

# Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

**Verlag und Copyright:**

Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
ISSN

Nachdruck nur  
mit Genehmigung  
des Verlags



# Substanzgebrauch im Kontext von Trans\*: Diagnostik und Implikationen

## Substance Use in the Context of Trans\*: Diagnostics and Implications

### Autoren

Laura I. Kürbitz, Inga Becker, Timo O. Nieder

### Institut

Interdisziplinäres Transgender Versorgungszentrum Hamburg,  
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie,  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg

### Schlüsselwörter

Trans\*, Substanzkonsum, Behandlung trans\*, transgender

### Key words

trans\*, substance abuse, treatment, transgender

### Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0739-9801>

Online-Publikation: 16.10.2018

Suchttherapie 2018; 19: 176–185

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
ISSN 1439-9903

### Korrespondenzadresse

Laura Kürbitz  
Interdisziplinäres Transgender Versorgungszentrum  
Hamburg  
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie  
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf  
Martinistraße 52  
20247 Hamburg  
l.kuerbitz@uke.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** Aufgrund von Minderheitenstress leiden trans\* Personen häufiger als cis\* Personen an psychischen Störungen, jedoch nicht unbedingt auch häufiger unter schädlichem Gebrauch von psychoaktiven Substanzen. Dennoch kann die Frage der bedarfsgerechten Versorgung besonders dann komplex und relevant werden, wenn Minderheitenstress und schädlicher Konsum z. B. von Alkohol zeitgleich auftreten.

**Ziel der Arbeit** Es soll die Diagnostik und Versorgungspraxis einer bedarfsgerechten Behandlung von trans\* Menschen und die Bedeutung von möglichen Problemen bei schädlichem Substanzkonsum diskutiert werden.

**Material und Methoden** Literaturrecherche zur Versorgungspraxis von trans\* Personen im Suchthilfesystem. Exemplarische

Vorstellung von Ergebnissen zum Alkohol- und Drogenkonsum aus einer klinischen Studie mit N = 159 trans\* Personen (European Initiative of Gender Incongruence, ENIGI), die zwischen 2007 und 2015 in Hamburg eine Behandlung gesucht und an der ENIGI-Studie teilgenommen haben. Darstellung von Wechselwirkungen zwischen Suchterkrankungen und transitionsunterstützenden Behandlungen.

**Ergebnisse** Trans\* Personen haben sowohl transitionsbezogene als auch transitionsunabhängige Bedarfe, die sich an das Gesundheitssystem richten. Hierzu zählen auch Suchtbehandlungen. Allerdings zeigen Ergebnisse aus der Hamburger ENIGI-Studie, dass der Alkoholkonsum von Trans\* Personen nicht als grundsätzlich auffällig oder klinisch relevant eingestuft werden kann. Bei insgesamt 5,8% der befragten Stichprobe wurde der Alkohol- oder Drogenkonsum als schädlich oder abhängig eingestuft.

**Schlussfolgerungen** Suchterkrankungen im Kontext von Trans\* sollten im Rahmen eines integrativen und interdisziplinären Gesamtbehandlungsplans zielführend behandelt werden.

### ABSTRACT

**Background** Due to minority stress trans\* people report more mental health issues than cis\* people, but not necessarily substance abuse disorders. Nevertheless, the question of demand-oriented health care can become complex and relevant, when both issues appear simultaneously.

**Objective** Assessment and current demand-oriented health care for trans\* people and the importance of issues with substance abuse shall be discussed.

**Material and Methods** Literature research on the clinical practice for trans\* people in the addiction support system. Exemplary presentation of results investigating the alcohol and drug consumption within the Hamburg part of a clinical study with n = 159 trans\* people (European Initiative of Gender Incongruence, ENIGI), who sought out transition-related care between 2007 and 2016 and participated in the ENIGI study. Presentation of interactions between substance abuse disorders and transition-related care.

**Results** Trans\* people have transition-related and general health care needs. The needs are directed to both the general health care system and the specialised addiction support system. However, the results of the Hamburg ENIGI study show, that alcohol or drug consumption in trans\* people is not categorically conspicuous or clinically relevant. 5.8% of the sur-

veyed sample reported an abusive or dependant consumption of alcohol and/or drugs.

**Conclusion** Substance abuse disorders in the context of trans\* should be treated expediently within an integrative and interdisciplinary overall treatment plan.

## Einleitung

Personen, die ihr Geschlecht im Konflikt mit ihrem Körper (bzw. ihren körperlichen Merkmalen) erleben, beschreiben sich mit verschiedenen Begriffen: transident, transexuell, transgender, transgeschlechtlich oder trans\* [1]. Im Folgenden soll Trans\* als Sammelbegriff und Kurzform diese Bezeichnungen umfassen. Hierbei soll der Begriff trans\* Menschen berücksichtigen, die sich eindeutig als Mann oder Frau erleben (z. B. transgeschlechtlich), aber auch Personen die sich nicht eindeutig weiblich oder männlich identifizieren, sich also als divers bzw. non-binär erleben (z. B. agender, genderfluid, genderqueer [2]). Die Diskrepanz zwischen der empfundenen Geschlechtsidentität bzw. dem Geschlecht und den körperlich vorhandenen Geschlechtsmerkmalen wird als Geschlechtsinkongruenz (GIK) bezeichnet [3]. Bedingt diese Diskrepanz einen Leidensdruck, so kann dieser als Geschlechtsdysphorie (GD) bezeichnet werden (ebd.). Trans\* soll allen Menschen offenstehen, die ihre Geschlechtsidentität als nicht passend zur ihrem zugewiesenen Geschlecht bzw. zu ihren körperlichen Geschlechtsmerkmalen empfinden [4].

### Merke

**Der Begriff Trans\* soll allen Menschen offenstehen, die ihre Geschlechtsidentität als nicht passend zur ihrem zugewiesenen Geschlecht bzw. zu ihren körperlichen Geschlechtsmerkmalen empfinden.**

### BEGRIFFLICHKEITEN

Eine Person, die sich selbst als weiblich definiert, jedoch ursprünglich maskuline Körpermerkmale aufweist, kann als trans\* Frau (oder Frau) beschrieben werden. Eine Person mit ursprünglich weiblichen Körpermerkmalen, die sich als männlich definiert, kann als trans\* Mann (oder Mann) beschrieben werden. Für eine respektvolle therapeutische Beziehungsgestaltung empfiehlt es sich, den/die Patient\*in zu fragen, wie er/sie angesprochen werden möchte und/oder sich selbst bezeichnet. Dasselbe gilt für diverse bzw. non-binäre Personen, die ihre Geschlechtsidentität nicht (dauerhaft) im Spektrum weiblich-männlich verorten können oder wollen. Personen bei denen das anhand körperlicher Merkmale zugeschriebene Geschlecht mit dem erlebten Geschlecht übereinstimmt, können auch als cis\* Personen bezeichnet werden.

Für trans\* Personen oder non-binäre Personen kann es ein Weg sein, zu transitionieren. Um mit ihrem als unstimmig erlebten Körper zurechtzukommen, können sie ihr Geschlecht rechtlich (mithilfe einer Personenstands- und Vornamensänderung), sozial (Coming-out im privaten und beruflichen Bereich) und in vielen (aber nicht allen) Fällen auch mithilfe körperverändernder Maßnahmen ihrem Erleben anpassen.

