

MSH Medical School Hamburg
University of Applied Sciences and Medical University

Fakultät Humanwissenschaften

Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie

Masterarbeit

*Body Integrity Identity Disorder in
Zusammenhang zur (Trans)identität und
Körperdysmorphie*

vorgelegt von:	Charleen Scupin 152408003
vorgelegt am:	14.08.2017
Semester:	Viertes Semester
Modulbezeichnung:	Masterarbeit M16
Erstgutachter:	Herr Prof. Dr. habil. Erich Kasten
Zweitgutachter:	Herr Prof. Dr. Dr. Thomas Schnell

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	III
Zusammenfassung	1
1 Einleitung	3
2 Untersuchungsgegenstände	4
2.1 Body Integrity Identity Disorder	4
2.1.1 Definition	4
2.1.2 Symptomatik.....	5
2.1.3 Prävalenzen	6
2.1.4 Motive und Entwicklung	6
2.1.5 Mögliche Ätiologie.....	7
2.1.6 Therapie und BIID	9
2.2 Geschlechtsidentität und Transidentität	9
2.2.1 Definition Geschlechtsidentität	9
2.2.2 Definition Transidentität	10
2.2.3 Gemeinsamkeiten von Transidenten.....	12
2.2.4 Symptomatik.....	12
2.2.5 Prävalenzen	13
2.2.6 Ätiologie.....	13
2.3 Körperdysmorphie.....	14
2.3.1 Definition	14
2.3.2 Symptomatik.....	15
2.3.3 Prävalenzen	15
2.3.4 Ätiologie.....	16
2.3.5 Geschlechterunterschiede.....	17
3 Zusammenhänge	17
3.1 Body Integrity Identity Disorder und (Geschlechts)identität.....	17
3.2 Body Integrity Identity Disorder und Transidentität	18
3.3 Body Integrity Identity Disorder und Körperdysmorphie	19
4 Forschungsvorhaben	20
4.1 Fragestellungen	20
4.2 Hypothesen	21
4.3 Methodik	24

4.3.1	Untersuchungsablauf.....	24
4.3.2	Fischer Fragebogen.....	25
4.3.3	Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI)	27
4.3.4	Fragebogen körperdysmorpher Symptome (FKS)	28
4.3.5	Maskulinitäts-Feminitäts-Skala des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).....	30
4.4	Stichprobengewinnung.....	32
4.5	t-Test.....	32
4.6	Produkt-Moment-Korrelation (bivariate Korrelation)	33
4.7	einfaktorielle Varianzanalyse ohne Messwiederholung	33
5	Forschungsergebnisse und Diskussion	34
5.1	Stichprobenbeschreibung.....	34
5.1.1	Vergleich Fischer-Fragebogen im Screenverfahren und in der längeren Version	34
5.2	Ergebnisse der Voraussetzungen der t-tests, der Produkt-Moment-Korrelation und einfaktoriellen Varianzanalyse.....	36
5.3	Ergebnisse der a-Hypothese	36
5.4	Diskussion der a-Hypothese	37
5.5	MMPI-Maskulinitäts-/Feminitäts-Skala-Zusatz.....	39
5.6	Ergebnisse der b-Hypothese.....	40
5.7	Diskussion der b-Hypothese	40
5.8	Ergebnisse der b1-Hypothese und b2-Hypothese	41
5.9	Diskussion der b1-Hypothese und b2-Hypothese	42
5.10	DFTI-Zusatz	43
5.11	Ergebnisse der c-Hypothese	44
5.12	Diskussion der c-Hypothese	44
5.13	Ergebnis der c1-Hypothese und c2-Hypothese	45
5.14	Diskussion der c1-Hypothese und c2-Hypothese	47
5.15	Ergebnisse der d1-Hypothese.....	49
5.16	Diskussion der d1-Hypothese	49
5.17	Ergebnisse der d2-Hypothese.....	50
5.18	Diskussion der d2-Hypothese	50
6	Limitationen	51
7	Fazit und Ausblick	51

Literaturverzeichnis.....	54
Anhang A: Einverständniserklärung Fischer Fragebogen	59
Anhang B: Einverständniserklärung für den Fragebogen körperdysmorpher Symptome	59
Anhang C: Einverständniserklärung für die Verwendung des Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität.....	60
Eigenständigkeitserklärung	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Screenverfahren.....	27
Tabelle 2: längere Version.....	27
Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung.....	34
Tabelle 4: Screenverfahren.....	35
Tabelle 5: Mittelwerte nach Geschlecht im Screenverfahren.....	35
Tabelle 6: längere Version.....	35
Tabelle 7: Mittelwerte nach Geschlecht in der längeren Version.....	35
Tabelle 8: Frauen BIID.....	40
Tabelle 9: Männer BIID.....	40
Tabelle 10: Frauen Vergleichsstichprobe.....	40
Tabelle 11: Männer Vergleichsstichprobe.....	40
Tabelle 12: BIID Frauen.....	41
Tabelle 13: BIID Männer.....	41
Tabelle 14: Frauen Vergleichsstichprobe.....	41
Tabelle 15: Männer Vergleichsstichprobe.....	41
Tabelle 16: FKS-Gesamtwert.....	48
Tabelle 17: FKS Skala 1.....	48
Tabelle 18: FKS Skala 2.....	48
Tabelle 19: Vergleich beider Stichproben dieser Studie, FKS Gesamtwert.....	48
Tabelle 20: Vergleich beider Stichproben dieser Studie, FKS Skala 1.....	48
Tabelle 21: Vergleich beider Stichproben dieser Studie, FKS Skala 2.....	48

Abkürzungsverzeichnis

M	=	Mittelwert
N	=	Stichprobengröße
SD	=	Standardabweichung
p	=	Überschreitungswahrscheinlichkeit
t	=	Wert des t-Tests für unabhängige Stichproben
α	=	Signifikanzniveau
bzw.	=	beziehungsweise
z. B.	=	zum Beispiel
d. h.	=	das heißt
ca.	=	circa
BIID'ler	=	BIID-Betroffene
DFTI	=	Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität
FKS	=	Fragebogen körperdysmorpher Symptome
MMPI	=	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
KDS	=	Körperdysmorphie

Zusammenfassung

Diese Studie beschäftigt sich mit der Body Integrity Identity Disorder (BIID) in Zusammenhang zur (Trans)identität und Körperdysmorphie. Unter BIID wird der dringende und intensive Wunsch eines betroffenen Menschen verstanden, den Körper zu verändern. Es besteht zum Beispiel der Wunsch, eines oder mehrere Gliedmaßen zu amputieren, der Wunsch nach Taubheit und/oder Blindheit oder der Wunsch nach Querschnittslähmung bei einem anatomisch meist gesunden Körper (Möller, Laux & Kapfhammer, 2011). Die Fragestellungen hierbei sind, ob BIID-Betroffene im Vergleich zu einer parallelisierten Vergleichsstichprobe ein eher schwach ausgeprägtes Identitätsgefühl hinsichtlich ihres Geschlechts haben, d. h. weniger geschlechtskonform handeln. Eine weitere Fragestellung ist, ob ein Zusammenhang zur Transidentität besteht, ob im Vergleich zu einer parallelisierten Vergleichsstichprobe bei BIID-Betroffenen häufiger der Wunsch besteht, dem gegenteiligen Geschlecht angehören zu wollen und ob eher männliche BIID-Betroffene (BIID-Männer) oder weibliche BIID-Betroffene (BIID-Frauen) diesen Wunsch äußern. Außerdem geht es darum herauszukristallisieren, ob aufgrund des Wunsches, zum Beispiel nach Amputation, ein Zusammenhang zur Körperdysmorphie besteht, ob im Vergleich zu einer parallelisierten Vergleichsstichprobe die Körperdysmorphie häufiger bei BIID-Betroffenen auftritt und ob dies eher BIID-Männer oder BIID-Frauen betrifft. Eine zentrale Hypothese ist, dass BIID-Betroffene eine eher unscheinbare geschlechtliche Identität haben, das heißt geschlechtsneutraler als Nicht-BIID-Betroffene agieren. Diese Annahme basiert auf der Erkenntnis von Michael First (2005), dass BIID eine Identitätsstörung sei. Zudem entdeckte First (2005) einen Zusammenhang zwischen BIID und Transidentität. Herauszufinden gilt, ob BIID-Frauen oder BIID-Männer häufiger von diesem Wunsch begleitet werden als Nicht-BIID-Betroffene. Die These, dass BIID-Betroffene häufiger körperdysmorph sind als Nicht-BIID-Betroffene, wird durch die Erkenntnis begründet, dass BIID-Betroffene den dringenden Wunsch oder das Ziel haben, körperliche Veränderungen wie zum Beispiel Amputation oder Querschnittslähmung zu erreichen. Zudem zeigen Studien, dass Frauen vermehrt zur körperdysmorphen Störung neigen (Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen & Brähler, 2006), weshalb die Vermutung besteht, dass BIID-Frauen körperdysmorpher sind als BIID-Männer. Bei der hiesigen Studie handelt es sich um eine quasi-experimentelle Querschnittstudie im Feld. Die Studie

ist als Onlinestudie angelegt und sowohl explanativ als auch explorativ. Für die Beantwortung der Fragestellungen werden mit dem Statistikprogramm SPSS t-tests, Varianzanalysen und Produkt-Moment-Korrelationen berechnet. Die Resultate umfassen, dass es zwischen weiblichen BIID-Betroffenen und männlichen BIID'lern hinsichtlich der Geschlechtsneutralität keinen signifikanten Unterschied gibt. Beide Parteien verhalten sich im Verhältnis zur Kontrollstichprobe, geschlechtsneutral. Die weiblichen BIID'ler stechen hinsichtlich der Geschlechtsneutralität hervor. Die männlichen BIID'ler unterscheiden sich nicht signifikant von den männlichen Nicht-BIID-Betroffenen. Sowohl die männlichen BIID'ler als auch die männlichen Nicht-BIID-Betroffenen zeigen geschlechtsneutrale Eigenschaften und Verhaltensweisen. Zwischen den BIID-Frauen und den Nicht-BIID-Frauen zeigen sich größere Unterschiede. Die Nicht-BIID-Frauen verhalten sich, im Gegensatz zu den BIID-Frauen, geschlechtskonform. Hinsichtlich der Transidentität ist zu erwähnen, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Transidentität und BIID gibt. Die weibliche BIID-Gruppe zeigt gegenüber der männlichen Nicht-BIID-Gruppe einen signifikanten Unterschied. Die anderen Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Der Zusammenhang zwischen Körperdysmorphie und BIID ist nicht signifikant. Es wird Signifikanz zwischen den weiblichen BIID-Betroffenen und männlichen Nicht-BIID-Betroffenen hinsichtlich der Körperdysmorphie erzielt. Männliche und weibliche BIID'ler unterscheiden sich nicht signifikant voneinander bezüglich der 1. Skala des FKS, die sich auf Rituale und Vermeidungsverhalten bezieht. In der 2. Skala, welche sich auf die Durchführung ästhetischer Operationen und Suizidalität bezieht, unterscheiden sich BIID-Frauen signifikant von den männlichen BIID'lern. Diese Resultate liefern einen Beitrag zur bisher wenig vorhandenen Literatur, wobei weitere Forschung unabdingbar ist, sowie die Replikation dieser Studie, um die Ergebnisse zu untermauern oder Differenzierungen herauszukristallisieren.

1 Einleitung

Die folgende Studie befasst sich mit der Thematik der Body Integrity Identity Disorder. Die Motivation dieser Studie liegt darin begründet, dass der bisherige Forschungsstand gering ist, die Thematik jedoch höchst relevant für die Grundlagenforschung, wie in unserem Gehirn ein Abbild des Körpers entsteht und was dabei falsch laufen kann. Diese Studie beschäftigt sich mit der Body Integrity Identity Disorder in Zusammenhang zur (Trans)identität und Körperdysmorphie. Es geht darum herauszukristallisieren, ob BIID-Betroffene im Vergleich zu Nicht-BIID-Betroffenen ein eher schwach ausgeprägtes Identitätsgefühl haben und weniger geschlechtskonform als -neutral handeln, basierend auf der Erkenntnis von First (2005), dass die Body Integrity Identity Disorder eine Identitätsstörung sei. Des Weiteren ermittelte First (2005), dass ein Zusammenhang zwischen BIID und Transidentität besteht. Dies wird in dieser Studie untersucht. Zudem wird geprüft, ob Personen mit BIID häufiger den Wunsch haben, dem gegensätzlichen Geschlecht angehören zu wollen als eine parallelisierte Vergleichsstichprobe von Personen ohne BIID. Darauf aufbauend wird untersucht, ob eher männliche oder weibliche Personen mit Body Integrity Identity Disorder sich wünschen dem gegensätzlichen Geschlecht anzugehören. Da keine Literatur bezüglich des Zusammenhangs von BIID und Körperdysmorphie besteht, wird zunächst exploriert, ob dieser vorhanden ist. Es gibt eine Studie zur Body Integrity Identity Disorder in Bezug auf die Körperdysmorphie von Carina Bücken (2015). Diese behandelt jedoch nicht den Zusammenhang zwischen BIID und KDS, sondern vergleicht BIID-Betroffene und Körperdysmorphie-Betroffene in Bezug auf mentale Bilder. In dieser Studie geht es darum zu überprüfen, ob BIID'ler im Vergleich zu einer parallelisierten Vergleichsstichprobe häufiger eine KDS aufweisen. Außerdem geht es darum zu überprüfen, ob eher BIID-Männer oder BIID-Frauen körperdysmorph sind. Zum Schluss wird untersucht, ob die jeweiligen BIID-Geschlechter sich hinsichtlich der beiden Skalen des Fragebogens körperdysmorpher Symptome unterscheiden. Die 1. Skala beschäftigt sich mit *spezifischen KDS-Symptomen* und besteht aus 14 Items. Sie bezieht sich auf das Ausmaß der körperdysmorphen Symptome und dysfunktionale Verhaltensweisen wie Rituale und Vermeidung, die mit der KDS in Zusammenhang stehen. Die 2. Skala ist die Skala der *assoziierten Merkmale* und besteht aus 3 Items. Sie bezieht sich auf die Durchführung ästhetischer Operationen und Suizidalität.

