**Hohes Suizidrisiko: Transidentität bei Heranwachsenden**

**Weiblich – männlich – beides – weder noch? In einer Fortbildungsveranstaltung\* machte sich Prof. Dr. med. Florian Daniel Zepf, Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, für ein non-binäres Geschlechterverständnis stark.1 Gemeinsam mit den anderen Teilnehmenden diskutierte er die Rolle begleitender Psychopathologien und sammelte Empfehlungen für die Praxis.**

**\***MEDICE Praxiszeit: Hybridveranstaltung ADHS im Dialog / Werkstatt ADHS, Mai 2021.

**Trans, queer, non-binär: Ein Geschlechterkontinuum**

Transgender meint längst nicht mehr nur einen Wechsel von einem zum anderen Geschlecht als Trans-Frau/Mann. Vielmehr beschreibt Transgender heute die Abkehr von der grundsätzlich binären Zuordnung „Frau oder Mann“ und akzeptiert, dass sowohl körperliche als auch empfundene Identitäten zwischen den Polen existieren: Ein Spektrum oder Kontinuum des Geschlechterverständnisses.1

„Eine nicht-binäre Identität kann bereits ab dem Jugendalter klar reflektiert und dauerhaft empfunden werden“, erklärte Prof. Zepf im Rahmen der ADHS-Fortbildungsveranstaltung.1 Auf der anderen Seite gäbe es auch Jugendliche, bei denen sich das Identitätsgefühl im Verlauf wieder ändere. Der Psychiater riet den Veranstaltungsteilnehmenden:



*„Im Kern geht es darum, wie die jungen Menschen sich fühlen. […] Es gibt keine zuverlässigen Testverfahren, die eine sichere Diagnose einer dauerhaften Transidentität zu einem bestimmten Zeitpunkt erlauben. […] Oftmals ist man als Kliniker gut beraten, abzuwarten und die betreffenden jungen Menschen geduldig zu begleiten.“***Prof. Dr. med. Florian Daniel Zepf**Direktor der Klinik für Kinder- & Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Jena

**ICD‑11 führt „Geschlechtsinkongruenz“ ein:**

* Nach ICD‑10 waren die Kriterien für die Diagnose Transsexualismus (F64.0) am binären Geschlechtersystem orientiert; eine Diagnosestellung setzt den Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen verpflichtend voraus.2
* In der aktualisierten ICD‑11\*\* bezeichnet die neu eingeführte Geschlechtsinkongruenz eine Nichtübereinstimmung der Geschlechtsidentität mit den Geschlechtsmerkmalen des Körpers.3

Ein **Paradigmenwechsel**, meint Prof. Zepf: Transidentität wird als eine natürliche Variation menschlich-geschlechtlichen Erlebens aufgefasst, nicht als eine psychiatrische Störung.  
  
\*\* Die deutsche Übersetzung der ICD‑11 ist in Arbeit, Teile sind bereits auf Deutsch verfügbar ([weitere Informationen beim BfArM](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html)).

**Hohes Risiko für psychiatrische Störungen und Suizid1,4-6**

Aus psychiatrischer Sicht ist die diagnostische und therapeutische Auseinandersetzung mit der Thematik hochrelevant: In einer kanadischen Studie mit > 900 Transjugendlichen zeigten **65 % ernsthafte Suizidalität und 75 % selbstverletzendes Verhalten**.7

Mitverantwortlich dafür sei einerseits eine Geschlechtsdysphorie, so Prof. Zepf, also ein Leidensdruck aufgrund der Diskrepanz zwischen körperlichem Geschlecht und subjektivem Zugehörigkeitsempfinden. Der Referent betonte jedoch auch: Fast jeder transidente Mensch habe in irgendeiner Art und Weise schon einmal Diskriminierung erlebt. Mobbing und Diskriminierung seien wahrscheinlich Mitverursacher von depressiven Störungen und Suizidalität.