Verlässlich können die Prävalenzzahlen von trans\* Personen auf Basis der aktuellen Studienlage nur schwer geschätzt werden, da die jeweiligen Zahlen von der zugrunde gelegten Definition abhängen. So konnten Collin, Reisner, Tangpricha, et al. [5] in ihrer Meta-Analyse zeigen, dass die Prävalenz zwischen 1 und 30 pro 100 000 für transitionsunterstützende, körperverändernde Maßnahmen liegt. Wählt man jedoch die selbst berichtete Trans-Identität als Kriterium, so kommt man auf 100 bis 700 Personen pro 100 000 in Westeuropa und Nordamerika [5], was einem Bevölkerungsanteil zwischen 0,1 und 0,7 % entspricht. Die unterschiedlichen Zahlen sind häufig durch unterschiedliche Stichproben bzw. unterschiedliche Sampling-Strategien begründet (u. a. klinische oder bevölkerungsbasierte Stichproben). So stellen Eyssel, Koehler, Dekker, et al. [6] fest, dass besonders die klinischen Stichproben als Minimalschätzungen angesehen werden sollten, da nicht alle trans\* Personen medizinische Behandlung in Anspruch nehmen. Dies gilt auch für die Daten, die weiter unten berichtet werden. Darüber hinaus werden in bevölkerungsbasierten Stichproben viele trans\* Personen, die sich als nicht-binär identifizieren, oder trans\* Personen, die sich als „männlich“ oder „weiblich“ einordnen (z. B. nach der Transition), nicht erfasst.

## Diagnostik im Kontext von Trans

Die für Deutschland noch voraussichtlich bis in das Jahr 2022 gültige ICD-10-Diagnose lautet Transsexualismus (ICD-10 F64.0) und bezieht sich exklusiv auf die Zugehörigkeit „zum anderen Geschlecht“ vgl. ICD-10-GM, zitiert nach [7]. Zudem setzen die diagnostischen Kriterien den über 2 Jahre anhaltenden Wunsch nach geschlechtsangleichenden somatischen Behandlungen voraus. Hingegen erfasst das DSM-5 die sogenannte Geschlechtsdysphorie, die den Leidensdruck im Zusammenhang mit dem als nicht stimmig erlebten Geschlecht in den Mittelpunkt stellt [8]. Vor diesem Hintergrund, sowie im Zuge der zunehmenden gesellschaftlichen Toleranz, Sichtbarkeit und Anerkennung von trans\* Personen, wird die ICD-11, die im Juni 2018 publiziert wurde, den Begriff der Geschlechtsinkongruenz (GIK) verwenden, der auch diverse bzw. non-binäre Geschlechter berücksichtigen soll. Zudem wird ein Paradigmenwechsel intendiert, da die Weltgesundheitsorganisation GIK nicht mehr als psychische Störung kategorisiert, sondern einem neuen Kapitel zuweist [Umstände, die die sexuelle Gesundheit beeinflussen, engl. Conditions related to sexual health; vgl. 4]. Die Adaptation an das deutsche Gesundheitssystem steht allerdings noch aus. Die Folgen der Neu-Kategorisierung, u. a. hinsichtlich der Kostenübernahme für transitionsunterstützende Behandlungen durch die Krankenversicherungen, sind noch offen.

In der aktuellen, 7. Version der Standards of Care (SoC) der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [9] werden die Begriffe Transsexualität, Transgender und Gender Nonconforming verwendet, um ein breiteres Spektrum von Perso-

nen zu berücksichtigen. Die WPATH fordert die Entpathologisierung von Geschlechtsnonkonformität und schreibt, dass „the expression of gender characteristics including identities, that are not stereotypically associated with one’s assigned sex at birth is a common and culturally diverse human phenomenon [that] should not be judged as inherently pathological or negative” [9].

In der Diagnostik ist die Geschlechtsnonkonformität von der Geschlechtsdysphorie zu unterscheiden. Nicht alle geschlechtsnonkonformen Menschen leiden auch unter Geschlechtsdysphorie. Geschlechtsdysphorie ist vom DSM-5 folgendermaßen definiert:

**„Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen 302.85 (F64.0)**

- A. Seit mindestens 6 Monaten bestehende, ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem erlebten Gender und/oder entsprechendem Verhalten einerseits und dem Zuweisungsgeschlecht andererseits, wobei mindestens 2 der folgenden Kriterien erfüllt sein müssen:
1. Ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem erlebten Gender und/oder entsprechendem Verhalten und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder, bei Jugendlichen, den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen).
  2. Ausgeprägtes Verlangen, die eigenen primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale los zu werden (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 anderen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).
  5. Ausgeprägtes Verlangen danach, wie das andere Geschlecht behandelt zu werden (oder wie ein anderes Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).
  6. Ausgeprägte Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechts aufzuweisen (oder die eines anderen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).
- B. Klinisch relevantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“.
- [8] Gender Dysphoria, Übersetzung von Nieder & Pfäfflin

Derzeit bedarf es in Deutschland noch der ICD-10-Diagnose Transsexualismus um einerseits die Transition psychotherapeutisch zu begleiten<sup>1</sup> und andererseits um die Kostenübernahme für transitionsunterstützende somatische Behandlungen, wie z. B. eine Mastektomie, im Sinne einer Krankenbehandlung gemäß § 27

<sup>1</sup> Die Diagnose F64.0 braucht es insbesondere dann, wenn keine begleitende psychische Störung, wie z. B. eine Depression, vorliegt, die eine psychotherapeutische Begleitbehandlung rechtfertigen könnte.

SGB-V zu begründen. Allerdings wird von internationalen Fachgesellschaften inzwischen anerkannt, dass weder Geschlechtsnonkonformität noch das Trans\*-sein an sich unmittelbar eine psychische Störung bedingen [10].

**Merke**

Weder Geschlechtsnonkonformität noch das Trans\*-sein an sich bedingen unmittelbar eine psychische Störung, können aber zu Leidensdruck führen: Geschlechtsdysphorie.

## Begleitende psychische Störungen im Kontext von Trans\*

Trotz zunehmender Akzeptanz und Verbesserung von Behandlungsangeboten unterliegen trans\* Personen weiterhin gesellschaftlicher Stigmatisierung, d. h. die Zuschreibung negativer Eigenschaften, und Diskriminierung, d. h. soziale Benachteiligung, sowohl im Alltag [11, 12] als auch im Gesundheitswesen [13, 14], was zu einer Verschlechterung der Lebensbedingungen führen und Minderheitenstress erzeugen kann [15, 16]. Diese Stressoren können im Sinne eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells auch zur Ausbildung psychischer Störungen führen [17]. Aufgrund von Minderheitenstress [15] sind die Risiken für psychische Störungen bei trans\* Personen höher als bei cis\* Personen, insbesondere dann, wenn ihnen soziale Unterstützung fehlt [18, 19]. Psychische Erkrankungen können hier vielfältig sein: Depression, Substanzmissbrauch, Ängste, Persönlichkeitsstörungen. Aber auch Autismus-Spektrum-Störungen oder psychotische Symptome sind Erkrankungen, die bei trans\* Personen vorkommen können [20, 21].

