Behandlungssuchende mit Geschlechtsinkongruenz

Das aktuelle Verständnis für Behandlung und Begleitung in der Praxis

Die Behandlung von Menschen mit Geschlechtsinkongruenz hat sich in den letzten Jahren aufgrund eines Paradigmenwechsels massgeblich weiterentwickelt. Der Artikel möchte diesbezüglich Hintergrundwissen vermitteln und damit den Transfer in die Praxis unterstützen.

ANDREA SCHEIDEGGER

Andrea Scheidegger

Aufgrund eines Paradigmenwechsels haben in den letzten Jahren wichtige Weiterentwicklungsschritte in der Behandlung von Menschen mit Geschlechtsinkongruenz stattgefunden, welche die Entpsychopathologisierung von trans Menschen in der Medizin eingeleitet haben. Basierend auf klinischen Erfahrungen und Forschungsbefunden ist dieser Perspektivenwechsel mit der 11. Revision des «International Classification of Disease» (ICD) (1) formal vollzogen worden (2). Ein ausschlaggebender Faktor für diesen Prozess ist das sich ständig entwickelnde Verständnis von «Geschlecht», sowohl in der Medizin als auch in anderen Wissenschaften. Es wird heute davon ausgegangen, dass «Geschlecht» keine ausschliesslich biologische Grösse darstellt und dass Geschlechtsidentitäten medizinisch nicht «diagnostizierbar» sind (3). Ziel der Behandlungen ist folglich nicht die «Reparatur falscher Identitäten in richtigen Körpern», sondern die Reduktion von der subjektiv erlebten Geschlechtsdysphorie (4).

Entpsychopathologisierung

Vor diesem Hintergrund verändert sich die Rolle von Menschen mit Geschlechtsinkongruenz in den Behandlungen grundlegend. Trans Menschen treten nicht mehr als psychopathologisch gestörte Individuen auf, die in erster Linie einer psychiatrischen Behandlung bedürfen. Sie gelten innerhalb der Medizin aufgrund ihres Leidensdrucks zwar immer noch als Behandlungssuchende, jedoch als solche, die mittels ihrer unmittelbaren Nähe zum eigenen «Geschlecht» am besten über das eigene geschlechtsdysphorische Erleben Auskunft geben können. In dieser Rolle als experte Person des eigenen Geschlechts gestalten sie ihre soziale und medizinische Transition massgeblich mit (4). Der Paradigmenwechsel führt so zu einer Flexibilisierung und Individualisierung der Behandlung, die in der Medizin ansonsten weitgehend als selbstverständlich gilt (5). Der Entpsychopathologisierung stehen Erfahrungsberichte von Behandlungssuchenden über direkte und indirekte Stigmatisierungserlebnisse im Gesundheitssystem entgegen (6).

Der Artikel versucht Hintergrundwissen zum aktuellen Verständnis zu «Geschlecht» und der Entpsychopathologisierung von Geschlechtsidentitäten zu vermitteln, um die Weiterentwicklung in der Behandlung und Begleitung von erwachsenen trans Personen nachvollziehbarer zu machen.

Vom essenziellen zum dekonstruierten Geschlecht

Im Gegensatz zu rein biologisch geprägten Modellen, welche «Geschlecht» als essenzielles Merkmal identifizieren, das sich (praktisch ausschliesslich) aus binären Chromosomkonstellationen ergibt und worin «Geschlecht» (hauptsächlich) der Reproduktion dient, vermögen dekonstruierte Geschlechtermodelle die reale biologische, psychologische und soziale Vielfalt von «Geschlecht» genauer und adäquater abzubilden (7). In diesen wird das «Geschlecht» in verschiedene Aspekte unterteilt, wobei sich insbesondere fünf Aspekte etabliert haben, wie *Abbildung 1* zeigt.

Merkpunkte

- **Trans Identitäten** sind nicht pathologisch.
- **Ziel der Behandlung** ist die Reduktion der individuellen und subjektiven «Geschlechterspannungen».
- **Behandlungssuchende mit Geschlechtsinkongruenz** sind die experten Personen der eigenen «Geschlechterspannungen».
- **Die Behandlung** ist individuell und flexibel.