Zunächst werden die Untersuchungsgegenstände und deren Zusammenhänge definiert. Die Untersuchungsgegenstände bilden die Body Integrity Identity Disorder, die (Trans)identität und Körperdysmorphie. Dann erfolgt die Vorstellung des Forschungsvorhabens. Vorgestellt werden Fragestellungen und Hypothesen, die Methodik, Stichprobengewinnung und Auswertung. Anschließend werden die Forschungsergebnisse vorgestellt und diskutiert. Daraufhin erfolgt die Darstellung der Limitationen dieser Studie und ein Fazit. Ein Anhang und ein Literatur- und Quellenverzeichnis werden zu dem, am Ende dieser Studie, vorzufinden sein.

2 Untersuchungsgegenstände

2.1 Body Integrity Identity Disorder

2.1.1 Definition

Unter Body Integrity Identity Disorder, zu Deutsch „Körperintegritätsidentitätsstörung“, auch Apotemnophilia oder auch Amputee Identity Disorder genannt, versteht man das Bedürfnis eines Menschen, seinen Körper zu verändern. Es besteht zum Beispiel der Wunsch, mit einem oder mehreren Gliedmaßen weniger zu leben. Auch andere Arten der körperlichen Reduktion können als Wunsch geäußert werden. Die Betroffenen leiden unter dem bedrückenden Gefühl, dass ein oder mehrere Glieder des eigenen Körpers nicht dem eigenen Selbst angehören und wollen zum Beispiel durch eine Amputation zu einem vollständigeren Körperselbst gelangen (Möller, Laux & Kapfhammer, 2011). Der Wunsch nach Amputation ist laut Kasten (2009) für die meisten Betroffenen selbst ungewöhnlich und mit enormen Schamgefühlen besetzt. Meist besteht im Vorfeld eine gewisse Skepsis gegenüber dem Therapeuten und nicht selten werden, bis Vertrauen zu dem Therapeuten gefasst wird, zunächst andere Gründe, wie zum Beispiel eine Depression als Behandlungsgrund angegeben. In der Regel ist jedoch zu beachten, dass die Betroffenen nicht psychisch krank sind. Sie funktionieren in ihrem Alltag und leben zum Beispiel in einer Partnerschaft, haben Familie, gehen einem Beruf nach und haben einen ausgewogenen Freundeskreis.

Psychosen (First, 2005), Angst- oder Zwangsstörungen (Kasten & Spithaler, 2009) existieren unter den BIID-Betroffenen nicht häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung.

Nicht auszuschließen ist jedoch die Entstehung einer Depression, da die Patienten sehr unglücklich sind, in einem Körper leben zu müssen, mit dem sie sich nicht identifizieren können und welcher nicht dem mentalen Idealbild entspricht (Kasten, 2009).

2.1.2 Symptomatik

Laut Kasten (2009) setzt sich die Symptomatik aus verschiedenen Faktoren zusammen. Hierzu gehören thematische Erinnerungen, die affektiv stark besetzt sind und oft bis in die Kindheit zurückreichen. Ein weiterer Faktor ist die anhaltende Faszination gegenüber körperlich Behinderten oder amputierten Personen, was dazu führen kann, dass sich frühe Wünsche entwickeln, auch in einer ähnlichen Funktion als Amputierter oder Querschnittsgelähmter zu sein. Oft liegen auch eigene Krankheitserlebnisse am betroffenen Körperteil vor. Diese Körpererfahrungen/Körperbilder werden häufig in die Entwicklung der sexuellen Identität während der Kindheit und Pubertät integriert. Daraus resultiert die Überzeugung, welche auch überwertig sein kann, dass zwischen *wahrgenommenem* und *verspürtem* Körperbild/Körperschema und *wahrer* Selbst-Identität eine Diskrepanz besteht, die nicht überbrückbar scheint. Ein bestimmter Körperteil wird als fremd und als nicht selbst-zugehörig angesehen und erlebt. Darauf folgt ein intensiver Wunsch nach Abtrennung bzw. Amputation des als nicht selbst-zugehörig empfundenen Körperteils. Dieser Wunsch wird nicht selten über Jahre geheim gehalten. Es gibt mehrere Übergangsstadien, die identifiziert werden können. Bei den unterschiedlichen Stadien handelt es sich um *Wannabes*, *Pretenders* und *Devotees*. Die Wannabes wünschen sich eine Amputation und versuchen sich selbst zu amputieren oder die Operationen im Ausland durchführen zu lassen, die Pretenders simulieren Amputationen mittels Rollstühlen oder Krücken und die Devotees fühlen sich von Amputierten sexuell angezogen (Kasten, 2009).

2.1.3 Prävalenzen

Die Epidemiologie der Body Integrity Identity Disorder ist nicht klar. Es liegen aus dem Internet zahlreiche Fallberichte vor, jedoch aus einem engeren klinisch-empirischen Kontext nur zwei detaillierte Fallserien von Kasten (n= 9, 2009) und First (n= 52, 2005). Klinisch objektivierbare Fälle liegen somit in einer geringen Anzahl vor (Möller et al., 2011). Im Internet bildeten sich Foren für möglich Betroffene. Hervorzuheben ist, dass unter den Forum-Mitgliedern nicht nur ausschließlich BIID-Betroffene sind. Nach Kasten (2009) betragen die Mitgliederzahlen im April 2008, 1723 im *fightin-it-Forum*, 561 im *need2be1-Forum*, 592 im *BIID and Admirers Circle of Friends-Forum* und 358 im *the biid af-fair-Forum*.

2.1.4 Motive und Entwicklung

Die Studie von First (n= 52, 2005) zeigt, dass die häufigsten Gründe für den Wunsch einer Amputation, sexuelle Erregung (15%) und der Wunsch nach einer wahrhaftigen körperlichen Identität (63%) sind. Die sexuelle Komponente hat eine besondere Bedeutung, da 53% dies als Zweitmotiv angaben. Die Mehrheit der Betroffenen gab an, dass der Beginn der Entwicklung in der Kindheit bzw. in der frühen Adoleszenz entstand. 56% gaben an, nach einer Exposition mit Personen, die spezielle Behinderungen haben, Faszination und positive Erregung verspürt zu haben. 92% geben an, dass der Wunsch nach Amputation sich nach *pretending to be an amputee* entwickelt habe. Jeweils 44% schildern Funktionseinschränkungen in ihrem psychosozialen Leben und emotionalen Distress aufgrund des Amputationswunsches. 87% äußern eine sexuelle Attraktion gegenüber amputierten Personen und bei 29% lagen unterschiedliche Paraphilien nach DSM- Kriterien vor. 81% erklärten, keinen zusätzlichen Wunsch, neben dem Wunsch nach körperlicher Behinderung, zu haben. 15% äußerten jedoch, dass eine Paraplegie zusätzlich zur Amputation erstrebenswert sei. 79% waren aktuell frei von psychopathologischen Symptomen. Bezüglich der Betrachtung einer Lebenszeitperspektive gaben 76% depressive, Angst- und somatoforme Störungen an und 48% äußerten gelegentliche Suizidideen. Manische, wahnhaftige oder halluzinatorische Symptome bestanden bei keiner Person. 65% der Befragten hatten zuvor eine Psychotherapie aufgrund ihres Amputationswunsches

aufgenommen, 60% erhielten unterschiedliche serotonerge Antidepressiva. Sowohl die Psychotherapie als auch die medikamentöse Behandlung wurde von den Befragten als wenig hilfreich oder nützlich eingestuft. Personen, die eine Körperamputation vollzogen haben, berichteten über ein resultierendes, besonderes Gefühl der körperlichen und seelischen Identität.

2.1.5 Mögliche Ätiologie

Potentielle Ursachen können in *zwei unterschiedlichen Ebenen* aufgeteilt werden, nämlich die Ebene der *Kindheit* und die Ebene des *Erwachsenenalters*. In der Kindheit bestehen mögliche *prädisponierende und auslösende Faktoren*, wie neurobiologische Faktoren (z. B. eine Dysfunktion im rechten superioren Parietallappen), kindliche Lernerfahrungen (z. B. Bewunderung bei Begegnung mit einem behinderten Menschen) oder elterliches Erziehungsverhalten (z. B. mangelnde emotionale Zuwendung führt zu Erhöhung des Verstärkerwertes von Zuwendung und aktive Suche). Im Erwachsenenalter dominieren die *aufrechterhaltenden Faktoren*, wie Amputationsfantasien (diese führen zur Vorstellung emotionaler Zuwendung, was zu einer Dopaminausschüttung führt), Pretenden (verursacht Glücksgefühle), selbstwertdienliche Kognitionen (z. B. die Vorstellung mit einer Behinderung weiterhin erfolgreich im Beruf zu sein) und die Stressverarbeitung (der Gedanke an eine Wunschamputation vermindert kurzfristig Stress). Diese beiden Ebenen bilden ein Gefüge, welches in eine Body Integrity Identity Disorder münden kann (Thiel, 2009, modifiziert nach Heinrich, 2015).

Die Identitätsstörung der körperlichen Identität äußert sich in einem subjektiven Gefühl der leiblichen Nicht-Vollständigkeit, obwohl ein gesunder Körper vorhanden ist und in dem Wunsch und dem Wissen, über die Amputation eines nicht zugehörig erlebten Körperteils zur Vervollständigung der körperlichen Integrität zu gelangen. Die Überzeugung dessen besitzt die Qualität einer überwertigen Idee. Die Zugehörigkeit des bestimmten Körperteils wird kategorial kognitiv abgelehnt, es besteht jedoch keine affektive Ablehnung gegenüber dem gewünscht zu amputierenden Körperteil. Der spezifische Körperteil wird als nicht vital, ohne affektive Bedeutung erlebt (Möller et al., 2011).

Die *neurologische Perspektive*, von einem Nicht-reduktionistisch betrachteten

Standpunkt aus, definiert verschiedene Syndrome, die das Verständnis für die Body Integrity Identity Disorder erweitern können. *Die folgenden Syndrome* gehen davon aus, dass nach einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung bzw. Unterbrechung in den neuronalen Netzwerken der multimodalen Repräsentation unseres Körpers, dazu führen kann, dass Körperteile oder Körperregionen nicht mehr erkannt, verkannt, als fremd oder als nicht selbst zugehörig wahrgenommen werden können (Möller et al., 2011).

Das erste Beispiel dafür ist die Studie von Leontjew und Zaporozek (1960). Diese berichten davon, dass mehrere Hundert Soldaten aus dem zweiten Weltkrieg, Körperteile (Arme, Hände), die chirurgisch nach deren Verlust bzw. Verstümmelung rekonstruiert wurden, als fremd oder geklont verspürten. Die beiden Autoren sprechen von der *inneren Amputation*. *Die Entfremdung von Gliedmaßen* scheint komplementär zu Phantomgliedmaßen zu sein.

Eine krankhafte oder auch unfallbedingte Unterbrechung der peripheren Afferenzen einzelner Körperteile liegt möglicherweise auch bei einigen BIID-Betroffenen vor, wie First (2005) in seiner Studie herausfand.

Ein weiteres Beispiel ist die Studie von Smith und Fisher (2003). Sie erklären, dass die Möglichkeit besteht, dass eine bereits kongenitale Fehlabstimmung zwischen physikalischem Körper und im somatosensorischen Kortex repräsentierten Körperbild bestehen könnte. Die Folge ist, dass, einzelne Körperteile aufgrund neuronaler Afferenzstörungen keine ausreichende oder überhaupt kein sensorisches Bewusstsein haben. Das *Alien-hand-syndrome* ist ein weiteres neurologisches Beispiel. Patienten mit Alien-hand-syndrome können nach Läsionen im Corpus callosum und medial frontalen Kortex eine der beiden Hände als nicht mehr zugehörig erkennt. Auf der motorischen Handlungsebene kommt es zu intermanuellen Konflikten (Biran & Chatterjee 2004). Auch bei der Body Integrity Identity Disorder besteht die Möglichkeit, dass sehr ähnliche funktionelle oder strukturelle Störungen in fronto-parietalen Verbindungen bestehen oder eine pathogenetische Beteiligung vorliegt (Ramachandran, Brang, McGeoch & Rosar, 2009). Ramachandran und McGeoch (2007) vermuten, dass der Parietallappen der Hauptverursacher der BIID ist. Diese Dysfunktion führt nach Ramachandran und McGeoch zu Fehlern in der Berechnung, was zum physischen Körper gehört und was nicht. Sie zeigen eine starke Ähnlichkeit zu der Somatoparaphrenie auf. Dies

ist eine Störung nach zumeist rechtsseitigem parietalen Schlaganfall. Infolge dessen kann der Patient meist seinen linken Arm oder die gesamte linke Körperhälfte nicht als zu sich zugehörig empfinden (Paulig, Weber & Garbelotto, 2000).