**Merke**

Aufgrund von Minderheitenstress sind die Risiken für psychische Störungen bei trans\* Personen höher als bei cis\* Personen, insbesondere dann, wenn ihnen soziale Unterstützung fehlt.

Klein und Golub [22] konnten in ihrer US-weiten Stichprobe (N = 5612, convenience sampling) zeigen, dass 26,3% der teilnehmenden trans\* Personen berichteten, in der Vergangenheit Drogen oder Alkohol in schädlicher Weise konsumiert zu haben, um mit trans\*-bezogener Diskriminierung umzugehen [22]. In ihrer Studie zur Demographie von Substanzgebrauch (exzessiver Alkoholkonsum, Cannabis und weiterer Drogenmissbrauch) untersuchten Gonzalez, Gallego and Bockting [23] eine internetbasierte Stichprobe (N = 1210) erwachsener trans\* Personen in den USA, in der sie den Substanzkonsum in den letzten 3 Monaten erhoben. Insgesamt berichteten 21,5% der Teilnehmenden über exzessiven Alkoholkonsum (4 alkoholische Getränke an einem Tag, mindestens einmal in den letzten 3 Monaten), 24,4% über Cannabiskonsum und 11,6% über den (mindestens einmaligen) Konsum anderer Drogen in den letzten 3 Monaten, wobei die trans\*männlichen Teilnehmenden bei Cannabis und anderen Drogen höhere Raten als die trans\*weiblichen Personen aufwiesen. Darüber hinaus war Geschlechtsdysphorie insofern mit Substanzkonsum assoziiert, dass Personen, die mehr über Geschlechtsdysphorie berichteten, auch einen stärkeren Alkohol- und Cannabiskonsum hatten [23].

## Alkoholkonsum im Rahmen der ENIGI-Studie: Daten aus Hamburg

Die Europäische Initiative zur Untersuchung von Geschlechtsinkongruenz (European Initiative for the Investigation of Gender Incongruence; ENIGI; siehe [24]) ist eine multizentrisch angelegte Forschungskoope-ration von vier Zentren. Zur Teilnahme eingeladen waren alle Perso-nen, die sich zur medizinischen Unterstützung ihrer Transition in einer universitären Spezialsprechstunde vorstellten. Ziel dieser Studie war es, Daten aus unterschiedlichen Ländern zu erheben, um somit lang-fristig international den klinischen Diagnostik- und Behandlungspro-zess zu optimieren. Über 10 Jahre wurden in einem klinischen Rahmen Angaben von etwa 2000 deutschen, belgischen, niederländischen und norwegischen trans\* Personen erfasst. So zeigten bspw. Heylens, Elaut, Kreukels, et al. [25], dass 70 % der trans\* Personen, die zur Behandlung ihrer GD spezialisierte universitäre Einrichtungen aufsuchen, zu min-destens einem Zeitpunkt in ihrem Leben die Kriterien einer psychischen Störung erfüllten. Ein Schwerpunkt lag hierbei auf den affektiven (60 %) und Angststörungen (28 %). Zudem erfüllten 16 % der Personen zu min-destens einem Zeitpunkt in ihrem Leben die Diagnose einer substanz-bezogenen Störung (bezogen sowohl auf Alkohol- als auch Drogenab-hängigkeit oder den schädlichen Gebrauch einer dieser Substanzen) und 8 % erfüllten zum Untersuchungszeitpunkt die Kriterien [25]. Zudem zeigen die Ergebnisse der ENIGI-Studie u. a., dass sich trans\* Personen mit ganz unterschiedlichen Bedarfen an Einrichtungen des Gesundheitssystems wenden [vgl. [26, 27]]. Hierzu gehören direkt transitionsbezogene Bedarfe, d. h. sowohl solche, die eine soziale Transition unterstützen – z. B. im Zusammenhang mit dem Coming-out gegenüber der Familie und Freunden oder dem Going-public in der Schule oder bei der Arbeit -, als auch solche, die eine medizinische Transition unterstützen -, z. B. die Behandlung mit Sexualhormonen und deren Suppression und/oder chirurgische Eingriffe zur Veränderung körperlicher Geschlechtsmerkmale. Zu den Bedarfen gehören auch solche, die über die direkte Transition hinausgehen und sich auf die all-gemeine Gesundheitsversorgung beziehen. Dabei können die sozia-len und körperlichen Veränderungen im Zuge einer Transition zu Situ-ationen führen, die auch in der allgemeinen Gesundheitsversorgung eine spezifische Aufmerksamkeit erfordern [28], wozu auch das Sucht-hilfesystem gehört. Deshalb widmet sich die vorliegende Arbeit exem-plarisch der Frage, mit welcher Häufigkeit erwachsene trans\* Personen, die sich über einen Zeitraum von 10 Jahren an die Spezialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung am Institut für Sexu-alforschung und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) gewendet haben, von Alkohol- bzw. Dro-genproblemen betroffen waren bzw. sind.

### Studie und Stichprobe

Im folgenden Abschnitt stellen wir exemplarisch Daten von insge-samt N = 306 Personen aus dem Hamburger Arm der ENIGI-Studie vor, die im Zeitraum zwischen 2007 bis 2016 erhoben wurden. Neben anderen Selbstauskunfts-Inventaren wurden die Alcohol Use Scale (AUS)<sup>2</sup> und die Drug Use Scale (DUS) eingesetzt. Beide

<sup>2</sup> Aufgrund der multizentrischen Anlage der ENIGI Studie war es notwen-dig, sich mit anderen Kliniken in Europa auf gemeinsam zu nutzende Ins-trumente zu einigen. Die Steuerungsgruppe von ENIGI hatte sich bei der Entwicklung des Protokolls zur Datenerhebung auf die AUS geeinigt.

Skalen wurden von dem New Hampshire Dartmouth Psychiatric Research Center entwickelt, um klinisch die Schwere des Alkohol-bzw. Substanzmissbrauchs einzuschätzen [29]. Die Skalen zur kli-nischen Beurteilung von Alkoholabhängigkeit und Drogenabhän-gigkeit erlaubt jeweils eine 5-stufige Einschätzung des Substanz-konsums (von „1“ = „Enthaltam“ bis „5“ = „Abhängigkeit“). In der vorliegenden Auswertung wurden Konsummuster und Hinweise auf eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit erfasst, die für insge-samt n = 188 Personen vorlagen. Dabei kann das Instrument jedoch keine genauere Diagnostik ersetzen. Da 22 Personen aus dieser Stichprobe bereits eine hormonelle oder operative Behandlung in Anspruch genommen hatten (und somit nicht repräsentativ für den Zeitpunkt der Erstvorstellung waren) und von sieben die allge-mei-nen biografischen oder soziodemografische Angaben fehlten, re-duzierte sich die Auswertungsstichprobe für die vorliegende Arbeit auf insgesamt n = 159 Personen. Von allen Teilnehmenden lag eine Einverständniserklärung vor und für die Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Hamburger Psychotherapeuten-kammer vor.