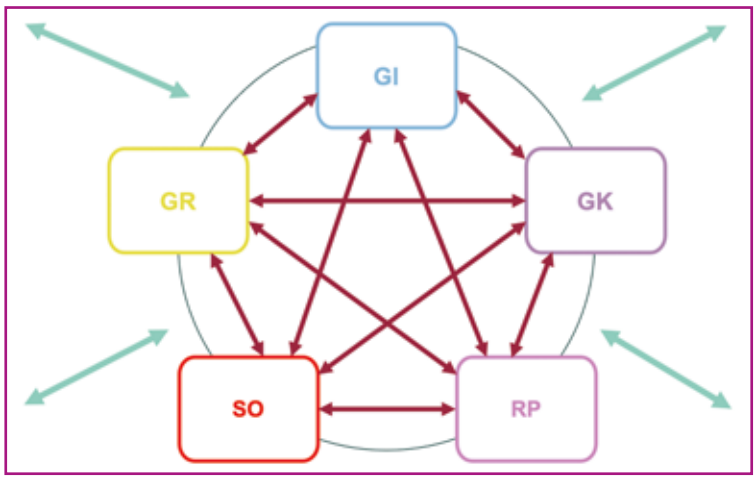

Abbildung 1: Das Bio-Psycho-Soziale Modell von «Geschlecht»
GI: Geschlechtsidentität beschreibt das tiefe innere Wissen und Gefühl der eigenen Geschlechtsidentität.
GR: (soziale) Geschlechterrolle bildet u. a. das Verhalten, die Art und Weise, sich zu präsentieren, und kulturelle Normen ab.
GK: Geschlechtskörper.
SO: Sexuelle Orientierung.
RP: Romantische Präferenz.

Alltagserfahrungen, aber auch die klinische und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema «Trans», weisen darauf hin, dass die Geschlechtsidentität keine menschliche Qualität darstellt, über die man frei verfügen kann. Sie entwickelt sich vielmehr in einem biografisch komplexen Zusammenspiel von biologischen, psychologischen und soziokulturellen Faktoren. Als Basis für diese Entwicklung dient zweifelsohne die biologische Veranlagung. Die Geschlechtsidentität selbst entwickelt sich jedoch im Zusammenhang mit dem wachsenden Verständnis der Person über sich selbst und dem ständigen Abgleich eigener Wünsche und Impulse mit den vorgelebten Geschlechternormen. Daher ist die Geschlechtsidentität eine individuelle, subjektive und variantenreiche Grösse und kann weder durch Testverfahren noch durch Beobachtung medizinisch zweifelsfrei erschlossen werden (3).

Die Geschlechtsidentität eines Menschen kann, muss aber nicht anhand anderer Aspekte des Geschlechts zum Ausdruck gebracht werden, wie beispielsweise in der sozialen Geschlechterrolle, die wiederum selbst kontextuellen und zeitlichen Faktoren unterstellt ist (z. B.: Wie beeinflussen kulturelle Normen die Geschlechterrolle? Bedeutet «Frausein» dasselbe nach der Pubertät wie nach der Pensionierung?). Ebenso kann der Geschlechtskörper die Geschlechtsidentität in einem grösseren, kleineren oder in gar keinem Ausmass widerspiegeln (2). Vor diesem Hintergrund wird klar, weshalb die Geschlechtsidentität den Menschen nicht immer von aussen anzusehen ist und sich eine Verständnisvertiefung über die Aspekte des «Geschlechts» und deren gegenseitigen (Un-)Abhängigkeiten und Dynamiken lohnt (7).