2.1.6 Therapie und BIID

Der Wunsch nach Amputation ist häufig so tief in der Persönlichkeit verankert, so dass Betroffene eigentlich keine Heilung erreichen wollen, sondern einen Therapeuten aufsuchen, um Hilfe bei der Entscheidungsfindung zu bekommen. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, den Patienten auf dem Weg der Entscheidungsfindung, für oder gegen eine Operation, zu unterstützen (Kasten, 2009). Studien zeigen, dass alle Therapieformen bisher den Wunsch nach Amputation verstärkt haben. Am stärksten nahm der Wunsch bei der pharmakologischen Therapie und bei der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapie zu. Leicht nahm der Wunsch bei der Kunsttherapie, Bewegungstherapie und Verhaltenstherapie zu. Bei der Entspannungstherapie und Gesprächstherapie nahm der Wunsch am schwächsten zu. Die benannten Therapieverfahren führen zu keiner signifikanten Abschwächung des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder Behinderung bei BIID-Betroffenen. Hervorzuheben ist jedoch, dass der Leidensdruck der BIID-Betroffenen durch die Therapieverfahren verringert wurde. Eine signifikante Reduzierung wurde bei der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapie erzielt. Danach folgt die Kunsttherapie und Bewegungstherapie. Eine leichte Reduzierung wurde durch die Verhaltenstherapie, Entspannungstherapie und Gesprächstherapie erreicht. Eine mögliche Erklärung, warum die Therapieverfahren den Wunsch nach Amputation, Lähmung oder Behinderung verstärken, ist, das vermehrte Reden über den Amputationswunsch (Kröger, Schnell & Kasten, 2014).

2.2 Geschlechtsidentität und Transidentität

2.2.1 Definition Geschlechtsidentität

Voneinander unterschieden werden das *biologische Geschlecht* und das

psychologische Geschlecht. Das *biologische Geschlecht* setzt sich aus den biologisch determinierenden Geschlechtsmerkmalen zusammen, die Männer und Frauen unterscheiden. Dazu gehören die Fortpflanzungsorgane und die sekundären Geschlechtsmerkmale. Außerdem gibt es biologisch verankerte Unterschiede, was zu Prädispositionen für bestimmte Verhaltensweisen führt. Männer und Frauen haben unterschiedliche Hormonhaushalte, was vermutlich beispielsweise dazu führt, dass Männer im Durchschnitt körperlich aktiver sind und aggressiver. Prädispositionen beschreiben jedoch nur eine Tendenz und keine Disposition.

Das *psychologische Geschlecht* beinhaltet verschieden erlernte geschlechtsbezogene Verhaltensweisen und Eigenschaften, die aufgrund der eigenen Sozialisation als typisch männlich oder typisch weiblich bezeichnet werden. Das psychologische Geschlecht wird durch die Kultur und Gesellschaft geformt, in der ein Individuum aufwächst – im Gegensatz zu dem biologischen Geschlecht. Erwartungen und Toleranz für Abweichungen von geschlechtstypischen Verhaltensweisen unterscheiden sich zwischen Gesellschaften. Auch das Erziehungsverhalten der Eltern spielt eine wichtige Rolle. Jungen werden eher als lebendig und kräftig angesehen während Mädchen eher die zarten und schönen Geschöpfe darstellen. Geschlechterrollen werden über verschiedene Wege erlernt. Zum einen über Belohnung und Bestrafung: Gerade Männer neigen dazu nicht-geschlechtstypisches Verhalten ihrer Jungs zu bestrafen und geschlechtskonformes Verhalten zu verstärken. Kinder lernen viel über das Modell: Sie ahmen eher den gleichgeschlechtlichen Part nach als den gegengeschlechtlichen. Ein anderer Weg zum Erlernen der Geschlechterrolle ist die Übernahme von Grundsätzen und Regeln zu geschlechtsspezifischem Verhalten, z. B., dass Mädchen nicht Fußball spielen. Konfliktreich kann es werden, wenn ein Individuum sein biologisches Geschlecht nicht akzeptieren kann, da es als unpassend empfunden wird. Bei Transsexuellen besteht ein Widerspruch zwischen dem biologischen und dem psychologischen Geschlecht (Kessler, 2015).

2.2.2 Definition Transidentität

Transsexualismus wird nach dem ICD-10 (F64.0) wie folgt definiert: „Der Wunsch,

als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen.“

Hervorzuheben ist, dass Transsexualität eher der ältere Begriff ist. Es wurde festgestellt, dass hinter diesem Begriff nicht unbedingt eine sexuelle Störung stehen muss, sondern dass Transsexualität mit der Identität zusammenhängt. Daher spricht man heutzutage meist von Transidentität oder *Gender Identity Disorder* (Rauchfleisch, 2016). Laut Rauchfleisch (2016) gibt es nicht „die transidente-Persönlichkeit“, sondern dass sich hinter dem Begriff *Transsexualität* eine Vielzahl von unterschiedlichen Persönlichkeiten mit verschiedenen Entwicklungsverläufen verbirgt.

Wenn Transidente beschrieben werden, spricht man in psychologischen und psychiatrischen Berichten von *Frau-zu-Mann-* beziehungsweise von *Mann-zu-Frau-Transidenten*. Die Bezeichnung Mann-zu-Frau-Transidente beschreibt, dass ein biologischer Mann sich als Frau wahrnimmt und sich die Angleichung an den weiblichen Körper wünscht. Andersherum wünschen sich Frau-zu-Mann-Transidente die Angleichung an den männlichen Körper, da die biologische Frau sich als Mann wahrnimmt. Hervorzuheben ist, dass diese Bezeichnungen dem Erleben eines Transidenten jedoch widersprechen. Transidente nehmen aus ihrer Sicht keine Veränderung von Mann zu Frau oder umgekehrt vor. Sie sind im Inneren immer Mann bzw. Frau gewesen und wünschen sich, dass der Körper der Identität angepasst wird. Transidente haben eine andere Bezeichnung für sich. Sie bezeichnen sich als *Trans*menschen*. Sie verwenden die Begriffe *Trans*mann* und *Trans*frau*. *Trans*mann* bedeutet, dass die biologische Frau eine männliche Identität besitzt und die *Trans*frau* eine weibliche, wobei sie ein biologischer Mann ist. Kockott und Berner (2006) beschreiben die sexuelle Orientierung bei Mann-zu-Frau-Transidenten überwiegend als heterosexuell. Da das eigentliche Geschlecht ihrer Ansicht nach dem einer Frau und nicht eines Mannes entspricht, ist die sexuelle Orientierung dementsprechend nicht homosexuell. Becker (2004) berichtet, dass Frau-zu-Mann- Transidente überwiegend Interesse an Frauen

bekunden. Zudem gibt es auch eine kleine Gruppe derjenigen, die asexuell sind.

2.2.3 Gemeinsamkeiten von Transidenten

Die einzige Gemeinsamkeit laut Rauchfleisch (2016) hierbei ist, die Überzeugung dem gegenteiligen Geschlecht anzugehören und eine hormonelle und operative Angleichung an das Gegengeschlecht. Er berichtet zudem aus seiner klinischen Erfahrung, dass Transidente zumeist eine stabile Persönlichkeit ohne psychopathologische Zeichen aufweisen. Depressionen, Angstentwicklungen und andere Störungen können jedoch aufgrund der schwierigen Lebensumstände auftreten. Kockott und Berner (2006) berichten als weitere Gemeinsamkeit der Transidenten ein konstantes und starkes Unbehagen gegenüber den eigenen geschlechtsspezifischen biologischen Merkmalen, wie zum Beispiel der Brust, Vagina, Penis und Bartwuchs. Diese werden strikt abgelehnt und versucht durch zum Beispiel Einschnürung oder weite Kleidung verborgen zu werden. Zudem wurden Selbstkastrationen beschrieben, das heißt, der eigene Versuch die biologischen Geschlechtsmerkmale zu beseitigen.

2.2.4 Symptomatik

Kockott und Berner (2006) beschreiben, dass sich aus diesen beiden Komponenten, sprich der Hauptsymptomatik, also die Identifizierung mit dem Gegengeschlecht und die Ablehnung der eigenen biologischen geschlechtsspezifischen Merkmale, folgende Symptomatik ergibt: drängender Wunsch nach Geschlechtswechsel (Transidente suchen die volle juristische und soziale Anerkennung und streben nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen, wie Hormone und/oder Operationen, Namens- und Personenstandsänderung), Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts mit gelegentlichen Beginn in der Kindheit, jedoch meist mit Beginn in der Pubertät (Cross-Dressing). In der Pubertät wird den Transidenten die Dissonanz zwischen dem gewünschten Geschlecht und dem tatsächlichen Geschlecht meist vollständig bewusst. Zunächst erfolgt das Cross-Dressing heimlich, dann er-

folgt es auch öffentlich. Zudem versuchen Transidente den typischen Beruf des anderen Geschlechts zu erlernen und ebenso auf der Ebene der Mimik und Gestik die typischen gegengeschlechtlichen Züge anzunehmen.

2.2.5 Prävalenzen

Die Häufigkeitsangaben von Tran*menschen sind unterschiedlich, da nicht alle fachlichen Rat, hormonelle oder chirurgische Behandlungen aufsuchen. Die Anzahl liegt ungefähr laut Sigusch (1995) zwischen 3.000 und 6.000 Personen. Die Schätzung der Inzidenzrate liegt laut APA (1994) bei Trans*frauen bei 1: 11.900 bis 45.000 und bei Tran*männern bei 1:30.000 bis 100.000. Garrels, Kockott und Michael (2000) schätzen die Prävalenz bei Mann-zu-Frau-Transidente auf ungefähr 1:40.000 und bei Frau-zu-Mann-Transidente auf ca. 1:100.000. Sie begründen dies aufgrund von soziokulturellen Unterschieden. Die Autoren beschreiben die männliche Geschlechtsrolle in der westlichen Welt als fixierter, das bedeutet, dass für Mann-zu-Frau-Transidente Kompromisslösungen schwerer zu erreichen sind als für biologische Frauen. Ein Beispiel dafür wäre, dass biologische Männer sehr schnell in weiblicher Kleidung auffallen würden, biologische Frauen jedoch nicht so schnell in männlicher Kleidung. Eine Studie der Deutschen Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität von 2001 bis 2014 zeigt, dass es insgesamt mehr Mann-zu-Frau Transidenten gibt. Sie geben an, dass es sich in diesem Zeitraum insgesamt um 1.473 Mann-zu-Frau Transidenten handelt und um 1.114 Frau-zu-Mann Transidente.

2.2.6 Ätiologie

Die Ursachen der Transidentität sind unbekannt. Vergleichbar ist dies mit der Suche nach der Lösung auf die Frage, warum wer welche sexuelle Orientierung hat. Es gibt Hypothesen, jedoch können diese die Entstehung von Transidentität nicht untermauern. Die Mehrheit an Hypothesen geht davon aus, dass es sich bei der Transidentität um eine pathologische Form der Geschlechtsidentität handelt (Rauchfleisch, 2016). Nur wenige, wie zum Beispiel Sigusch (1995) verstehen die Transidentität als *normale* Variante der Geschlechtsidentität. Gründe für die Hypothese von Sigusch (1995) sind, dass über die Jahre immer mehr

Trans*menschen aufgetaucht sind und nur eine geringe Anzahl, eine bedeutsame Psychopathologie aufweist. Wichtig zu erwähnen ist, dass Eltern in der Erziehung in Bezug auf die Entwicklung der Transidentität nichts falsch machen können. Nicht die Eltern sind durch ihr Erziehungsverhalten dafür verantwortlich. Auch das Vorliegen von Transidentität bei einem Elternteil führt nicht dazu, dass das Kind transident wird (Rauchfleisch, 2014).