Das Geschlechterverhältnis war in der Stichprobe ausgeglichen. Insgesamt lagen Selbstauskunfts- und Fremdan-gaben von 80 Per-sonen aus dem transweiblichen Spektrum (Mann zu Frau, MzF: 50,3 %) und von 79 Personen aus dem transmännlichen Spektrum (Frau zu Mann, FzM: 49,7 %) vor. Die MzF-Stichprobe war im Durch-schnitt mit 31,4 Jahren (SD = 12,2) etwas älter als die FzM-Stichpro-be mit 25,8 Jahren (SD = 9,2). Die Stichprobe ist nicht repräsen-tativ für die Gesamtheit aller behandlungssuchenden trans\* Personen in Deutschland. Jedoch ergeben sich aus der standardisierten Er-fassung der Angaben zum Alkohol- und Drogenkonsum durch ihre jeweiligen Behandler\*innen wichtige Einblicke in entsprechende Problemlagen von deutschen trans\* Personen.

### Ergebnisse Alkoholkonsum

Für die überwiegende Mehrheit der Befragten wurde eingeschätzt, dass sie Alkohol ohne Anzeichen von Funktionsbeeinträchtigung konsumierten (72,3 %). Etwa ein Viertel wurde zudem als (quasi-) abstinent (insgesamt 23,3 %) eingestuft. Nur bei insgesamt 4,4 % der Gesamt-Stichprobe (n = 7) wurde ein schädlicher Alkoholkon-sum festgestellt und bei einer FzM-Person eine Alkoholabhängig-keit. Keine Person wurde in ihrem Alkoholkonsum so eingeschätzt, dass eine stationäre Behandlung (Alkoholentzugsbehandlung oder stationäre Rehabilitationsbehandlung) notwendig war. Beim Ver-gleich der Angaben nach Geschlechtern wurden folgende Muster deutlich (► **Tab. 1**): Trans\* Personen aus dem MzF-Spektrum wur-den vergleichsweise häufiger als (quasi-)abstinent eingestuft (30 %) als FzM (16,5 %). Beim risikoarmen Konsum liegt der Anteil der MzF bei 65 % und der der FzM bei 80 %. Der Anteil der MzF liegt beim schädlichen Konsum mit 5 % etwas über dem der FzM mit 2,5 % bzw. 3,8 % (einschließlich der Person, bei der eine Alkoholabhängigkeit festgestellt wurde). Insgesamt sind die Unterschiede zwischen bei-den Gruppen gering.

### Ergebnisse Drogenkonsum

Für die überwiegende Mehrheit der Stichprobe wurde eingeschätzt, dass sie keine Drogen konsumierten (84,3 %). Etwa ein Sechstel be-

► **Tab. 1** Deskriptive Daten zum Alkoholkonsum, Hamburger Daten der ENIGI Studie.

		MzF	FzM	Gesamt
Skala zur klinischen Beurteilung des Alkoholkonsums	% (n)	(50,3 %; n = 80)	(49,7 %; n = 79)	(N = 159)
Abstinent/quasi abstinent		30,0 (24)	16,5 (13)	23,3 (37)
(risikoarmer) Konsum (ohne Funktionsbeeinträchtigung)		65,0 (52)	79,7 (63)	72,3 (115)
Schädlicher Alkoholkonsum		5,0 (4)	2,5 (2)	3,8 (6)
Alkoholabhängigkeit		0,0 (0)	1,3 (1)	0,6 (1)
Behandlungsbedürftige Alkoholabhängigkeit		0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)

richtete, Drogen ohne Anzeichen von Funktionsbeeinträchtigung zu konsumieren (insgesamt 13,2%). Nur bei insgesamt 2,5 % der Gesamt-Stichprobe (n = 4) wurde eine Abhängigkeit festgestellt. Keine der Angaben wurde als schädlicher Konsum eingestuft, und keine Person wurde wegen des Konsums in eine Klinik eingewiesen. Beim Vergleich der Angaben nach Geschlechtern gab es keine Hinweise auf Unterschiede, wobei bei Personen aus dem FzM-Spektrum etwas häufiger eine Drogenabhängigkeit festgestellt wurde als bei MzF Personen (► **Tab. 2**).

Betrachtet man alle Angaben zum Alkohol- und/oder Drogenkonsum gemeinsam, wie es der Fall in der ersten Untersuchung einer Teilstichprobe aus ENIGI der Fall war [25], so wurden für insgesamt 5,8 % der Gesamt-Stichprobe schädliches oder abhängiges Alkohol- oder Drogenkonsumverhalten eingeschätzt. Bei getrennter Betrachtung der Ergebnisse zu Alkohol- und Drogenkonsum liegen die Prävalenzen für die Gesamt-Stichprobe bei 4,4 % (Alkohol) und 2,5 % (Drogen). Somit waren alkohol- oder drogenbezogene Probleme bzw. Störungen zum Zeitpunkt der Befragung bei Heylens et al. [25] mit etwa 8 % häufiger als die erfassten Probleme in der vorliegenden Auswertung. Insgesamt zeigte somit die große Mehrheit der Stichprobe einen gemäß des AUS/DUS eher unauffälligen Alkohol- bzw. Drogenkonsum, was die Bedeutung eines schädlichen Konsums im Einzelfall nicht schmälert. Zudem zeigen die unterschiedlichen Prävalenzen, dass es weiterer Forschung zu diesem Thema bedarf, auch mit Blick auf Unterschiede zwischen klinischen und nicht-klinischen Stichproben.

## Aktuelle Behandlungsempfehlungen

Zum jetzigen Zeitpunkt liegt nach unserem Kenntnisstand keine verbindliche Leitlinie zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen bei trans\* Personen in Deutschland vor. Die American Psychological Association (APA) hebt die Wichtigkeit einer affirmativen Trans\*-Gesundheitsversorgung hervor und weist darauf hin, dass uninformierte und/oder diskriminierende Behandler\*innen trans\* Personen schaden können [30]. Dies gilt auch für den Bereich der Suchtbehandlung. So wird ausdrücklich empfohlen, begleitende psychische Störungen inkl. Suchterkrankungen in das Störungsmodell mit aufzunehmen: „Similarly, when a TGNC [transgender and gender nonconfirming, Anm. d. Verf.] person has a primary presenting concern that is not gender focused, a comprehensive assessment takes into account that person’s experience relative to gender identity and gender expression, including any discrimination, just as it would include assessing other potenzial trauma history, medical concerns,

previous experience with helping professionals, important future goals, and important aspects of identity“ [30].

Schädlicher Drogenkonsum und -abhängigkeit werden mit einem biopsychosozialen Erklärungsmodell erklärt, bei dem genetische Faktoren, soziale und psychische Faktoren eine Rolle spielen [31]. Psychische Faktoren sind hier bspw. basale Persönlichkeitsmerkmale, wie bspw. Impulsivität und/oder ein niedriges Selbstwertgefühl. Als soziale Faktoren werden z. B. Missbrauchserfahrungen, Gewalterfahrungen oder familiäre Schwierigkeiten diskutiert (ebd.). In solch einem Erklärungsmodell kann die Geschlechtsdysphorie moderierend eine Rolle spielen, als dass sie andere Vulnerabilitätsfaktoren (z. B. niedriger Selbstwert) verstärkt. Trans\* Personen erleben durch ihr Umfeld und die Nicht-Anerkennung ihres So-seins wiederholt Invalidierung, erleben sich als „anders“ als andere, was zu einem niedrigen Selbstwertgefühl beitragen kann. Darüber hinaus können familiäre Ablehnung und Diskriminierungen durch Dritte als chronische soziale Stressoren eingeordnet werden. Im Folgenden sollen anhand einer Fallvignette Bezüge und Zusammenhänge zwischen einer Transition und Substanzkonsum exemplarisch beschrieben werden.