Eine psychotherapeutische Begleitung und ggf. eine (soziale) Transition könnten den Leidensdruck verringern, wie neue Studien andeuten:

* Bei Kindern und Jugendlichen mit ausgeprägter Geschlechtsdysphorie scheinen keine signifikant erhöhten Raten an depressiven Symptomen aufzutreten, wenn eine soziale Transition entsprechend der Geschlechtsidentität erfolgt.8
* Bei Erwachsenen scheinen soziale Unterstützung, Schutz vor Diskriminierung und angleichende medizinische Interventionen als Schutzfaktoren vor Suizidalität und Suizidversuchen zu wirken.9

**Ratschläge aus dem Workshop: Auf Wortwahl achten**

Eine Diagnose der Genderdysphorie anhand des Verhaltens sei nicht möglich, erklärte Prof. Zepf. Er messe den subjektiven Schilderungen des inneren Erlebens und dessen zeitlichen Verlauf eine große Bedeutung bei. Zur Vorsicht riet er hingegen bei einer Befragung der Eltern betroffener Kinder und Jugendlicher, denn Verhalten und Aussagen gegenüber Bezugspersonen könnten stark vom inneren Erleben der Identität abweichen – besonders, wenn die Akzeptanz des Umfeldes gering sei.

Im Rahmen der Veranstaltung diskutierten die Teilnehmenden Erfahrungen aus ihrer eigenen Praxis, so wurde z. B. geschildert:

* Die Frage nach der **gewünschten Anrede** könne den Einstieg in das Erstgespräch erleichtern, da sich die Person ggf. nicht mit der Namensgebung der Eltern identifiziert. Im Gespräch punkte, wer Offenheit für ein nicht-binäres Genderkonzept signalisiere.
* Auf **begriffliche Korrektheit** werde innerhalb der Trans-Community großen Wert gelegt – die Wortwahl der Gesprächsleitung könne deshalb einen erheblichen Unterschied ausmachen.
* **Körperlichkeit und Sexualität nicht zu früh thematisieren**. Beide Aspekte seien bei Jugendlichen oft angstbesetzt, mitunter bereite schon die Aussprache der Wörter für abgelehnte Körpermerkmale erhebliche Probleme. Das Erbitten der Erlaubnis, über diese Dinge sprechen zu dürfen, sei unbedingt notwendig.

Quellen:

1. Herrmann K et al. ADHS-Fortbildung MEDICE Praxiszeit: Hybridveranstaltung ADHS im Dialog / Werkstatt ADHS. Iserlohn: MEDICE Arzneimittel Pütter; 2021.
2. ICD-10-GM: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2022. Bundesinstitut für Arzenimittel und Medizinprodukte, online verfügbar unter https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/ (abgerufen am 10.03.2022).
3. ICD-11: International Classification of Diseases, 11th Revision, Version 02/2022. World Health Organization, online verfügbar unter https://icd.who.int/en (abgerufen am 10.03.2022).
4. Die deutsche Übersetzung ist in Arbeit, Teile der ICD‑11 sind bereits auf Deutsch verfügbar. Weitere Informationen unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/\_node.html (abgerufen am 10.03.2022).
5. Feldman J et al. Priorities for transgender medical and healthcare research. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2016;23(2):180-187.
6. Mizock L. Transgender and Gender Diverse Clients with Mental Disorders: Treatment Issues and Challenges. Psychiatr Clin North Am. 2017;40(1):29-39.
7. Reisner SL et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. Lancet. 2016;388(10042):412-436.
8. Veale J et al. Prevalence of Pregnancy Involvement Among Canadian Transgender Youth and its Relation to Mental Health, Sexual Health, and Gender Identity. Int J Transgend. 2016;17(3-4):107-113.
9. Durwood L et al. Mental Health and Self-Worth in Socially Transitioned Transgender Youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017;56(2):116-123.e112.
10. Bauer GR et al. Factors Impacting Transgender Patients’ Discomfort with Their Family Physicians: A Respondent-Driven Sampling Survey. PLoS One. 2015;10(12):e0145046.