Diagnostik und Behandlung von Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie

In der Praxis werden für die Diagnostik und Behandlungen von Menschen mit Geschlechtsinkongruenz (ICD-11) (1) und Geschlechtsdysphorie (DSM-5) (8) Geschlechtermodelle verwendet, die die individuellen

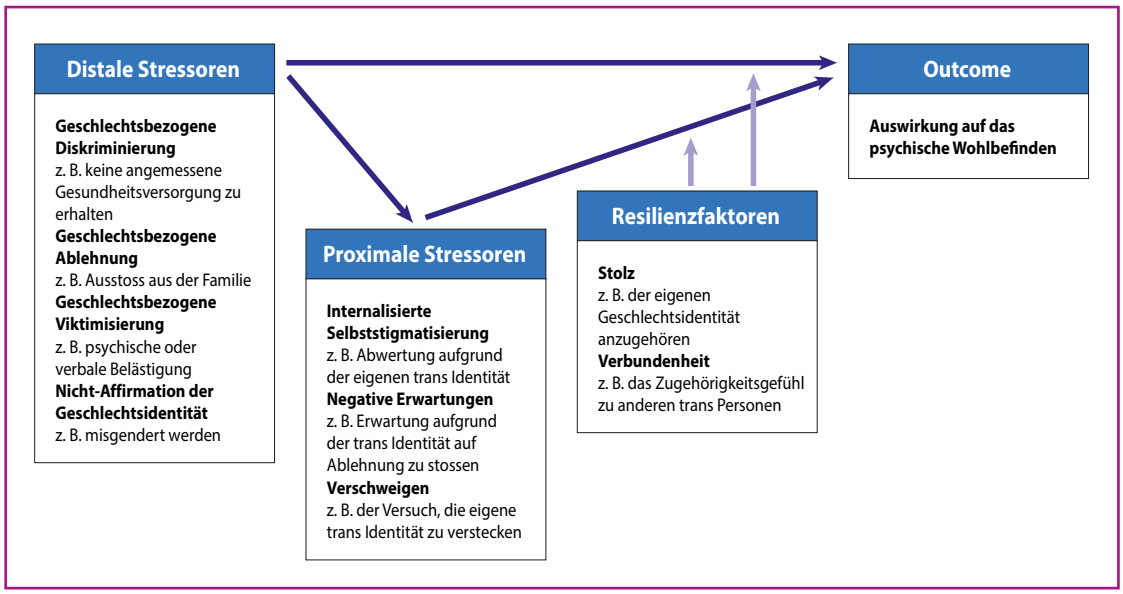

Abbildung 2. Minoritätenstressmodell abgeleitet von Testa et al. (2015) (14)
Das Minoritätenstressmodell unterscheidet distale und proximale Stressoren und Resilienzfaktoren. Als distale Stressoren werden Stressoren zusammengefasst, die von aussen auf interpersoneller, institutioneller und/oder struktureller Ebene auf trans Personen einwirken. Als proximale Stressoren werden intrapersonelle Stressoren zusammengefasst, die durch Sozialisierungsprozesse entstehen (15). Distale Stressoren haben sowohl einen direkten wie auch indirekten (über die proximalen Stressoren) negativen Effekt auf die psychologische Gesundheit von trans Personen (16).

«Geschlechterspannungen» ins Zentrum stellen (9). «Geschlechterspannungen» können aufgrund von Inkongruenzen zwischen allen Aspekten des «Geschlechts» entstehen (vgl. *Abbildung 1*) und werden bis zu einem gewissen Ausmass von allen Menschen erlebt (10). Bei Behandlungssuchenden mit Geschlechtsinkongruenz (IDC-11) (1) können die «Geschlechterspannungen» jedoch ein Ausmass erlangen, welches einen starken Leidensdruck mit sich bringt – dies wird als Geschlechtsdysphorie (DSM-5) verstanden (8).

Klassischerweise werden in der klinischen Praxis in einem ersten Schritt Gespräche mit den Behandlungssuchenden geführt, bei denen geschlechtsspezifische Informationen (Geschlechtsanamnese, wenn möglich mit fremdanamnestischen Angaben und «Geschlechterspannungen»), das psychische Wohlbefinden (psychiatrischen Anamnese und psychopathologischer Befund) und individuelle Anliegen gesammelt werden.