## Fallvignette Herr P.

Herr P. ist 40 Jahre alt und arbeitet als Lagerarbeiter. Bei Geburt wurde er dem weiblichen Geschlecht zugewiesen, berichtet aber „eigentlich schon immer ein kleiner Junge“ gewesen zu sein. Seine Eltern hätten ihn zu festlichen Anlässen jedoch häufig gezwungen, Mädchenkleidung zu tragen, wobei er sich „total geschämt“ habe [Invalidierungserfahrungen]. Zwischen seinem 18. und 35. Lebensjahr habe er abhängig Alkohol getrunken („Ich bin eigentlich immer voll gewesen“). Darüber hinaus habe er auch andere Substanzen (Kokain, Amphetamine) konsumiert. Er habe sich in der Herkunftsfamilie nicht sicher gefühlt und auch Gewalterfahrungen gemacht [prädisponierende Vulnerabilitätsfaktoren]. Er sei in einer „Alkoholiker-Familie“ aufgewachsen, seine Eltern hätten ihn eher vernachlässigt [Vulnerabilität, Modellernen]. Das Brustwachstum und die Menarche habe er als „eine Katastrophe“ erlebt und er habe sich häufig auf die wachsende Brust geschlagen, in der Hoffnung ein weiteres Wachstum verhindern zu können [Geschlechtsdysphorie]. In der Schule habe er nach dem Sportunterricht nicht geduscht, da er sich seines „Körpers geschämt“ habe [Geschlechtsdysphorie, niedriges Selbstwertgefühl]. Er habe sich „schon immer anders gefühlt“ [Invalidierung], sei „nie richtig glücklich“ gewesen, habe jedoch „immer alles verdrängt und viel gefeiert“ [dysfunktionaler Bewältigungsversuch]. Bisher habe er hauptsächlich

► **Tab. 2** Deskriptive Daten zum Drogenkonsum, Hamburger Daten der ENIGI Studie.

		MzF	FzM	Gesamt
Skala zur klinischen Beurteilung des Drogenkonsums	% (n)	(50,3%; n = 80)	(49,7%; n = 79)	(N = 159)
Abstinent/quasi abstinent		86,3 (69)	82,3 (65)	84,3 (134)
(risikoarmer) Konsum (ohne Funktionsbeeinträchtigung)		12,5 (10)	13,9 (11)	13,2 (21)
Schädlicher Drogenkonsum		0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Drogenabhängigkeit		1,3 (1)	3,8 (3)	2,5 (4)
Behandlungsbedürftige Drogenabhängigkeit		0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)

mit Frauen Beziehungen geführt und als „Lesbe“ gelebt. Seit 6 Jahren sei er in einer stabilen Beziehung, die ihm viel Kraft gebe [Ressource]. Nach einer gescheiterten Beziehung und einem Suizidversuch in seinem 33. Lebensjahr habe er beschlossen, „dass es so nicht mehr weitergehen kann“. Er habe eine Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung absolviert und sich ein trockenes Leben aufgebaut. Nach der Entwöhnungsbehandlung sei er aufgrund einer Depression behandelt worden, leide aber bis heute unter dauerhaft gedrückter Stimmung. Darüber hinaus fühle er sich in seinem Körper nicht wohl, wünsche sich Bartwuchs, eine Abnahme der Brust und mehr Körperbehaarung [Geschlechtsdysphorie].

Anhand des Beispiels soll ein lerntheoretisches Störungsmodell entwickelt werden, das auf bekannte lerntheoretische Konzepte verweist und auf prädisponierende Faktoren, sowie akute und chronische Belastungen Bezug nimmt: Als Vulnerabilitätsfaktoren sind unsichere Bindungserfahrungen und das geringe Selbstwertgefühl zu nennen [32]. Aber auch intrapsychische Faktoren, wie z. B. „Gelernte Hilflosigkeit“ (als Modell der Depression nach Seligman [33]), oder der dysfunktionale Umgang mit Alkohol, den der Patient im Zuge von Modelllernen (nach Bandura [34]) von seinen Eltern übernommen hat. Diese Faktoren können bereits gemeinsam dazu führen, dass der Patient in akuten Stresssituationen (z. B. Beziehungsprobleme, Arbeitsplatzverlust) zu dysfunktionalen Bewältigungsstrategien („wegfeiern“) greift. Darüber hinaus wirkt die erlebte GD indirekt über Invalidierungserfahrungen und Schamgefühle sowie Gefühle der Isolation auf das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit ein, was eine funktionale Bewältigung von Stressoren weiter erschwert. Zusätzlich wirkt die GD aber auch selbst als chronischer Stressor, der dysfunktionale Bewältigungsstrategien (z. B. Substanzkonsum) bedingen kann („Ich schäme mich für meinen Körper und möchte mich am liebsten gar nicht anschauen“).

Herr P. erlebte im Anschluss an die ersten körperlichen Veränderungen aufgrund der Hormontherapie, u. a. die tiefere Stimme und den Bartwuchs, Entlastung und konnte korrigierende soziale Erfahrungen als Mann machen. Nichtsdestotrotz kam es wiederholt zu depressiven Einbrüchen, Momenten der inneren Leere und Verzweiflung, zeitweise auch in Verbindung mit Suchtdruck. Darüber hinaus berichtete er von einer verstärkten Impulsivität<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Bei Gereiztheit und verstärkter Impulsivität unter der Gabe von Testosteron, handelt es sich um klinisch beobachtete Phänomene, die viele trans\* Personen berichten. Eine prospektive klinische Studie konnte diese Beobachtung nicht belegen und machte eher psychische und/oder soziale Faktoren im Zusammenhang mit berichteter Aggressionssteigerung verantwortlich [35].

(„Meine Zündschnur ist echt kürzer geworden“). Daher ergab sich ein weiteres Ziel der psychotherapeutischen Arbeit, nämlich Achtsamkeit im Umgang mit verstärkter Impulsivität in Reaktion auf das Testosteron.

Gemäß den Behandlungs-Standards der WPATH sollen Behandler\*innen neben der GD auch die Diagnostik begleitender psychischer Störungen<sup>4</sup> durchführen und in ihren Gesamtbehandlungsplan integrieren: „Fachkräfte für psychische Gesundheit sollten sorgfältig psychische Störungen untersuchen und die identifizierten Störungen in dem Gesamtbehandlungsplan berücksichtigen. Diese Störungen können eine wichtige Ursache von Leid sein und, falls sie nicht behandelt werden, den Prozess des Verstehens der Geschlechtsidentität und die Behandlung der Geschlechtsdysphorie erschweren“ [9]. Sie weisen auch darauf hin, dass die Behandlung von begleitenden psychischen Störungen den Ausdruck der persönlichen Geschlechtsidentität und die Entscheidung für oder gegen somatische Behandlungen zur Geschlechtsangleichung erleichtern kann. Die Behandlung muss hier nicht unbedingt vor der Hormontherapie und/oder chirurgischen Eingriffen erfolgen, vielmehr soll sie multiprofessionell, interdisziplinär und v. a. individualisiert erfolgen (siehe u. a. das Statement for Transgender People der World Medical Association [10]).