2.3 Körperdysmorphie

2.3.1 Definition

Unter einer körperdysmorphen Störung versteht man, wenn sich das gesamte Verhalten, Denken und Empfinden um die Sorge über den eigenen Körper oder ein bestimmtes Körpermerkmal dreht. Die betroffene Person zieht sich aus dem Leben und sozialen Beziehungen zurück. Betroffene verbringen viel Zeit damit, ihre Makel zu verdecken und zu kontrollieren. Der Kern der Störung ist die exzessive Beschäftigung mit eingebildeten oder minimalen Makeln des eigenen Körpers, wodurch eine schwer korrigierbare Angst entsteht, entstellt oder hässlich zu sein. Für andere ist dieser kaum oder gar nicht erkennbar, die Gedanken der betroffenen Person jedoch, kreisen ständig um den vermeintlichen Defekt. Die Störung äußert sich unterschiedlich. Einige der betroffenen Personen verspüren enormen Leidensdruck, so dass sie im Alltag in verschiedenen Lebensbereichen kaum noch vollständig funktionieren. Da bei schweren Formen der Körperdysmorphie das gesamte Leben auf die Makel ausgerichtet ist, besteht die Gefahr, dass soziale Beziehungen auseinandergehen, die Wohnung nicht mehr verlassen wird und Betroffene oft ihrer Arbeit nicht mehr nachgehen. Andere funktionieren im alltäglichen Leben und können ihre Störung kaschieren, so dass keine psychische Störung dahinter vermutet würde (Ritter & Stangier, 2010). Typische Körperregionen sind das Gesicht, wie z .B. Krümmung oder Größe der Nase, Augenabstand, Form des Kinns, Form und Farbe der Zähne; die Haut, wie z. B. Falten, Flecken, blasse oder gerötete Farbe; die Haare, wie z. B. übermäßige Körperbehaarung, Haarausfall; die Beine, wie vermeintliche X- oder O-Beine, Form der Waden und der Knie; Brüste/Brustwarzen, wie z. B. Größe und Form der Brüste und/oder Brustwarzen; der Bauch und die Hüfte, wie Beschaffenheit der Bauchdecke, Weite der Hüften; die Körperstatur, wie ein

schmächtiger Körperbau und als letztes Beispiel die Genitalien, wie die Größe des Penis und Größe der Schamlippen. Die häufigsten Klagen beziehen sich auf das Gesicht, wie z. B. die Sorge bezüglich der Symmetrie oder Form bestimmter Gesichtsteile (Ritter & Stangier, 2010).

2.3.2 Symptomatik

Die körperdysmorphe Störung ist durch emotionale und verhaltensbezogene Symptome gekennzeichnet. Die Erscheinung der Störung ist nicht einheitlich. Dauer, Schwere und Ausprägung der Symptome variieren. Die einzige Gemeinsamkeit der Betroffenen, ist die Sorge um einen eingebildeten oder minimalen Makel.

Typische Verhaltensweisen sind das Kontrollverhalten, das Vermeidungsverhalten und das Sicherheitsverhalten. Das Kontrollverhalten beinhaltet z. B. Kontrollrituale vor dem Spiegel (mirror-checking), das Vergleichen der eigenen Optik mit dem Aussehen anderer, die Suche nach Rückversicherung aufgrund des Makels, und das Abtasten des betreffenden Körperteils. Das Vermeidungsverhalten beinhaltet das Verbergen des Makels mit verschiedenen Hilfsmitteln, das Vermeiden von Spiegeln, Situationen, Aktivitäten wobei Makel sichtbar werden könnten. Das Sicherheitsverhalten wird durch das Verhindern des Sichtbarwerdens des Makels bestimmt. Diese Verhaltensweisen haben eine unterschiedliche Dauer und Intensität. Es kann zu Ermüdungen und sich wiederholenden Ritualen führen. Die Verhaltensweisen sind kurzfristig für die betroffenen Personen nützlich, da sie zur Reduzierung von Anspannung und Angst führen. Langfristig betrachtet, führen diese Verhaltensweisen jedoch zur Aufrechterhaltung der körperdysmorphen Störung, da diese wiederholt auftreten, um die beschriebene Anspannung und Angst zu reduzieren (Ritter & Stangier, 2010).

2.3.3 Prävalenzen

Über die Prävalenzraten ist man sich in der Literatur ungefähr einig. Wilson und Arpey (2004) beschreiben eine Prävalenz von 2%. Die Prävalenz, die von Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen und Brähler (2006) aus einer deutschlandweiten

Studie hervorging, ergab 1,7%. Aus Studien von 2001 und 2007 ging eine Prävalenzrate von 1% hervor (Patterson, Bienvenu, Chodyniki, Janninger & Schwartz, 2001; Stangier, 2007).

2.3.4 Ätiologie

Aus psychoanalytischer Sicht werden die Ursprünge der Entstehung anhand der Schwere der Körperdysmorphie unterteilt. Bei leichteren Formen der Störung, die häufig im Rahmen von Adoleszentenkrisen auftauchen, erfolgt die Entwicklung der Körperdysmorphie aufgrund von Selbstwertproblemen. Selbstwertzweifel entstehen oft durch Probleme bezüglich der Übernahme der Rolle als Frau oder Mann und kann durch die sexuelle Reifung ausgelöst werden. Die zentrale Frage hierbei ist „Bin ich annehmbar?“. Häufig beziehen sich die Befürchtungen auf den sexuellen Bereich.

Schwere Formen entstehen häufig durch eine narzisstische (auch narzisstische Borderline-Störung) Problematik. Die Befürchtungen können wahnhaftige Züge annehmen, so dass der realistische Blickwinkel bezüglich des Aussehens beeinträchtigt ist. Kosmetische Operationen sind hierbei keine Seltenheit. Der Körper bildet eine Projektionsfläche von tiefer gehenden Störungen des Selbst-Gefühls, wobei dies nicht an konkrete Auslöser gekoppelt ist. Es ist ein schleichender Prozess, wobei die äußerlichen Veränderungen keine Lösung des innerlichen Konflikts erbringen können (Ermann, 2007).

Die verhaltenstherapeutische Perspektive sieht hierbei ein Zusammenspiel aus biologischen und psychosozialen Faktoren. Ein weiterer Faktor, der hierbei eine Rolle spielt, ist das Wertesystem, welches in der heutigen Gesellschaft vermittelt wird. Das Schönheitsideal (Ideale von Weiblichkeit/Männlichkeit) hat einen sehr hohen Stellenwert. Zudem spielen eine Dysbalance des Serotoninhaushalts, die Übersensibilität für Ästhetik, eine zwanghafte Persönlichkeitsstruktur, fehlerhafte Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse, die Diskrepanz zwischen Ideal- und Realbild und die Meinung über körperliche Alterungsprozesse eine Rolle bei der Entstehung der Körperdysmorphie. Kritische Lebensereignisse und negative Erfahrungen mit abwertenden Kommentaren bezüglich der Optik, Triggersituationen und vorausgehende körperliche Erkrankungen sind ätiologisch bedeutsam, jedoch zweitrangig.

Die Ursachenforschung ist bislang noch eher unzureichend und spekulativ, letzten Endes noch nicht vollständig abgeklärt (Ritter & Stangier, 2010).

2.3.5 Geschlechterunterschiede

In früheren Studien zeigte sich bezüglich der Körperdysmorphie keine vermehrte Häufigkeit für ein bestimmtes Geschlecht (Philips & Diaz, 1997). Rief und Kollegen (2006) fanden jedoch eine leicht erhöhte Rate bei dem weiblichen Geschlecht. Zudem wurden unterschiedliche Körperregionen als unterschiedlich bedeutsam für das jeweilige Geschlecht herauskristallisiert (Rief et al., 2006). Philips und Kollegen (2006) untersuchten 200 Patienten mit einer körperdysmorphen Störung. Männer äußerten große Sorgen bezüglich ihrer Genitalien, Körperbau, dünnem Haar, Gewicht und Abhängigkeitsstörungen. Frauen äußerten Sorgen bezüglich Haut, Brüsten, Bauch, Po, Beinen, Hüften und zu starker Körper- und Gesichtsbehaarung. Frauen sind zudem exzessiver mit verschiedenen Körperregionen beschäftigt und zeigen ein stärkeres Sicherheitsverhalten wie zum Beispiel *mirror checking* (*Jeder Spiegel und jedes Fenster wird als Möglichkeit genutzt, sich selbst zu betrachten*) und weisen vermehrt Essstörungen auf.

3 Zusammenhänge

3.1 Body Integrity Identity Disorder und (Geschlechts)identität

In einer Studie von Michael First (2005) begründeten zwei Drittel von 52 BIID-Betroffenen ihren Amputationswunsch damit, dass sie ihre *wahre Identität* herstellen wollen. Ähnlich wie Transsexuelle beschreiben sie sich als *gefangen* im falschen Körper. Die BIID-Betroffenen fordern eine vom Gesundheitssystem finanzierte chirurgische Amputation. First (2005) geht davon aus, dass die Betroffenen an einer Identitätsstörung leiden. Zwei Drittel der 52 von ihm interviewten Patienten gaben an, dass der Amputationswunsch darin bestünde, die eigene Identität als Amputierter herstellen zu wollen. Der Amputationswunsch wird damit begründet, dass die BIID-Betroffenen sich erst nach einer Amputation vollständig fühlen würden und dass sie mit zwei Armen oder Beinen *überevullständig* wären. Sie fühlen sich wie

Amputierte mit *natürlichen* Prothesen. Diese müssen entfernt werden, um im richtigen Körper leben zu können. Das Ziel sei die *wahre Identität* herzustellen. Des Weiteren spricht für eine Identitätsstörung, dass die *Wannabes* sich stark mit ihrem zwanghaften Wunsch identifizieren. Sie sehen den Amputationswunsch nicht als seltsam oder unerwünscht an, sondern als Teil ihrer Identität. Berechtig wären sie demnach wie Transsexuelle zu einer Operation (First, 2005). In der Studie von First (n=52, 2005) gaben 19% der BIID'ler an, eine Störung der Geschlechtsidentität aufzuweisen.

3.2 Body Integrity Identity Disorder und Transidentität

Für Michael First (2005) ist die Verwandtschaft zwischen BIID und Transsexualität plausibel. Der Wunsch nach einer Operation reicht bei beiden oft bis in die Kindheit oder frühe Jugend zurück. Betroffene imitieren gerne das andere Geschlecht oder auch körperlich Behinderte. First (2005) spricht davon, dass es sowohl Transsexuelle als auch BIID-Betroffene erregt, sich selbst mit der Wunschidentität vorzustellen. Laut seiner Studie (2005) besteht eine deutliche Korrelation zwischen BIID und der Geschlechtsidentitätsstörung. Ein Fünftel der 52 untersuchten BIID-Betroffenen gaben an, das Gefühl zu haben, im Körper des falschen Geschlechts zu leben. Mehr als die Hälfte überlegt, ob eine Geschlechtsumwandlung daher in Frage käme. Aus seinen Untersuchungen schlussfolgert First (2005), dass der Wunsch nach Amputation gesunder Körperteile am ehesten der Diagnose der Geschlechtsidentitätsstörung entspricht, mit der folgende Merkmale geteilt werden: die Unzufriedenheit mit der anatomischen Identität, ein innerer Sinn der gewünschten Identität und der Beginn in der Kindheit oder frühen Adoleszenz.

Eine weitere Studie von Ostgathe, Kasten und Schnell (2014) untersucht Gemeinsamkeiten zwischen der Body Integrity Identity Disorder und Transidentität. Die Gemeinsamkeiten sind zum Beispiel, dass keine rationale Erklärung für den Wunsch angegeben werden kann, sich etwas amputieren lassen zu wollen oder dem anderen Geschlecht angehören zu wollen. Eine weitere Gemeinsamkeit ist, dass beide Gruppen das starke Gefühl haben, im falschen Körper zu sein und dass dieser nicht zu dem mental vorgestellten Körperbild passt. Zudem ist eine Gemeinsamkeit der Betroffenen beider Gruppen, dass der Beginn des *sich falsch Fühlens* in der Kindheit oder frühen Jugend ist.

Diese Gemeinsamkeiten entsprechen denen, die Michael First in seiner Studie (2005) beschreibt. Wie in der Studie von First, äußern auch viele Betroffene in der Studie von Ostgathe u.a. (2014), dem anderen Geschlecht angehören zu wollen.

Laut persönlichen Kontakten von Prof. Kasten (2017), gibt es derzeit im deutschen Raum mindestens zwei Betroffene, die dabei sind, die Geschlechtsumwandlung real durchzuführen. Beide planen außerdem eine Amputation. Interessant zu erforschen ist, ob es sich hierbei um Einzelfälle handelt, oder ob ein weitaus größerer Teil der BIID-Betroffenen auch unzufrieden mit dem eigenen Geschlecht ist, wie es auch First in seiner Studie von 2005 beschreibt. Unbekannt ist, ob es sich hierbei überwiegend um Mann-Frau-Transidenten handelt oder umgekehrt.

