehmen kann. Diese Erwartung hierfür ist aber vonseiten der Familie meistens da. Der Experte liefert jedoch nur Informationen, die Entscheidung muss die Familie treffen.
- Unsicherheit /Angst
- Es besteht meist die verdeckte Hoffnung auf „Heilung“ vonseiten der Eltern.
- Neutralität/Allparteilichkeit nach dem Motto „alle Beteiligten müssen spüren, wie schwierig ein solcher Prozess ist“
- Zirkularität (systemische Haltung)
- Jugendliche prüfen, ob der Experte auch „Bündnispartner“ ist

Elemente der Behandlungsentscheidung:

- Obligate Fallkonferenz (es soll mindestens eine davon geben, zumindest telefonisch) mit anderen Berufsgruppen
- Fallkoordination (Case Management): dies ist üblicherweise der/die PsychotherapeutIn (diese/r muss auch mit der Familie arbeiten)
- Psychodiagnostik (es gibt keine Tests bezüglich weiblich oder männlich)
- Psychotherapie inklusive Familienbegleitung
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Diagnostik und Therapie der Komorbidität
- Medizinische Diagnostik vor geschlechtsumwandelnden Maßnahmen

Diskurs im multiprofessionellen Team:

- Informell: erste Einschätzung, Rollenverteilung, Zeitplan (bezüglich Personenstandsänderung), Outing, Alltagstest, Schule
- Standardisiert: Befundbesprechung ohne KlientInnensystem, Entscheidungsfindung bezgl. der weiteren Behandlungsschritte
- Familienarbeit ist sehr wichtig

Probleme und Herausforderungen:

- Zeitaufwand
- Konfliktrichtigkeit

Kontext und Unsicherheiten:

- Geschlechtsidentität ist nicht vorhersagbar
- Medizinisches Wissen sichert nicht den Verlauf. Transidentität ist echt, wenn sie stabil ist.
- Der Entscheidungsfinder ist mit dem Ausmaß der Unsicherheit konfrontiert.
- Kinderwunschthema (muss vor einer irreversiblen Hormonbehandlung angesprochen werden)

Modeerscheinung?

Das Phänomen der Transidentität wurde in letzter Zeit ernst genommen. Leiden wegen eines falschen Geschlechtes kann zu Suizidgefahr führen. Es besteht die Aufgabe das Dilemma zu sehen. Unwissen führt oft zu Moralisierungen.