Die Geschlechtsanamnese beinhaltet die Erfassung des ersten Erlebens der individuellen Geschlechtsidentität (z. B. das Anziehen von «typischen Mädchenkleidern»). Hierbei können bereits diese frühesten Erinnerungen mit geschlechtsdysphorischen Symptomen gekoppelt sein, insbesondere wenn das damalige Umfeld auf eine normative Geschlechterbinarität und vor allem Geschlechtskongruenz besteht, beispielsweise das Verspüren intensiver Schamgefühle aufgrund negativer Reaktion des Umfelds beim Anziehen «typischen Mädchenkleider».

Die Geschlechtsanamnese beinhaltet auch die Entstehung des individuellen Konzeptes von «Geschlecht» sowie den Prozess bis zur Bewusstwerdung der eigenen Geschlechtsidentität («Inting»). Zudem beinhaltet die Geschlechtsanamnese die Schilderungen von ersten Coming-Outs sowie das Protokollieren bereits begonnener bzw. durchgeführter sozialer, juristischer und/oder medizinischer Transitionsschritten. Geschlechtsanamnesen sind individuell und auch wenn im klinischen Alltag manche Coming-Out-Narrative häufiger auftreten, sind aussergewöhnliche Entwicklungsprozesse ernst zu nehmen.

Der Einbezug von Familie und Umfeld wird grundsätzlich in jedem Alter sehr begrüsst, da die Behandlungssuchenden meist in ihrem gewohnten Milieu transitionieren wollen und sich auch Gedanken und Sorgen über die Situation ihrer Angehörigen machen. So kann evaluiert werden, ob Angehörige Unterstützung benötigen oder eine systemische Begleitung von Familie und Umfeld erwünscht ist.

Anhand der «Geschlechterspannungen» wird der aktuelle Leidensduck aufgezeigt, an dem die Behandlung anknüpft. Da das Ausmass der «Geschlechterspannungen» bzw. der geschlechtsdysphorischen Symptome sehr unterschiedlich sein kann, variiert die Notwendigkeit nach unterschiedlicher Transitionsmassnahmen individuell. In der ICD-11 wurde diesem Umstand Rechnung getragen, indem der Wunsch, den Körper so weit wie möglich dem gewünschten («anderen binären») Geschlecht anzugleichen, nicht länger ein Diagnosekriterium für Geschlechtsinkongruenz darstellt (ICD-11) (1). Damit werden individualisierte Behandlungen ermöglicht, welche nicht dem Ziel dienen, die (vermeintliche) «Binarität der Geschlechter» zu reproduzieren.

«Die Wahl der medizinischen Massnahmen und deren Reihenfolge wird im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung getroffen.»

Im Zusammenhang mit der Erhebung der psychiatrischen Anamnese und des aktuellen psychopathologischen Befundes werden auch Nebendiagnosen erhoben. Dabei ist insbesondere auf die Erfassung von potenziellen Minderheitsstressoren (siehe Abschnitt Exkurs) einzugehen. Je nach Abklärungsbefund, Nebendiagnosen und individuellem Leidensdruck ist die Begleitung einer psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson zu evaluieren.

Exkurs: Psychische Gesundheit und das Minoritätenstressmodell

Im Vergleich zu cis Personen (Personen, bei denen das bei der Geburt zugeschriebene Geschlecht mit der Geschlechtsidentität übereinstimmt) leiden trans Personen häufiger an psychopathologischen Störungsbildern. Dazu zählen beispielsweise Depressionen, Angsterkrankungen, Suchterkrankungen und suizidale Krisen mit Suizidversuchen (7, 11, 12). Bereits im jugendlichen Alter ist bei trans Personen ein erhöhtes Auftreten von Depressionen, Suizidalität, selbstverletzendem Verhalten und Ängsten zu beobachten (13). Ein wesentlicher Teil der psychischen Belastungen von trans Personen ist auf die Ablehnung des Umfelds zurückzuführen (3). Diese Art von Stigmatisierung und Benachteiligung wird auch als «Minoritätenstress» definiert (14) und ergibt sich daraus, dass trans Personen als gesellschaftliche Minderheit verschiedenster Formen von Stigmatisierung ausgesetzt sind (*Abbildung 2*).