3.3 Body Integrity Identity Disorder und Körperdysmorphie

Stirn, Thiel und Oddo (2010) verglichen die Body Integrity Identity Disorder und Körperdysmorphie Störung miteinander. Betroffene einer Körperdysmorphie Störung fühlen sich unattraktiv und entstellt. Häufig sind es zum Beispiel die Gesichtsmerkmale (Symmetrie), an denen die Betroffenen sich stören, die Haut (Unreinheiten, Rötungen), Haar oder Körperstatur. Personen mit einer Körperdysmorphie Störung fallen in der Regel in der Öffentlichkeit nicht auf, da scheinbare Makel oft gar nicht vorhanden sind oder nur minimal. Betroffene wollen von den Mitmenschen als *normal* akzeptiert werden. Sie leiden seit der Kindheit, Jugend oder auch erst im Erwachsenenalter an der Überzeugung, dass ihr äußeres Erscheinungsbild durch unterschiedliche Aspekte deformiert sei und dies zwangsweise auch nicht zu übersehen ist. Häufig stören sie sich auch an mehreren Körperstellen. Perücken, Überschminken, Kontrollieren im Spiegel und die Rückversicherung vom Umfeld suchen, sind typische Verhaltensweisen für die Betroffenen. Statt Psychologen aufzusuchen, werden Schönheitschirurgen konsultiert, um die Makel zu beheben. Schamgefühle aufgrund der Makel können zu sozialer Isolierung führen, da die Gefahr besteht, jedes Lachen, jeden Blick und jeden Satz als Hohn oder Spott zu interpretieren. Bei der Body Integrity Identity Disorder ist dies anders. Häufig geht es um die Extremitäten. Arme oder Beine stellen einen Störfaktor dar, jedoch herrscht eine neutrale Einstellung gegenüber den betroffenen Extremitäten. Sie finden ihre Extremitäten nicht unattraktiv und sie

schämen sich auch nicht für diese. Sie wünschen sich eine Amputation des unerwünschten Gliedes. Menschen mit einer Body Integrity Identity Disorder fühlen sich zu der Gemeinschaft körperlich behinderter Menschen zugehörig. Sie möchten ausdrücklich als amputierter Mensch wahrgenommen werden. Betroffene zeigen keine deformierten oder funktions-beeinträchtigten Extremitäten. Sie leiden in der Regel seit der Kindheit oder frühen Jugend (Stirn, Thiel & Oddo, 2010).

Eine Studie von Carina Bücken (2015) vergleicht die Body Integrity Identity Disorder mit der Körperdysmorphen Störung. Diese behandelt jedoch nicht den Zusammenhang zwischen BIID und KDS, sondern vergleicht BIID-Betroffenen und Körperdysmorphie-Betroffene in Bezug auf mentale Bilder. Es geht in dieser Studie unter anderem darum, in wie fern diese sich bei den beiden Störungsbildern voneinander unterscheiden. Laut Holmes und Mathews (2010) entstehen die mentalen Bilder nicht nur durch eine Überlagerung von imaginativen und perceptiven Eindrücken, sie können auch an autobiografische Erinnerungen gebunden sein. Imaginationen sind nicht auf visuelle Darstellungen begrenzt. Sie können auch olfaktorische, akustische, gustatorische, taktile und haptische Eindrücke beinhalten (Hackmann, Bennett-Levy & Holmes, 2012). Bücken (2015) stellt in ihrer Studie fest, dass sowohl BIID-Betroffene als auch Körperdysmorphie-Betroffene signifikant häufiger von mentalen Bildern berichten als Kontrollprobanden ohne BIID und KDS. BIID-Betroffene zeigen laut Bücken (2015) häufiger positive Imaginationen, die weniger belastend sind als die der KDS-Betroffenen. Der als entstellt wahrgenommene Körperteil dominiert in den Bildern der KDS-Betroffenen. Bei den BIID-Betroffenen dominiert das Bild der ersehnten Behinderung.

4 Forschungsvorhaben

4.1 Fragestellungen

Aus der Literatur heraus ergeben sich verschiedene Fragestellungen. Bei den Fragestellungen handelt es sich unter anderem darum, ob BIID-Betroffene im Vergleich

zu einer parallelisierten Vergleichsstichprobe ein eher schwach ausgeprägtes Gefühl bezüglich der geschlechtlichen Identität haben, d. h. weniger geschlechtskonform handeln. Diese Fragestellung ergibt sich vor allem aus den Erkenntnissen von First (2005), dass BIID eine Identitätsstörung sei. Somit stellt sich die Frage, ob es sich hierbei nicht nur um eine Körper-Integritäts-Identitäts-Störung handelt, sondern ebenfalls um eine *Intrinsische-Identitäts-Störung*. Eine weitere Fragestellung ist, ob auch in dieser Studie ein Zusammenhang zur Transidentität ermittelt werden kann, ob BIID-Betroffene im Vergleich zu einer parallelisierten Vergleichsstichprobe häufiger den Wunsch haben, dem gegenteiligen Geschlecht angehören zu wollen und ob eher BIID-Männer oder BIID-Frauen davon betroffen sind. Eine weitere Fragestellung ist, ob aufgrund des Wunsches nach Amputation eine Körperdysmorphie besteht, ob im Vergleich zu einer parallelisierten Vergleichsstichprobe eine Körperdysmorphie häufiger bei BIID-Betroffenen auftritt und ob dies eher BIID-Männer oder BIID-Frauen betrifft. Des Weiteren wird untersucht, ob bezüglich der körperdysmorphen Störung, Unterschiede in den beiden Skalen des Fragebogens körperdysmorpher Symptomatik zwischen BIID-Männern und BIID-Frauen bestehen. Bei den Skalen handelt es sich um die Skala der spezifischen KDS-Symptomatik (dysfunktionale Verhaltensweisen und Rituale) und die Skala der assoziierten Merkmale (Operationen und Suizidalität).

4.2 Hypothesen

Die *a-Hypothese* bezieht sich auf die Body Integrity Identity Disorder in Zusammenhang zu dem Identitätsgefühl und der Geschlechtskonformität. Die *b-Hypothesen* beziehen sich auf BIID in Zusammenhang zur Transidentität. Die darauffolgenden *c-Hypothesen* beziehen sich auf die Body Integrity Identity Disorder in Zusammenhang zur körperdysmorphen Störung. Die *d-Hypothesen* beziehen sich auf den Fragebogen körperdysmorpher Symptomatik bezüglich der Unterschiede in den beiden Skalen des Fragebogens.

a) Diese Hypothese bezieht sich auf den Vergleich zwischen BIID-Betroffenen und Nicht-BIID-Betroffenen hinsichtlich des Identitätsgefühls und der Geschlechtskonformität:

H0a: BIID-Betroffene und Nicht-BIID-Betroffene einer parallelisierten Stichprobe zeigen in der Maskulinitäts-Feminitäts-Skala gleichermaßen geschlechtskonforme Eigenschaften und Verhaltensweisen ihrer biologischen Identität.

H1a: BIID-Betroffene zeigen im Vergleich zu Nicht-BIID-Betroffenen einer parallelisierten Stichprobe geschlechtsneutralere Eigenschaften und Verhaltensweisen in der Maskulinitäts-Feminitäts-Skala.

b) Diese Hypothese bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen BIID und Transidentität:

H0b: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen BIID und Transidentität.

H1b: Es gibt einen signifikanten positiven korrelativen Zusammenhang zwischen BIID und Transidentität.

b1) Diese Hypothese bezieht sich auf den Vergleich, ob BIID-Betroffene im Vergleich zu Nicht-BIID-Betroffenen einer parallelisierten Stichprobe häufiger den Wunsch haben dem gegensätzlichen Geschlecht angehören zu wollen:

H0b1: BIID-Betroffene und Nicht-BIID-Betroffene einer parallelisierten Stichprobe möchten gleichermaßen dem gegensätzlichen Geschlecht angehören.

H1b1: BIID-Betroffene möchten im Vergleich zu Nicht-BIID-Betroffenen einer parallelisierten Stichprobe signifikant häufiger dem gegensätzlichen Geschlecht angehören.

b2) Diese Hypothese bezieht sich darauf, ob mehr BIID-Männer oder BIID-Frauen sich eine Geschlechtsumwandlung wünschen:

H0b2: BIID-Männer und BIID-Frauen zeigen in gleichem Ausmaß den Wunsch dem gegensätzlichen Geschlecht angehören zu wollen.

H1b2: BIID-Männer wollen signifikant häufiger dem gegensätzlichen Geschlecht angehören.

c) Diese Hypothese bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen BIID und Körperdysmorphie:

H0_c: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen BIID und Körperdysmorphie.

H1_c: Es gibt einen signifikanten positiven korrelativen Zusammenhang zwischen BIID und Körperdysmorphie.

c1) Diese Hypothese bezieht sich auf das Vorhandensein der körperdysmorphen Störung bei BIID-Betroffenen und Nicht-BIID-Betroffenen:

H0_{c1}: BIID-Betroffene und Nicht-BIID-Betroffene einer parallelisierten Stichprobe zeigen gleichermaßen das Vorhandensein einer körperdysmorphen Symptomatik.

H1_{c1}: BIID-Betroffene zeigen im Vergleich zu Nicht-BIID-Betroffenen einer parallelisierten Stichprobe signifikant häufiger eine körperdysmorphe Symptomatik.

c2) Diese Hypothese bezieht sich auf die Unterschiede zwischen BIID-Frauen und BIID-Männern bezüglich des Vorhandenseins der körperdysmorphen Symptomatik:

H0_{c2}: BIID-Männer und BIID-Frauen zeigen gleichermaßen das Vorhandensein einer körperdysmorphen Symptomatik.

H1_{c2}: BIID-Frauen zeigen im Vergleich zu BIID-Männern signifikant häufiger das Vorhandensein einer körperdysmorphen Symptomatik.

d) Diese Hypothese bezieht sich auf die Unterschiede zwischen BIID-Männern und BIID-Frauen bezüglich der beiden Skalen (Skala der spezifischen KDS-Symptomatik, Skala der assoziierten Merkmale) des Fragebogen körperdysmorpher Symptomatik (FKS):

H0_{d1}: BIID-Männer und BIID-Frauen zeigen gleiche Werte bezüglich der *Skala der spezifischen KDS-Symptome*.

H1_{d1}: Die Werte der BIID-Frauen sind signifikant höher in der *Skala der spezifischen KDS-Symptomatik* als die der BIID-Männer.

H0_{d2}: BIID-Männer und BIID-Frauen zeigen gleiche Werte bezüglich der *Skala der assoziierten Merkmale*.

H1_{d2}: Die Werte der BIID-Frauen sind signifikant höher in der *Skala der assoziierten Merkmale* als die der BIID-Männer.

4.3 Methodik

4.3.1 Untersuchungsablauf

Es handelt sich um eine quasi-experimentelle Querschnittstudie im Feld (internetbasiert). Das Vorgehen erfolgt explanativ und explorativ. Das explanative Vorgehen erfolgt bei den a- und b-Hypothesen, da Studien bereits existieren, die BIID sowohl in Zusammenhang zur Identitätsstörung als auch Transsexualität (First, 2005) untersuchten. Ein exploratives Vorgehen erfolgt bei der Untersuchung der generierten Hypothesen bezüglich des Zusammenhanges zwischen BIID und Körperdysmorphie, da hierzu keine Literatur besteht und Hypothesen erst generiert werden müssen. Zuerst muss der Zusammenhang zwischen BIID und Körperdysmorphie mittels Produkt-Moment-Korrelation festgestellt werden. Das Vorgehen dieser Studie ist induktiv. Mithilfe von standardisierten Fragebögen wird eine von Herrn Prof. Dr. Erich Kasten ausgewählte Quotenstichprobe von ca. 50 BIID-Betroffenen zu den oben beschriebenen Thematiken befragt. Die BIID-Stichprobe wird mit einer parallelisierten Stichprobe von Nicht-BIID-Betroffenen verglichen. Es handelt sich demnach um 2 unabhängige Stichproben. Der Schweregrad der BIID wird mit dem standardisierten Fischer-Fragebogen in der langen Version erhoben. Der Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) beinhaltet eine Maskulinitäts-Feminitäts-Skala. Es geht hier im Wesentlichen darum zu prüfen, ob es Unterschiede zwischen BIID-Betroffenen und Nicht-BIID-Betroffenen hinsichtlich der bestehenden Identität und deren geschlechtskonformen Eigenschaften gibt. Ein weiterer Fragebogen ist der Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI) sowie der Fragebogen körperdysmorpher Symptome (FKS). Die Fragebögen wurden online gestellt, so dass sie unkompliziert ausgefüllt werden konnten. Ausgewertet wurden die standardisierten Fragebögen mithilfe des Statistikprogramms SPSS. T-tests, Varianzanalysen und Produkt-Moment-Korrelationen wurden hierfür angewandt. Als Signifikanzniveau wurde eine

Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% festgelegt, d.h. $p < 0,05$.

4.3.2 Fischer Fragebogen

Der Schweregrad der BIID-Betroffenen wird mit dem Fischer-Fragebogen von Mona Fischer, Thomas Schnell und Erich Kasten in der langen Version erhoben, welcher 2015 konstruiert wurde und auf der aktuellen Literatur zur Body Integrity Identity Disorder basiert. Zu Beginn des Fragebogens werden demografische Daten erhoben (Items 1- 8: Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Schulbildung in Anzahl der Jahre, derzeitiger Beruf und der Familienstatus). Dann werden Fragen gestellt, die sich auf die letzten Monate beziehen (a) und Fragen, die sich auf die letzten 14 Tage beziehen (b). Der Zweck ist, die gewohnheitsmäßigen und die aktuellen Gefühle und Verhaltensweisen zu analysieren. Die Probanden haben die Möglichkeit die Fragen auf einer 7-stufigen Likertskala zu beantworten, welche die Pole „starke Zustimmung“ und „starke Ablehnung“ beinhaltet. Um zu erforschen, wie lange und individuell die Gedanken und Verhaltensweisen der BIID-Betroffenen sind, wurden daneben auch einige offene Fragen genutzt. Das Screening-Instrument ist auf Deutsch und Englisch verfügbar. Für die Einschätzung des Schweregrades wurden die Scores der Items 14 – 31 zusammengefasst und durch 18 dividiert um einen Gesamtscore des Schweregrades zu bilden. Aus diesem Grund werden die Ergebnisse der negativ formulierten Items (Item 14, 15, 22, 24, 26, 27, 31) umgekehrt. Höhere Scores deuten eine höhere Schwere der BIID-Symptome an.