#### Merke

**Das gemeinsame Ziel sowohl suchtherapeutischer, als auch transitionsunterstützender Interventionen ist, zu einer bestmöglichen Lebensqualität beizutragen.**

Sowohl die interdisziplinäre Behandlungen im Zuge einer Geschlechtsangleichung, als auch suchtherapeutische Interventionen verfolgen das Ziel, zu einer bestmöglichen Lebensqualität beizutragen. Daher sollte dieses Ziel bei der Behandlungsplanung im Vordergrund stehen. Eine Suchterkrankung oder ein schädlicher Substanzkonsum sind nicht grundsätzlich ein Ausschlusskriterium für eine transitionsunterstützende Behandlung. Dennoch sollte die Behandlungsplanung bedarfsgerecht erfolgen, das heißt, dass es in Abhängigkeit vom individuellen Störungsmodell notwendig sein kann, zunächst oder zeitgleich auch andere Themenbereiche, z. B. im Zusammenhang mit schädlichem Substanzkonsum, zu fokus-

<sup>4</sup> Um zu verdeutlichen, dass Trans keine psychische Störung darstellt, verwenden wir hier den Begriff „begleitende psychische Störung“, statt von Komorbidität zu sprechen.

sieren. Liegt im Einzelfall eine akute Abhängigkeitserkrankung mit ausgeprägten Krisen und wiederkehrenden stationären Aufenthalten vor, kann es indiziert sein, zunächst die Suchterkrankung soweit zu behandeln, dass die Patient\*innen die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Transition im Sinne bestmöglicher Lebensqualität mitbringen. Hierzu gehören ein regelmäßiges, pünktliches Erscheinen zu den Terminen, ausreichend lange Abstinenzphasen, um Entscheidungen für oder gegen einzelne somatische Behandlungen zur Geschlechtsangleichung treffen zu können, ausreichende Stabilität und Affekttoleranz, um auch unangenehme Erfahrungen im Zuge der Transition ohne Rückfall aushalten zu können. Eine unzureichend behandelte Suchterkrankung kann die Transition erschweren, da sie vielfältige negative Auswirkungen auf das psychosoziale Funktionsniveau hat und damit die erwarteten Effekte der verschiedenen transitionsunterstützenden Behandlungen (u. a. psychotherapeutisch, hormonell, chirurgisch) klinisch relevant schwächen kann. Gleichzeitig ist aber auch festzuhalten, dass in Fällen, in denen die GD mit zur psychischen Störung beiträgt, eine Behandlung der GD auch zu einer Verbesserung der psychischen Symptomatik führen kann [36]. Dies bedeutet, wenn eine Person im Rahmen ihrer Transition körperangleichende Maßnahmen wahrnimmt, z. B. eine Hormontherapie, so kann dies einen direkten positiven Einfluss auf den erlebten psychosozialen Stress haben, der wiederum psychische Erkrankungen, wie bspw. einen schädlichen bzw. riskanten Alkoholkonsum, positiv – im Sinne einer Reduzierung des Konsums – beeinflussen kann. Ein besseres Passing<sup>5</sup> kann bspw. dazu beitragen, dass trans\* Menschen bzw. Menschen in der Transition, seltener aversiv durch andere Menschen konfrontiert werden, was z. B. den Alkoholkonsum zur Anspannungsregulation reduzieren kann. Allerdings sollte das Konzept des Passings kritisch betrachtet werden, da es die Einordnung des eigenen Geschlechts durch Dritte in den Vordergrund stellt: „Ob eine trans\* Person passt (engl.), ist somit weniger abhängig von ihrem Verständnis und Erleben von Geschlecht (was schließlich auch non-binär sein kann), sondern vielmehr davon, wie andere ihr Geschlecht interpretieren“ [14]. Eine kanadische Studie [37] weist darauf hin, dass trans\* Personen, die während der Behandlung sozial ausgegrenzt wurden, ihre Suchtbehandlung eher frühzeitig abbrechen als trans\* Personen in trans-freundlicher Umgebung. Letztere berichteten eher von positiven Behandlungserfahrungen im Zuge einer stationären Suchtbehandlung. Die Autor\*innen leiten daraus ab, dass spezifische Anti-Diskriminierungs-Richtlinien etabliert werden sollten, nicht nur, aber auch für Suchtthefeeinrichtungen. Vor dem Hintergrund, dass trans\* Personen, die im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung bereits Diskriminierungen erlebt haben, auch bei einer Transitionsbehandlung erneute Diskriminierungen erwarten [14], ist es vorstellbar, dass Anti-Diskriminierungs-Richtlinien ein erster Schritt in der Verbesserung der Gesundheitsversorgung für trans\* Personen darstellen können. Darüber hinaus wünschen sich die Teilnehmer\*innen der kanadischen Studie [37] spezifische Programme für trans\* Personen, um sich über die trans-bezogenen Aspekte von Suchterkrankungen austauschen zu können.

<sup>5</sup> Passing (aus dem Englischen „to pass“) bezeichnet das „Durchgehen“ als Person des erlebten Geschlechts. Eine Person mit einem „guten Passing“ wird durch ihr Umfeld als Person des erlebten Geschlechts eingeordnet.

### Merke

**Begleitende psychische Erkrankungen sollten mitdiagnostiziert und im Rahmen eines integrativen Gesamtbehandlungsplanes mit behandelt werden. Eine Suchterkrankung oder ein schädlicher Substanzkonsum sind nicht grundsätzlich Ausschlusskriterien für eine transitionsunterstützende Behandlung.**

Während es in Deutschland noch keine verbindlichen Empfehlungen für die Behandlung suchtkranker trans\* Personen gibt, hat das US Department of Health and Human Services eine Anleitung zur Substanzkonsumbehandlung herausgegeben, die insbesondere auf die Bedürfnisse von Lesben, Schwulen, bisexuellen, trans\* und inter\* Personen sowie queeren Menschen (LGBTIQ\*) angelegt ist [38]. Teilweise sind Aspekte, die eine LGBTIQ\*-inklusive und -sensible Substanzkonsumbehandlung auszeichnen können, vergleichsweise einfach umzusetzen, z. B. die Ansprache der Person in ihrem bevorzugten Geschlecht. Aber auch offene, LGBTIQ\*-inklusive Fragen nach Geschlecht und sexueller Orientierung sind wichtig, um trans\* Personen die Möglichkeit zu geben, sich entsprechend ihrer eigenen Bedürfnisse zu öffnen [38]. Andere Wünsche, wie bspw. geschlechtsneutrale Toiletten oder die Zuordnung in ein, dem erlebten Geschlecht entsprechenden Mehrbettzimmer, können Herausforderungen sowohl für (Mit-)Patient\*innen, Behandler\*innen und Administrator\*innen darstellen.