«Die Geschlechtsidentität ist den Menschen nicht immer von aussen anzusehen.»

Diese spezifischen Minderheitsstressoren ergeben sich zusätzlich zu jenen allgemeinen Stressfaktoren, welche eine trans Person aufgrund anderer biografischer Gegebenheiten sowieso erlebt (17). Studien liefern Hinweise dafür, dass chronischer und/oder periodisch auftretender Minoritätenstress in Abhän-

gigkeit von der Persönlichkeit, dem Konfliktlöseniveau und der Resilienz einer trans Person zu unterschiedlich ausgeprägten, reaktiven Psychopathologien führen kann (6, 15, 16).
Folglich kann im Gesundheitssystem den Folgen von Minoritätenstress für trans Personen mittels einem entstigmatisierten Behandlungssetting proaktiv entgegengewirkt werden. Umgekehrt steigt die Intensität an Minoritätenstress für trans Personen, wenn diese im Gesundheitssystem, meist unbeabsichtigt, auf Stigmatisierung und Diskriminierung treffen (6).

Medizinische Behandlungen

Die medizinischen Behandlungen fokussieren, wie auch die soziale und juristische Transition, auf die Reduktion der Geschlechtsinkongruenz (ICD-11) (1) bzw. Geschlechtsdysphorie (DSM-5) (8) und führen so zur Verbesserung der Lebensqualität (6, 7). Dabei sind die Behandlungen immer entsprechend der WPATH-Leitlinien (SoC8) (2) und der AWMF-S3-Leitlinien (4) umzusetzen. Die schweizerischen Behandlungsempfehlungen für die Behandlung von Geschlechtsinkongruenz (ICD-11) bzw. Geschlechtsdysphorie (DSM-5) beruhen auf dem Prinzip des «Shared-Decision-Making» (5, 9, 18).
Die Wahl der medizinischen Massnahmen und deren Reihenfolge wird im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung getroffen, an der das Behandlungsteam und die Behandlungssuchenden als experte Personen der eigenen «Geschlechterspannungen» beteiligt sind. Dies gilt nicht nur für einen Behandlungsstart: Die medizinischen Massnahmen müssen regelmässig gemeinsam mit den Behandlungssuchenden evaluiert und dementsprechend der weitere Verlauf der Behandlung anhand dieser Evaluation besprochen werden.
Medizinische Massnahmen können dermatologische, endokrinologische, fertilitätserhaltende, logopädische, physiotherapeutische und chirurgische Interventionen sein.

Interdisziplinäre Verlaufsbeobachtung

Bei allen Behandlungsschritten ist eine interdisziplinäre Verlaufsbeobachtung mit Fokus auf die «Geschlechterspannungen» und das psychosoziale Wohlbefinden der Behandlungssuchenden unabdingbar. Da die Koordination der medizinischen Massnahmen auf Grund des Paradigmenwechsels nicht länger bei psychiatrischen Fachkräften liegen muss, hat sich an grösseren, meist universitären Institutionen eine Koordination durch eine «Advanced Practice Nurse» (APN) etabliert. Dies ermöglicht den Behandlungssuchenden eine Reduktion der Behandlungsschwelle zum Therapieteam, indem sie direkt zu einer medizinischen Fachperson gelangen und nicht länger indirekt über eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson. Zudem hat die APN die Rolle einer Ansprechperson während und nach medizinischen Transitionsschritten (5), was als stark unterstützend erlebt werden kann. ■

M. Sc. Andrea Scheidegger
Psychologin
Innovations-Focus Geschlechtervarianz
Inter- und multidisziplinäres Behandlungszentrum
für Personen mit einer Geschlechtsinkongruenz
bzw. Geschlechtsdysphorie
Universitätsspital Basel
4031 Basel
E-Mail: andrealaura.scheidegger@usb.ch

Quellen:

1. *World Health Organization. ICD-11: International Statistic Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.). 2019.*
2. *Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB et al.: Standards of care for the health of transgender and gender diverse people. 8th. Version. International Journal of Transgender Health 2022; 23(S1), S1-S260. doi: 10.1080/26895269.2022.2100644*
3. *Pauli D: Die anderen Geschlechter. Nicht-Binarität und ganztrans* normale Sachen. C.H. Beck. 2023: Kapitel 5.*
4. *Nieder TO, Strauss B: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Hintergrund, Methode und zentrale Empfehlungen. Zeitschr Sexualforsch 2023;32(02):70-79.*
5. *Garcia Nuñez D, Rudolph H, Flütsch N, Meier C, Wenz F, Müller A, Storck C, Mijuskovic B: Geschlechtsangleichende Behandlungsoptionen bei Menschen mit Geschlechtsinkongruenz. Swiss Medical Forum. 2023;23(4),862-865. doi: 10.4414/smf.2023.09301*
6. *Güldenring A, von Trotsenburg M, Flütsch N: Queering Medicine – Dringlichkeit einer bedürfnisorientierten und evidenzbasierten Transgendergesundheitsversorgung. J. Klin. Endokrinol. Stoffw. 2019;12,84-94. doi: 10.1007/s41969-019-00075-8*
7. *Arbeitsgruppe Trans im VLSP*. Grundlagenwissen: Psychotherapie und Beratung für Personen mit Geschlechtsinkongruenz. Mannheim: VLSP* e.V.; 2022. doi: 10.17194/vlsp.2022.1*
8. *American Psychiatric Association: Diagnostisches und Statistsches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe; 2015.*
9. *Rudolph H, Burgermeister N, Schulze J, Gross P, Hübscher E, Garcia Nuñez D: Von der Psychopathologisierung zum affirmativen Umgang mit Geschlechtervielfalt. Swiss Medical Forum. 2023;23(04):856-860. doi: 10.4414/smf.2023.09300*
10. *Garcia Nuñez D, Perler L, Mahr D, Michel G: Defying Normativity: Sex/gender Incongruences in cis heterosexual individuals (eingereicht; 2024).*
11. *Heylens G, Elaut E, Kreukels BP, Paap MC, Cerwenka Set al.: Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. Br J Psychiatry 2014;204(2):151-156.*
12. *Hass A, Lane A: Collecting sexual orientation and gender identity data in suicide and other violent deaths: a step towards identifying and addressing LGBT mortality disparities. LGBT Health 2015;2(1):84-87.*
13. *Sievert ED, Schweizer K, Barkmann C, Fahrenkrug S, Becker-Hebly I: Not social transition status, but peer relations and family functioning predict psychological functioning in German clinical sample of children with Gender Dysphoria. Clin Child Psychol Psychiatry. 2012;26(1):79-95.*
14. *Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W: Development of the gender minority stress and resilience measure. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity. 2015;2(1),65-77. doi: 10.1037/sgd0000081*
15. *Jäggi T, Jellestad L, Corbisiero S, Schäfer DJ et al.: Minority Stress and Depressive Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons. BioMed Reaserch International 2018; 2018:8639263. doi: 10.1155/2018/8639263*
16. *Ott A, Regli D, Znoj H: Minoritätenstress und soziale Unterstützung: Eine Online-Untersuchung zum Wohlbefinden von Trans*Personen in der Schweiz. Z Sexualforsch, 2017;30,138-160. doi: 10.1055/s-0043-109081*
17. *Tan KKH, Treharne GJ, Ellis SJ, Schmidt JM, Veale JF: Gender minority stress: A critical review. J Homosexuality 2020;67(10),1471-1489. doi: 10.1080/00918369.2019.1591789*
18. *Fachgesellschaft Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinien zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. Thieme-Verlag 2019.*

Anmerkung der Redaktion:
In diesem Artikel werden dem Thema entsprechend geschlechtsneutrale Begriffe verwendet, ferner die undeklinierten Adjektivformen «trans» und «cis» (z. B. «trans Menschen»).