Um die Normierung des neuen Fragebogens zu gewährleisten, konnte nur eine kleine Stichprobe herangezogen werden, da die Body Integrity Identity Disorder eine sehr seltene Störung ist. Die Reliabilität des Fragebogens wurde anhand von drei Item-Paaren mit ähnlichem Inhalt an verschiedenen Stellen im Fragebogen, versucht herzustellen (Item 12/23, Item 15/25, Item 19/32). Die Item-Paare müssen hoch miteinander korrelieren, um zu gewährleisten, dass Reliabilität gegeben ist. Die offenen Fragen (Item 9, Item 34 – 38) wurden in Kategorien transformiert, um eine statistische Analyse zu ermöglichen.

Die Objektivität des Fragebogens kann als gegeben angesehen werden. Der Fragebogen kann online genutzt werden, Fragen und Antworten sind unabhängig

von Untersucher und Situation. Die Analyse und Interpretation der Antworten der offenen Fragen unterliegen einer standardisierten Instruktion.

Um die Trennschärfe des Fragebogens zu erhöhen, wurden 7 Items, die eine Korrelation mit dem Gesamtscore von $<.3$ entfernt. Nach Eliminierung der nicht-scharfen Items, stieg Cronbach's Alpha von $.866$ auf $.929$ und ist somit in der perfekten Range. Die korrigierten Trennschärfen der Items lagen zwischen $.338$ und $.760$. Basierend auf dieser Datenanalyse konnte eine Normalverteilung des BIID-Schweregrades entdeckt werden.

Auf einer 7-stufigen Skala, beträgt der Durchschnitt des Gesamtscores „Schweregrad“ 4.6 . Das Minimum beträgt 1.5 und das Maximum 6.29 . Die Varianz beträgt 1.16 ($SD = 1.078$). Die Klassifikation des BIID-Schweregrads basiert auf der kalkulierten Standardabweichung. Anhand dieser Gütekriterien ist es möglich den neu konstruierten Fragebogen in der psychologischen und psychiatrischen Praxis und in Studien zu nutzen. Die Reliabilität und externe Validität der Ergebnisse wird aufgrund der kleinen Stichprobengröße berührt (Fischer, Schnell & Kasten, 2015).

Der Fischer-Fragebogen im Screeningverfahren von Fischer, Kasten und Schnell (2015) ist 7-skaliert. Der für diese Studie benutzte Fischer-Fragebogen ist 11-skaliert. Die längere Version basierend auf dem Screeningverfahren von Fischer, Kasten und Schnell (2015) wurde angewandt, weshalb die Werte anders ausfallen als im Screeningverfahren. Die Gütekriterien können in der längeren Version ebenfalls anerkannt werden. Zudem hat die längere Version des Fischer-Fragebogens entsprechend mehr Items. Unter dessen Berücksichtigung werden 27 Items, die 11-skaliert sind in die Auswertung aufgenommen. Auf einer Punkt 7 Skala, beträgt der Durchschnitt, wie oben beschrieben, des Gesamtscores „Schweregrad“ 4.6 . Das Minimum beträgt 1.5 und das Maximum 6.29 . Die Varianz beträgt 1.16 ($SD = 1.078$). Ist die Skala unter Berücksichtigung von 11 Möglichkeiten zu beantworten, so ändern sich die Summenwerte, die im Nachhinein jedoch dem Screeningverfahren durch mathematische Berechnungen, der linearen Transformation, gleichgestellt sind. Da in der längeren Version größere Summenwerte gebildet werden, liegt nach mathematischen Berechnungen der Normbereich zwischen 128 und 196 . Der Mittelwert hierbei ist die 162 und die Standardabweichung 34 . Bricht man die längere Version herunter, so dass sie vergleichbar mit dem Screeningverfahren wird, so ist der Mittelwert der längeren Version des Fischer-Fragebogens 6.96 . Somit sind

das Screenverfahren und die längere Version des Fischerfragebogens vergleichbar.

Tabelle 1 – Screenverfahren

M	SD	Minimum	Maximum
4.62	1.07	1.52	6.29

Anm.: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Leicht BIID: < 2.6, Mittel BIID: 3.6 – 5.5, Stark BIID: 5.6.–6.5.

Tabelle 2 – längere Version

M	SD	Minimum	Maximum
6.96	1.26	4.74	7.26

Anm.: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Leicht BIID: <5.7, Mittel BIID: 5.7 - 8.22, Stark: >8.22

4.3.3 Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI)

Der DFTI von Manfred Söder ist ein standardisierter Fragebogen, welcher dazu dient, die Diagnostik im Bereich der Transsexualität zu unterstützen. Der Fragebogen beinhaltet 5 Bereiche: soziodemographischer und soziokultureller Hintergrund (z. B. Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Berufsausbildung), die psychosexuelle Entwicklung und Status (z. B. Geschlechtsidentität und Rollenwunsch, Reaktionen von Familie und Umwelt auf das geschlechtsuntypische Verhalten, etc.), die sexuelle Orientierung und Zukunftsplanung (zukünftige Entwicklungen und Neuorientierung), den individualpsychologischen Hintergrund und die Prognostik (z. B. Einschätzung der derzeitigen Lebensqualität und der Lebenszufriedenheit) und zum Schluss, im 5. Bereich, besteht die Möglichkeit den Fragebogen zu beurteilen. Dieser Abschnitt wurde für diese Arbeit jedoch ausgelassen. Der DFTI bietet die Möglichkeit die psychosoziale und sexuelle Entwicklung zu skalieren, das sexuelle Verhaltensrepertoire, das erste Auftreten von Störungen der Geschlechtsidentität, familiäre und soziale Einflussfaktoren und den erreichten Status der transsexuellen Entwicklung. Die Ziele des Fragebogens sind, einen großen Bereich des transsexuellen Verhaltens abzudecken, die

Unterstützung des diagnostischen Entscheidungsprozesses ob eine Transsexualität vorliegt, den Fragebogen als ein standardisiertes Instrument für die Forschung zu konstruieren und eine flexible Handhabung des Instruments. Der DFTI soll ein flexibles Instrument darstellen. Er dient sowohl als ein strukturiertes Erstinterview für den Diagnostiker als auch als Fragebogen, den die Klienten zu Hause in Ruhe ausfüllen können. Die Gütekriterien dieses Fragebogens wurden vom Autor nicht berechnet.

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt laut Söders (1998) qualitativ oder über eine einfache Korrelation des Antwortwertes mit anderen Merkmalen, wie zum Beispiel Testergebnissen. Da der DFTI unterschiedliche Skalen zur Verfügung stellt, ist es möglich, Summenwerte zu bilden. Items aus den oben benannten Bereichen werden in die Auswertung miteinbezogen, welche aus logischer Schlussfolgerung heraus, zu dem Ergebnis einer Transsexualität gelangen können.

Items, welche verwendet wurden:

Bereich <i>psychosexuelle Entwicklung und Status</i> :	1, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 22, 24, 25, 27, 28
Bereich <i>sexuelle Orientierung</i> :	13, 16, 17
Bereich <i>Individualpsychologischer Hintergrund</i> :	1 - 5 und 8, 9, 20.

Der maximale Score, der erreicht werden kann, lautet nach eigenem Auswertungsschlüssel 57, der minimalste Wert, welcher erzielt werden kann, ist die 5. Der Mittelwert ist 31. Der Normbereich, unter Berücksichtigung der Standardabweichung ($SD= 5.31$) beläuft sich zwischen 25.69 und 36.31. Alle Probanden, die jedoch einen Wert über 36 aufweisen, können als möglicherweise transsexuell eingestuft werden, da dies der errechnete Cut-off-Wert ist. Unter 25.69 besteht keine Transsexualität, zwischen 25.69 und 36.31 eine Tendenz und ab 36 kann eine Person als potentiell transsexuell eingestuft werden.

4.3.4 Fragebogen körperdysmorpher Symptome (FKS)

Der Fragebogen körperdysmorpher Symptome wurde von Ulrike Buhlmann, Sabine Wilhelm, Heide Glaesmer, Elmar Brähler und Winfried Rief 2009 konstruiert. Die

Evaluation des FKS erfolgte an 45 Personen mit einer Körperdysmorphen Störung (nach DSM-IV-Kriterien, jedoch basierend auf Selbstangaben) und an 45 Personen aus der Allgemeinbevölkerung, welche die Kontrollgruppe darstellen. Der FKS stellt ein reliables und valides Selbstbeurteilungsinstrument dar, welches eine gute interne Konsistenz und diskriminante Validität auf. Der FKS stellt ein Screening-Instrument dar, mit welchem es möglich ist, das Ausmaß der aktuellen Schwere der körperdysmorphen Symptome zu erfassen. Der Fragebogen körperdysmorpher Symptome ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches aus 18 Items besteht. Die Items wurden aufgrund der klinischen Erfahrung der Autoren ausgewählt.

Item 2 und 3 gehen nicht in die Gesamtbewertung mit ein, da Item 2 dazu dient, die spezifische Körperregion zu erfassen, die Besorgnis auslöst. Item 3 dient der differenzialdiagnostischen Abgrenzung zur Essstörung. Die restlichen Items werden auf keiner Skala von 0 = *überhaupt nicht, nie, denke gar nicht darüber nach* bis 4 = *sehr stark, über 5 mal, über 8 Stunden pro Tag*, beurteilt. Der FKS erhebt in Bezug auf das Nachdenken über das eigene Aussehen, das Ausmaß der Zeit, welche damit verbracht wird (0 = *denke gar nicht darüber nach* bis 4 = *über 8 Stunden pro Tag*). Zudem erfragt der FKS in welchem Ausmaß ritualisierte, auf das Aussehen bezogene Handlungen, erfolgen (0 = *überhaupt nicht* bis 4 = *über 8 Stunden pro Tag*). Außerdem werden Häufigkeitsangaben zu bisherigen Schönheitsoperationen erhoben (0 = *nie* bis 4 = *über 5 mal*). Das FKS-Resultat kann zwischen 0 und 64 liegen. Der Mittelwert davon ist 32. Der FKS beinhaltet zudem 4 Fragen, die die Kriterien einer körperdysmorphen Störung nach DSM-IV erfragen. Diese Fragen sind wichtig zur Identifizierung der Personen mit einer körperdysmorphen Störung. Die statistische Vorgehensweise beinhaltet die Durchführung einer Faktorenanalyse, der Hauptkomponentenanalyse nach Kaiser-Guttman und Varimax-Rotation, in der Allgemeinbevölkerung. Die Stichprobe beläuft sich auf n= 2510. Die Itemschwierigkeiten des FKS, die Item-Gesamt-Korrelationen und die Cronbachs Alpha-Koeffizienten wurden zudem berechnet. Anschließend wurde ein Mittelwertsvergleich zwischen der KDS-Gruppe und Kontrollgruppe durchgeführt, um die diskriminante Validität zu berechnen. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse ergaben eine 2-Faktoren-Lösung, so dass 2 Skalen entstanden. Faktor 1 bildet die *spezifische KDS-Symptomatik* (Item 1, Items 4 – 15). Das Ausmaß der körperdysmorphen Symptome sowie dysfunktionaler Verhaltensweisen wie Rituale

und Vermeidung, die mit KDS in Zusammenhang stehen, werden mit der spezifischen KDS-Symptomatik erhoben. Faktor 2 bildet die *Assoziierten Merkmale* (Items 16 – 18), hierbei geht es um die Durchführung von Schönheitsoperationen und Suizidalität. Item 2 und 3 sind für die statistische Auswertung nicht relevant, da es sich hierbei um Items handelt, die lediglich dazu dienen Informationen über die besorgniserregenden Körperregionen zu geben und um eine differentialdiagnostische Abgrenzung zur Essstörung zu schaffen. Die anderen 16 Items bieten mehr Informationsgehalt und sind wichtig für die statistische Berechnung. Die interne Konsistenz ergab ein $\alpha = 0.88$, die Trennschärfe der Items liegt zwischen $r = 0.31$ und $r = 0.75$. Die Itemschwierigkeiten lagen zwischen $p = 0.09$ und $p = 0.54$. Die Subskalen der Faktoren 1 und 2 lagen bei $\alpha = 0,86$, Faktor 1, und bei $\alpha = 0,91$, Faktor 2. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass der FKS ein reliables und valides Instrument ist, welcher Personen mit KDS von Personen ohne KDS unterscheiden kann. Der FKS hat zwei Skalen. Die erste Skala ist die Skala der *spezifischen KDS-Symptome (körperdysmorphen Symptome) und besteht aus 14 Items*. Sie bezieht sich auf das Ausmaß der körperdysmorphen Symptome und dysfunktionale Verhaltensweisen wie Rituale und Vermeidung, die mit der KDS in Zusammenhang stehen.