## Wechselwirkungen zwischen transitionsunterstützenden somatischen Behandlungen und begleitenden psychischen Störungen

Zu den transitionsunterstützenden somatischen Behandlungen gehören u. a. endokrinologische, chirurgische und dermatologische Behandlungen. So kann im Bereich der Endokrinologie eine Hormontherapie mit Sexualhormonen (Androgene, Östrogene) durchgeführt werden. In der Chirurgie stehen der Brustaufbau oder die Mastektomie, genitalangleichende Operationen (u. a. Testektomie, Hysterektomie, Adnektomie, Vulva- und Vaginalplastik, Klitorispenoid, Penoidkonstruktion) sowie die Modifikation der Stimmhöhe, die Reduktion des Adamsapfels und weitere Eingriffe zur Feminisierung des Gesichts zur Verfügung. Im Bereich der Dermatologie bzw. Elektrologistik ist die Epilationsbehandlung der Gesichts- und Körperbehaarung möglich.

Die Hormonbehandlung ist eine sichere und etablierte Behandlungspraxis bei trans\* Personen [39]. Sie kann und sollte auch während einer Suchttherapie fortgesetzt werden. Wichtig sowohl für die trans\* Person als auch den/die Behandler\*in ist es, dass die Hormontherapie einen Effekt auf die Stimmung haben kann. So können Östrogene und Anti-Androgene (d. h. feminisierende Hormone) und Androgene (d. h. maskulinisierende Hormone) einen positiven oder negativen Einfluss auf bereits vorhandene affektive Störungen haben. Dies trifft besonders auf den Beginn der Hormontherapie zu. So berichten trans\* Frauen nach Beginn einer Östrogen-therapie, ein größeres Spektrum an Emotionen wahrzunehmen und unmittelbarer auf emotionale Reize zu reagieren als sie



das vor der Behandlung mit Östrogenen und ggfs. Anti-Androgenen gewohnt waren. Trans\* Männer unter Testosteronbehandlung berichten häufig eine stärkere Libido, eine mittelbarere Reaktion auf emotionale Reize und eine reduzierte Impulskontrolle. Bei Patient\*innen, die regelhaft Alkohol konsumieren, kann letzteres von besonderer Relevanz sein, da Alkohol zusätzlich enthemmend wirken kann. Haben die Patient\*innen keine geeigneten Coping-Strategien im Umgang mit ihren Impulsen, so kann es sinnvoll sein, diese zunächst zu fördern.

## Fazit

Suchterkrankungen und Trans\*-Entwicklungen sind jeweils komplex und können sowohl unabhängig voneinander vorkommen als auch in Beziehung zu einander stehen. Die Angaben zum Alkoholkonsum von insgesamt 159 Transgender-Personen am UKE in Hamburg verdeutlichen, dass Personen mit GD oft keinen problematischen Alkoholkonsum aufweisen. Für die von einer Suchtproblematik betroffenen trans\* Personen gilt es jedoch umso mehr, die Thematik im Rahmen eines interdisziplinär ausgelegten Behandlungsangebots im Blick zu haben und zu behandeln. Zum einen kann das Vorhandensein einer Suchterkrankung die Diagnostik der GIK/GD und auch die bedarfsgerechte Indikation für transitionsunterstützende Maßnahmen erschweren. Bedarfsgerecht bedeutet hier zu erfassen, inwiefern die transitionsunterstützende Behandlung tatsächlich dazu führt, die GD nachhaltig zu reduzieren und die Lebensqualität zu steigern. Sind trans\* Personen dauerhaft durch Suchtmittel beeinträchtigt, hat dies auch einen Effekt auf das psychosoziale Funktionsniveau und damit einhergehend auf die Lebensqualität. Dieser negative Einfluss kann so weit gehen, dass die positiven Effekte einer transitionsunterstützenden Behandlung unzureichend als positiv erlebt werden und somit ihr Ziel, die Steigerung der Lebensqualität, nicht mehr erfüllen.

### Merke

**Um dem Anspruch, trans\* Personen genauso gut zu behandeln wie cis\* Personen, gerecht zu werden, sollten die spezifischen Bedingungen – körperlich, psychisch, sozial – von trans\* Personen in der Behandlung berücksichtigt werden.**

Hat sich über Jahre eine Suchterkrankung verfestigt, sollte nicht davon ausgegangen werden, dass diese durch eine Transitionsbehandlung ausreichend bzw. zielführend behandelt werden kann. Vielmehr sollten Sucht, Suchtdruck und Rückfälle stets als ein multifaktorielles Geschehen aufgefasst werden, weshalb auch multimodale Maßnahmen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes sowohl für trans\* aber auch cis\* Personen genutzt werden sollten. Die Transition und die damit bestenfalls einhergehende Abnahme der GIK/GD können Symptome einer Suchterkrankung lindern, müssen es aber nicht. Bei der Behandlung mit Sexualhormonen sollten antizipierte Effekte auf die Stimmung und Impulskontrolle (v. a. bei der Behandlung mit Testosteron) mit in den Behandlungsplan integriert werden.

## FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Geschlechtsinkongruenz ist nicht per se eine psychische Störung, erst der daraus entstehende Leidensdruck kann psychische Störungen bedingen. Trans\* Personen haben ebenso wie cis\* Personen den Wunsch nach einer optimalen Gesundheitsversorgung, die die Angebote der Suchthilfe einschließt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass alle auf die gleiche Weise behandelt werden sollen, sondern dass die gleiche Sorgfalt und der gleiche Respekt aufgewendet werden sollte, um eine vergleichbare Versorgung zu gewährleisten, die auch die Bedarfe von Minderheiten mit einschließt [28]. Um dem Anspruch, trans\* Personen genauso gut zu behandeln wie cis\* Personen, gerecht zu werden, sollten die spezifischen Bedingungen – körperlich, psychisch, sozial – von trans\* Personen in der Behandlung berücksichtigt werden. Therapeut\*innen sollten insbesondere auf eine angemessene und respektvolle Sprache achten, die es der Klientel erlaubt, ihre Probleme und Bedürfnisse zu formulieren und die Grenzüberschreitungen vermeidet. Das setzt voraus, dass die Therapeut\*innen mit den Themen von trans\* Menschen vertraut sind und das Wissen sprachlich umsetzen können. Trans\* Personen verfügen über Erfahrungswissen bezüglich ihres Körpers und können Entscheidungen über sich und ihren Körper treffen. Die Einnahme von Hormonen kann die Dynamik einer Suchterkrankung verstärken oder abschwächen und es gilt, vor Beginn der Hormontherapie, Strategien zum Umgang mit Suchtdruck und Substanzkonsum zu entwickeln. Insgesamt können Behandlungen im Zuge einer Geschlechtsangleichung die Lebensqualität erhöhen und damit auch zur Remission der Abhängigkeitserkrankung beitragen.

## Danksagung

Wir danken allen Studienteilnehmenden der ENIGI-Studie und Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt für ihre Initiative bei dem Aufbau und der Durchführung der ENIGI-Studie in Hamburg.

## Autor/Autoren



### Kürbitz, Laura

M.Sc., ist Psychologin und Mitarbeiterin der Spezialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung am Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie des UKE.