4.3.5 Maskulinitäts-Femininitäts-Skala des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

Die Maskulinitäts-Femininitäts-Skala des Minnesota Multiphasic Personality Inventory wird in dieser Studie angewandt, um geschlechtstypische Verhaltensweisen der Studienteilnehmer herauszukristallisieren, weshalb nicht der gesamte MMPI verwendet wird. Dieser Test beinhaltet in seiner langen Version 566 Items, in der Kurzform jedoch, finden sich 221 Items wieder. Starke R. Hathaway und J. Charnley McKinley konstruierten dem MMPI in den 30er Jahren. Erstmals fand er 1963 Anwendung in Deutschland. Weltweit findet er am häufigsten als Persönlichkeitstest in der klinischen Psychologie und Psychiatrie Anwendung.

Der MMPI beinhaltet 10 Skalen, z.B. die Depression-Skala, Hypochondrie-Skala, Paranoia-Skala und die Maskulinitäts-Femininitäts-Skala. Die Fragen des MMPI werden mit *Ja* oder *Nein* beantwortet. Ein Vorteil des Fragebogens ist, dass

zusätzlich ausgewertet werden kann, wie ehrlich ein Studienteilnehmer den Fragebogen ausgefüllt hat, in dem ausgezählt wird, wie oft ein Teilnehmer eine Frage nicht oder anders als eine nahezu identische Frage beantwortet hat. Das Ziel der Autoren lag darin, ein objektives Instrument zu konstruieren, welches dabei unterstützen soll eine Diagnose bezüglich psychischer Störungen zu stellen. Der MMPI wird hauptsächlich im klinisch-psychologischen und psychiatrischen Kontext verwendet.

Die *Objektivität* des Tests gilt als gewährleistet, da es eine explizit formulierte Vorschrift gibt, wie der Test zu interpretieren ist. Dies spricht für die Objektivität des Tests. Auf der anderen Seite gibt es eine *klinische Interpretation*. Diese stützt sich auf explizite und auch implizite Erfahrungen des Klinikers. Dies führt dazu, dass das Kriterium der Objektivität in Frage gestellt wird.

Die MMPI-Kurzform enthält wie die lange Version verlässliche Skalen-Rohwerte. Die Werte der einzelnen Skalen belaufen sich zwischen $r = 0.811$ und $r = 0.971$. Der Korrelationskoeffizient der Maskulinitäts-Feminitätsskala liegt bei $r = 0.861$. Die *Retest-Reliabilität* ist gegeben, da bei Wiederholung des Tests keine extremen Veränderungen der Ergebnisse auftreten. Die Werte belaufen sich hierbei zwischen $r = 0.861$ und $r = 0.968$. Der Korrelationskoeffizient der Maskulinitäts-Feminitäts-Skala liegt hier bei $r = 0.925$. In dem hiesigen Fall bezüglich der *Split-half-Reliabilität* ist zu beachten, dass wenn Items einer Skala dasselbe messen, davon ausgegangen werden muss, dass bei einer Halbierung der Skalen, die beiden Hälften hoch miteinander korrelieren. Die Items der Skalen wurden aus diesem Grund in zwei gleichbedeutende Hälften geteilt. Die Itemzuweisung in die beiden Halbierungs-Gruppen erfolgte aufgrund des Korrelationskoeffizienten jedes Items mit dem Skalenwert. Die Konsistenz der MMPI-Kurzform ist gegeben. Die Werte belaufen sich zwischen $r = 0.839$ und $r = 0.948$. Der Korrelationskoeffizient der Maskulinitäts-Feminitätsskala beläuft sich diesbezüglich auf $r = 0.896$ (Gehring & Blaser, 1972).

Die Auswertung der Maskulinitäts-Feminitäts-Skala erfolgt durch einen eigenen Auswertungsschlüssel. Diese Skala beinhaltet geschlechtstypische Fragen, welche mit Ja oder Nein beantwortet werden können. Es gibt 25 Items, wovon 12 ca. weiblichen Eigenschaften oder Verhaltensweisen entsprechen und 13 männlichen. Je weniger Punkte erzielt werden, desto weiblicher der Proband, je höher die Werte

desto männlicher. *Ja* erhält 1 Punkt und *Nein* 2 Punkte. Je nachdem wie die Fragen gestellt werden, muss in SPSS die Umpolung der Items stattfinden, um der Fragen entsprechend, geschlechtstypisch zu sein.

Der minimalste Wert der erzielt werden kann, ist 25 und der maximale Wert 50. Der Mittelwert dessen ist 34.67. Der Normbereich, aus dem zu entnehmen ist, dass die Probanden sich weder extrem männlich noch weiblich verhalten, beläuft sich unter Berücksichtigung der Standardabweichung ($SD= 3.28$) von 31.39 bis 37.95. Alle Probanden, die Werte unter 31.39 aufweisen, gehen eher ins Extrem *weiblich* über und alle Probanden mit Werten über 37.95 ins Extrem *männlich*.

4.4 Stichprobengewinnung

Die Rekrutierung der BIID-Stichprobe erfolgt durch Herrn Prof. Dr. Kasten. Er verfügt über Kontakte zu BIID'lern und stellt die Stichprobe zusammen. Bei den BIID'lern handelt es sich sowohl um deutsche als auch um ausländische Probanden. Die Stichprobe wird als Quotenstichprobe definiert.

Einschlusskriterien sind hierbei das Vorhandensein der Body Integrity Identity Disorder, gemessen mit dem Test von Fischer et al, 2015. Die parallelisierte Vergleichsstichprobe wird von Personen gebildet, die sich freiwillig dazu bereit erklärten an dieser Studie mitzuwirken. Auch hierbei handelt es sich um eine Quotenstichprobe. Einschlusskriterien sind hierbei das Nicht-Vorhandensein der Body Integrity Identity Disorder.

4.5 t-Test

Der t-Test dient dazu, zu überprüfen, ob sich 2 empirisch gefundene Mittelwerte von 2 Stichproben tatsächlich systematisch voneinander unterscheiden oder ob der Unterschied rein zufällig entstanden ist. Hierbei geht es um die Überprüfung zweier Gruppen, ob sie sich bezüglich eines Merkmals unterscheiden oder nicht. Der t-Test gehört zu den parametrischen Verfahren und ist nur für intervallskalierte Daten zulässig. Populationsparameter werden mit dem arithmetischen Mittel oder der Varianz geschätzt. Dieses Testverfahren dient der Überprüfung aufgestellter Hypothe-

sen (Nullhypothese, Alternativhypothese). Neben dem Kriterium der Intervallskalierung, wird die Unabhängigkeit der 2 Stichproben voneinander vorausgesetzt (bei dem t-Test für unabhängige Stichproben), die Normalverteilung und die Varianzhomogenität (Rasch, Friese, Hoffmann & Naumann, 2014).

4.6 Produkt-Moment-Korrelation (bivariate Korrelation)

Es werden unter anderem Produkt-Moment-Korrelationen berechnet. Die bivariate Korrelation beschreibt den Zusammenhang zwischen 2 intervallskalierten Variablen. Die Interpretation erfolgt kausal oder gerichtet, wenn es eine inhaltliche Begründung gibt. Die Produkt-Moment-Korrelation r stellt zudem eine Effektgröße dar. Die Effektstärke wird nach Cohen (1988) festgelegt. Die Effektstärke ist eine dimensionslose Zahl, die nicht von der Maßeinheit der Ursprungsdaten abhängt. Im Gegensatz zu Teststatistiken ist sie unabhängig von der Stichprobengröße. Ihr Wert sollte nahe 0 liegen, wenn die Nullhypothese des zugehörigen Tests nicht abgelehnt werden konnte. Ein kleiner Effekt liegt bei $r = .1$, ein mittlerer bei $r = .3$ und ein großer ab $r = .5$. (Bühner & Ziegler, 2009). Die Voraussetzungen sind die Intervallskalierung der Daten und eine annähernde Normalverteilung beider Variablen (Bortz, 2005).

4.7 einfaktorische Varianzanalyse ohne Messwiederholung

Die einfaktorische Varianzanalyse wird angewandt um die Mittelwerte von mehr als 2 Gruppen miteinander vergleichen zu können. Die Intervallskalierung, Unabhängigkeit der 2 Stichproben, Normalverteilung und Varianzhomogenität sind, wie beim t-Test, die Voraussetzungen der Varianzanalyse (Rasch, Friese, Hoffmann & Naumann, 2014). Bei der Anova soll exploriert werden, welchen Einfluss die unabhängige Variable auf die abhängige Variable hat. In dieser Studie wurden bezüglich der Geschlechtsneutralität (MMPI), Transidentität (DFTI) und Körperdysmorphie (FKS) die Mittelwerte der weiblichen und männlichen BIID-Betroffenen und der weiblichen- und männlichen Nicht-BIID-Betroffenen miteinander verglichen. Anhand der einfaktorischen Anova wird zunächst herauskristallisiert, ob sich die Gruppen signifikant voneinander unterscheiden. Mithilfe des zum Beispiel Scheffé-Tests, einer der Post-hoc-Tests, wird anschließend sichtbar, wo genau die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen sind (Bühner & Ziegler, 2009).

5 Forschungsergebnisse und Diskussion

5.1 Stichprobenbeschreibung

Bei der BIID- Stichprobe handelt es sich um 50 Probanden zwischen 19 und 63 Jahren alt (M= 37.94, SD= 11.16). Bei den Teilnehmern handelt es sich um BIID-Betroffene aus Deutschland und aus dem Ausland. Bei den BIID'lern handelt es sich um 25 (50%) weibliche Probanden mit einem Durchschnittsalter von 39.80 Jahren und 25 männlichen (50%) mit einem Durchschnittsalter von 36.08 Jahren. Die Kontrollstichprobe besteht aus 50 Nicht-BIID-Betroffenen. Die Probanden sind zwischen 25 und 61 Jahren alt (M=35.00, SD= 12.24). Diese Stichprobe besteht nur aus deutschen Teilnehmern. 25 (50%) weibliche Probanden mit einem Durchschnittsalter von 33.70 Jahren und 25 (50%) männliche Probanden mit einem Durchschnittsalter von 36.40 Jahren haben partizipiert. Insgesamt handelt es sich um 100 Personen, die an dieser Studie teilgenommen haben. Bei der BIID-Stichprobe lässt sich der Schweregrad in leicht, mittel und schwer unterteilen.

Tabelle 3 - Stichprobenbeschreibung

	N	W	M
BIID	50	25 (50%) (M= 39.80)	25 (50%) (M= 36.08)
Kontrollstichprobe	50	25 (50%) (M= 33.70)	25 (50%) (M=36.40)

Anm.: M = Mittelwert, N = Anzahl der Probanden

5.1.1 Vergleich des Fischer-Fragebogens im Screenverfahren und in der längeren Version

Tabelle 4 – Screenverfahren

M	SD	Minimum	Maximum
4.62	1.07	1.52	6.29

Anm.: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tabelle 5 – Mittelwerte nach Geschlecht im Screenverfahren

Geschlecht	M	N
weiblich	3.96	4
männlich	4.54	33

Anm.: M = Mittelwert, Leicht BIID: < 2.6, Mittel BIID: 3.6–5.5, Stark BIID: 5.6.-6.5.

Tabelle 6 – längere Version

M	SD	Minimum	Maximum
6.96	1.26	4.74	7.26

Anm.: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tabelle 7 – Mittelwerte nach Geschlecht in der längeren Version

Geschlecht	M	N
weiblich	6.80	25
männlich	7.15	25

Anm.: M = Mittelwert, Leicht BIID: < 5.7, Mittel BIID: 5.7–8.22, Stark BIID: > 8.22

Anhand der Mittelwerte der BIID-Stichprobe von M. Fischer (2015) und der hiesigen BIID-Stichprobe, lässt sich erkennen, dass beide BIID-Stichproben vom Schweregrad her, zum größten Teil in den mittleren Bereich fallen. Dies bedeutet, dass die Probanden beider Stichproben in der Mehrheit weder leicht noch schwer von BIID betroffen sind, sondern medium. Die Stichprobe von M. Fischer umfasst 33 männliche und 4 weibliche BIID-Betroffene. Die hiesige BIID-Stichprobe umfasst sowohl 25 weiblich als auch 25 männliche BIID'ler.