### Becker, Inga

PhD, Diplom-Psychologin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik des UKE und Spezialistin für Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter.



### Nieder, Timo

Dr. phil. Psychologischer Psychotherapeut, Sexualtherapeut (DGfS) und EFS/ESSM certified Psycho-Sexologist (ECPs), ist Leiter der Spezialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung am Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie des UKE.

### Interessenkonflikt

Dr. Nieder koordiniert die Entwicklung einer S3-Leitlinie zum Thema Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. Zudem ist er stellvertretender Sprecher des Interdisziplinären Transgender Versorgungszentrum Hamburg (ITHCCH). Dr. Becker verantwortet gegenwärtig gemeinsam mit Dr. Nieder den Hamburger Teil der ENIGI-Studie. Darüber hinaus geben die Autor\*innen an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

- [1] Nieder T, Briken P, Richter-Appelt H. Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *Psychother Psych • Med* 2014; 64: 232–245
- [2] Richards C, Bouman WP, Seal L et al. Non-binary or genderqueer genders. *Int Rev Psychiat* 2016; 28: 95–102
- [3] Klein V, Brunner F, Nieder TO et al. Diagnoseleitlinien sexueller Störungen in der International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11: Dokumentation des Revisionsprozesses. *Z Sex Forsch* 2015; 28: 363–373
- [4] Nieder TO, Güldenring A, Köhler A et al. Trans healthcare : Between depsychopathologization and a needs-based treatment of accompanying mental disorders. *Nervenarzt* 2017; 88: 466–471
- [5] Collin L, Reisner SL, Tangpricha V et al. Prevalence of Transgender Depends on the “Case” Definition: A Systematic Review. *J Sex Med* 2016; 13: 613–626
- [6] Eyssel J, Koehler A, Dekker A et al. Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLoS One* 2017; 12: e0183014
- [7] Dilling H, Freyberger HJ. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen 2012
- [8] American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013
- [9] Coleman E, Bockting W, Botzer M et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgend* 2012; 13: 165–232
- [10] World Medical Association. WMA Statement on Transgender People. Retrieved from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t13/> In; 2015
- [11] Franzen J, Sauer A. Benachteiligung von trans\* Personen, insbesondere im Arbeitsleben. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes; 2010. DOI [http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/benachteiligung\\_von\\_trans\\_personen\\_insbesondere\\_im\\_arbeitsleben.pdf](http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/benachteiligung_von_trans_personen_insbesondere_im_arbeitsleben.pdf)
- [12] LesMigraS. „...Nicht so greifbar und doch real“. Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-)Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans\* in Deutschland. 2012, DOI: [http://www.lesmigras.de/tl\\_files/lesbenberatung-berlin/Gewalt%20%28Dokus,Aufsaeetze...%29/Dokumentation%20Studie%20web\\_sicher.pdf](http://www.lesmigras.de/tl_files/lesbenberatung-berlin/Gewalt%20%28Dokus,Aufsaeetze...%29/Dokumentation%20Studie%20web_sicher.pdf)
- [13] European Union Agency for Fundamental Rights. Being trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data. In: Publications Office of the European Union Luxembourg; 2014
- [14] Loos FK, Köhler A, Eyssel J et al. Subjektive Indikatoren des Behandlungserfolges und Diskriminierungserfahrungen in der trans\* Gesundheitsversorgung. Qualitative Ergebnisse einer Online-Befragung. *Z Sex Forsch* 2016; 29: 205–223
- [15] Meyer. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull* 2003; 129: 647–697
- [16] Hatzenbuehler ML. How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychol Bull* 2009; 135: 707
- [17] Coleman E, Bockting W, Botzer M et al. Standard of Care Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen, German, Version 7. *Int J Transgend* 2012; 13: 165–232
- [18] Ott A, Regli D, Znoj H. Minoritätenstress und soziale Unterstützung: Eine Online-Untersuchung zum Wohlbefinden von Trans\*Personen in der Schweiz. *Z Sex Forsch* 2017; 30: 138–160
- [19] Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice* 2012; 43: 460
- [20] Bockting WO, Knudson G, Goldberg JM. Counseling and Mental Health Care for Transgender Adults and Loved Ones. *Int J Transgend* 2006; 9: 35–82
- [21] Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W et al. Psychiatric Impact of Gender-Related Abuse Across the Life Course of Male-to-Female Transgender Persons. *J Sex Res* 2010; 47: 12–23
- [22] Klein A, Golub SA. Family Rejection as a Predictor of Suicide Attempts and Substance Misuse Among Transgender and Gender Nonconforming Adults. *LGBT Health* 2016; 3: 193–199
- [23] Gonzalez CA, Gallego JD, Bockting WO. Demographic Characteristics, Components of Sexuality and Gender, and Minority Stress and Their Associations to Excessive Alcohol, Cannabis, and Illicit (Noncannabis) Drug Use Among a Large Sample of Transgender People in the United States. *J Prim Prev* 2017; 38: 419–445
- [24] Kreukels B, Haraldsen I, De Cuyper G et al. A European network for the investigation of gender incongruence: The ENIGI initiative. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 445–450
- [25] Heylens G, Elaut E, Kreukels BP et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 151–156
- [26] Köhler A, Becker I, Richter-Appelt et al. Behandlungserfahrungen und soziale Unterstützung bei Personen mit Geschlechtsinkongruenz / Geschlechts-dysphorie: Eine 5-Jahres-Follow-Up-Studie in drei europäischen Ländern. *Psychother Psychosom Med* eingereicht
- [27] Köhler A, Eyssel J, Nieder TO. Genders and Individual Treatment Progress in (Non-)Binary Trans Individuals. *J Sex Med* 2018; 15: 102–113
- [28] Selvaggi G, Giordano S. The role of mental health professionals in gender reassignment surgeries: unjust discrimination or responsible care? *Aesthetic Plast Surg* 2014; 38: 1177–1183
- [29] Drake R, Mueser K, McHugo G. Clinician rating scales: alcohol use scale (AUS), drug use scale (DUS), and substance abuse treatment scale (SATS). Outcomes assessment in clinical practice 1996; DOI: 113–116
- [30] American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol* 2015; 70: 832–864
- [31] Kufner HM. C. Drogenmissbrauch und -abhängigkeit. In: Wittchen HU HJ, (Hrsg.). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Lehrbuch. Springer; 2011

- [32] Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1
- [33] Seligman ME, Petermann F, Rockstroh B. *Erlernte Hilflosigkeit*: Beltz Weinheim 1999
- [34] Bandura A. Social-learning theory of identificatory processes. *Handbook of socialization theory and research* 1969; 213: 262
- [35] Defreyne J, T'Sjoen G, Bouman WP et al. Prospective Evaluation of Self-Reported Aggression in Transgender Persons. *J Sex Med* 2018; 15: 768–776
- [36] Keo-Meier CL, Herman LI, Reisner SL et al. Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: a prospective controlled study. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83: 143–156
- [37] Lyons T, Shannon K, Pierre L et al. A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: stigma and inclusivity. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2015; 10: 17
- [38] SAMHSA. A provider's guide to substance abuse treatment for lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals. In: US Department of Health and Human Services Rockville, MD; 2001
- [39] Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017; 102: 3869–3903