5.2 Ergebnisse der Voraussetzungen der t-tests, der Produkt-Moment-Korrelation und einfaktoriellen Varianzanalyse

Die Voraussetzungen der t-Tests und Varianzanalyse waren zum größten Teil erfüllt. Beide Verfahren haben dieselben Voraussetzungen. Die Varianzhomogenität, das Kriterium der unabhängigen Stichproben, die Intervallskalierung waren gegeben. Die Normalverteilung war jedoch in einigen Berechnungen der Hypothesen nicht gegeben. Jedoch ist anzumerken, dass ein Vorgehen mit t-tests sinnvoller ist als mit einem nonparametrischen Verfahren, da sonst Schwierigkeiten bei der Interpretation der Standardabweichung bei nonparametrischen Verfahren bestehen würden. Dies würde dazu führen, dass es schwieriger wird, die Effektstärke und Post-hoc Teststärke zu berechnen (Bühner & Ziegler, 2009). Bortz (1999) erklärt, dass auch bei Verletzung der Varianzhomogenität der t-Test robust ist. Kritisch wird es allerdings, wenn zu heterogenen Varianzen noch sehr ungleiche Stichprobenumfänge hinzukommen, was in dieser Studie nicht der Fall war. Die Varianzhomogenität ist eine Voraussetzung, die nicht ganz so wichtig ist, da durch implementierte Tests in dem Statistikprogramm SPSS ungleiche Varianzen berücksichtigt werden. Bei den Testverfahren handelt es sich um den Welch-Test oder dem Satterthwaite-Test (Janssen & Laatz, 2016). Die Voraussetzungen der Produkt-Moment-Korrelation waren fast vollständig erfüllt. Die Variablen sind intervallskaliert und überall findet sich annähernd eine Normalverteilung.

5.3 Ergebnisse der a-Hypothese

Das Ergebnis der a-Hypothese ist, dass sich BIID-Betroffene ($M= 35.10$, $SD= 3.03$) und Nicht-BIID-Betroffene ($M= 34.24$, $SD= 3.50$) einer parallelisierten Stichprobe in der Maskulinitäts-Feminitäts-Skala des MMPI nicht signifikant voneinander unterscheiden ($t(98)= 1.31$, $p= 0.10$).

Betrachtet man jedoch die Geschlechter im Einzelnen mittels t-tests, ergeben sich folgende Ergebnisse:

BIID-Frauen ($M= 34.68$, $SD= 3.02$) und BIID-Männer ($M= 35.52$, $SD= 3.04$) unterscheiden sich nicht signifikant voneinander ($t(48)= 0.10$, $p= 0.16$).

BIID-Frauen ($M= 34.68$, $SD= 3.02$) und Nicht-BIID-Frauen ($M= 31.52$, $SD= 1.92$) unterscheiden sich signifikant voneinander ($t(48)= 4.41$, $p= 0.001$).

BIID-Männer ($M= 35.52$, $SD= 3.04$) und Nicht-BIID-Männer ($M= 36.96$, $SD= 2.42$) unterscheiden sich signifikant voneinander ($t(48) = 1.85$, $p= 0.04$).

Zusätzlich, um eine Alpha-Inflation und eine verringerte Teststärke zu umgehen, wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse berechnet, welche folgende Ergebnisse repräsentiert:

Der MMPI prüfte die Geschlechtsneutralität der einzelnen Probanden. Die abhängige Variable ist das Ergebnis des MMPI's (Geschlechtsneutralität). Die unabhängige Variable nimmt die Bezeichnung *Gruppe* an und hat 4 Faktoren: weibliche BIID'er, männliche BIID'ler, weibliche Nicht-BIID-Betroffene und männliche Nicht-BIID-Betroffene. Die einfaktorielle Anova ergab, dass es einen Effekt der unabhängigen Variable *Gruppe* gibt und die 4 Gruppen nicht gleich sind, da das Ergebnis signifikant ist. ($F(3,96)= 18.95$, $p= 0.001$).

Die weiblichen BIID-Betroffenen ($M= 34.68$) unterscheiden sich nicht signifikant ($p= 0.37$) von den männlichen BIID- Betroffenen ($M= 35.52$). Die weiblichen BIID'ler unterscheiden sich signifikant ($p = 0.001$) von den weiblichen Nicht-BIID-Betroffenen ($M= 31.52$). Außerdem unterscheiden sich die weiblichen BIID-Betroffenen signifikant ($p = 0.001$) von den männlichen Nicht-BIID-Betroffenen ($M= 36.96$).

Die männlichen BIID-Betroffenen unterscheiden sich signifikant ($p= 0.001$) von den weiblichen Nicht-BIID-Betroffenen und nicht signifikant ($p= 0.15$) von den männlichen Nicht-BIID-Betroffenen. Die weiblichen Nicht-BIID-Betroffenen unterscheiden sich signifikant ($p= 0.001$) von den männlichen Nicht-Betroffenen.

5.4 Diskussion der a-Hypothese

Das Ergebnis der Nicht-Signifikanz der a-Hypothese spricht entgegen der Hypothese, dass BIID-Betroffene im Vergleich zu Nicht-BIID-Betroffenen weniger in ihrer Identität festgelegt sind, das heißt, dass diese Personen geschlechtsneutraler in ihren Eigenschaften und Verhaltensweisen agieren als Nicht-BIID-Betroffene. Es

war jedoch sinnvoll dies einmal näher zu beleuchten, indem BIID-Frauen, Nicht-BIID-Frauen, BIID-Männer und Nicht-BIID-Männer voneinander separiert werden. Dies war wichtig um bestehende Differenzen zwischen den Geschlechtern der BIID-Gruppen und Nicht-BIID-Gruppen im Einzelnen herauszukristallisieren. Eine Varianzanalyse konnte mehr Aufschluss darüber geben als der t-test. Die weiblichen BIID'ler unterscheiden sich nicht signifikant von den männlichen BIID'lern, was entsprechend der Hypothese annehmbar und erwünscht ist, da die Hypothese aussagt, dass sich sowohl BIID-Frauen als auch BIID-Männer bezüglich der geschlechtstypischen Eigenschaften und Verhaltensweisen neutraler als die Kontrollstichprobe von Nicht-BIID-Betroffenen verhalten und weniger in ihrer Identität festgelegt sind. Deskriptiv ist ebenfalls zu erkennen, dass sowohl die weiblichen BIID'ler ($M = 34.68$) als auch die männlichen BIID'ler ($M = 35.52$) in den Normbereich fallen, welcher aussagt, dass weder extrem weibliche noch extrem männliche Eigenschaften und Verhaltensweisen zu erkennen sind. Wie in der Beschreibung des MMPI zu entnehmen ist, sprechen höhere Werte für männlicheres und niedrigere Werte für weiblicheres Verhalten. Der Normbereich der Skala beläuft sich unter Berücksichtigung der Standardabweichung ($SD = 3.28$) von 31.39 bis 37.95. BIID-Frauen und Nicht-BIID-Frauen unterscheiden sich wie oben erläutert signifikant voneinander. Bezüglich der Werte ist deskriptiv zu entnehmen, dass BIID-Frauen höhere Werte ($M = 34.68$) annehmen als die Nicht-BIID-Frauen ($M = 31.52$), welche fast schon außerhalb des Normbereichs (31.39 – 37.95) liegen. Dies spricht dafür, dass die Nicht-BIID-Frauen weiblicher agieren als die BIID-Frauen. Laut t-Test unterscheiden sich die BIID-Männer ($M = 35.52$) signifikant von den Nicht-BIID-Männern ($M = 36.96$). Die Nicht-BIID-Männer nehmen höhere Werte an, was für männlicheres Verhalten spricht. Die einfaktorielle Varianzanalyse errechnet jedoch keine Signifikanz ($p = 0.15$), was dafür spricht, dass die männlichen Nicht-BIID-Betroffenen ebenfalls wie die männlichen BIID'ler geschlechtsneutraler agieren. Die Varianzanalyse ist beim Vergleich von mehr als zwei Gruppen sauberer als der t-test, da diese nicht wie der t-test beim Vergleich von mehreren Gruppen zu einer Alpha-Inflation führt und auch keine verringerte Teststärke beim Vergleich von mehr als zwei Mittelwerten aufweist (Rasch et al., 2014). Zukünftige Forschungen könnten Aufschluss darüber geben, ob BIID-Männer und Nicht-BIID-Männer bezüglich der Geschlechtsneutralität unterschiedlich sind, da das hiesige Ergebnis je nach statistischem Testverfahren variierte. Die männlichen Nicht-BIID-Betroffenen dieser Studie könnten auch zufällig

geschlechtsneutraler sein. Dies müsste anhand weiterer Stichproben von männlichen Nicht-BIID-Betroffenen geprüft werden. Die weiblichen Nicht-BIID-Betroffenen ($M= 31.52$) unterscheiden sich signifikant ($p= 0.001$) von den männlichen Nicht-BIID-Betroffenen ($M= 36.96$). Wie eben erläutert, zeigen auch die männlichen Nicht-BIID-Betroffenen geschlechtsneutralere Eigenschaften und Verhaltensweisen - im Gegensatz zu den weiblichen Nicht-BIID-Betroffenen, welche sich geschlechtskonform verhalten. Ein signifikanter ($p= 0.001$) Unterschied ist jedoch bei den weiblichen BIID-Betroffenen gegenüber den männlichen Nicht-BIID-Betroffenen ($M = 36.96$) zu erkennen. Beide Gruppen zeigen Geschlechtsneutralität. Deskriptiv ist dennoch zu erwähnen, dass die weiblichen BIID'ler ($M= 34.68$) stärker in den Normbereich ($31.39 -37.95$) fallen als die männlichen Nicht-BIID-Betroffenen ($M= 36.96$), was dafür spricht, dass die weiblichen BIID'ler geschlechtsneutraler sind als die männlichen Nicht-BIID-Betroffenen. Allgemein ist zu erwähnen, dass die weiblichen BIID-Betroffenen bezüglich der Geschlechtsneutralität hervorstechen. Diese Ergebnisse sprechen für die These First's (2005), dass die Body Integrity Identity Disorder eine Identitätsstörung sein könnte. Diese Störung könnte nicht nur eine *Körper-Integritäts-Identitäts-Störung*, sondern ebenfalls eine *Intrinsische-Identitäts-Störung* sein.

5.5 MMPI-Maskulinitäts-/Femininitäts-Skala-Zusatz

Wie oben beschrieben, ist der minimalste Wert, der erzielt werden konnte, 25 und der maximale Wert 50. Der Mittelwert dessen ist 34.67. Der Normbereich, aus dem zu entnehmen ist, dass die Probanden sich weder extrem männlich noch weiblich verhalten, beläuft sich unter Berücksichtigung der Standardabweichung ($SD= 3.28$) von 31.39 bis 37.95. Alle Probanden, die Werte unter 31.39 aufwiesen, gingen ins Extrem *weiblich* über und alle Probanden mit Werten über 37.95 ins Extrem *männlich*. Anhand der Tabelle lässt sich erkennen, dass die 50 BIID Probanden jeweils hauptsächlich im Normbereich wiederzufinden sind, was für geschlechtsneutraleres Verhalten spricht. Die Nicht-BIID-Frauen sind vor allem im weiblichen Bereich zu finden, gefolgt vom Normbereich, aber nicht im männlichen Bereich. Die Nicht-BIID-Männer sind vor allem im Normbereich zu finden, gefolgt vom männlichen Bereich und nicht im weiblichen Bereich.

Tabelle 8 – Frauen BIID

unter 31.39	Normbereich	Über 37.95
3	20	2
12%	80%	8%

Anm.: Vergleich der Stichprobe bezüglich des Normbereichs

Tabelle 9 – Männer BIID

unter 31.39	Normbereich	Über 37.95
4	13	8
16%	52%	32%

Anm.: Vergleich der Stichprobe bezüglich des Normbereichs

Tabelle 10 – Frauen Vergleichsstichprobe

unter 31.39	Normbereich	Über 37.95
14	11	0
56%	44%	0%

Anm.: Vergleich der Stichprobe bezüglich des Normbereichs

Tabelle 11 – Männer Vergleichsstichprobe

unter 31.39	Normbereich	Über 37.95
0	13	12
0%	52%	48%

Anm.: Vergleich der Stichprobe bezüglich des Normbereichs

5.6 Ergebnisse der b-Hypothese

Bei der Berechnung des Zusammenhangs zwischen Stärke von BIID und Ausprägungsgrad von Transidentität, gemessen anhand des DFTI und Fischer-Fragebogen, ergab dies keine Signifikanz ($r(48) = -0.11$, $p = 0.23$).

5.7 Diskussion der b-Hypothese

Der Zusammenhang zwischen BIID und Transidentität kann anhand dieser Resultate als nicht gegeben angesehen werden und die Hypothese somit nicht bestätigt

werden. Die Korrelation ist schwach negativ, d.h. je stärker BIID umso schwächer, laut Ergebnis, der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung. Anhand des Ergebnisses lässt sich die These First's (2005), dass es einen Zusammenhang zwischen BIID und Transidentität gibt, zunächst nicht bestätigen. Würde die Stichprobe erhöht, so könnte sich eventuell sogar eine noch höhere negative Korrelation ergeben oder ein gegenteiliger Effekt eintreten. Dies erscheint zu dem jetzigen Zeitpunkt jedoch spekulativ.

5.8 Ergebnisse der b1-Hypothese und b2-Hypothese

Ergebnis der b1-Hypothese

Der Vergleich zwischen BIID-Betroffenen ($M= 14.58$, $SD= 6.63$) und Nicht-BIID-Betroffenen ($M= 12.21$, $SD= 3.20$) bezüglich des Wunsches dem gegensätzlichen Geschlecht angehören zu wollen, gemessen am DFTI, ergab, dass die beiden Gruppen sich signifikant ($t(70.55)= 2.27$, $p= 0.01$) voneinander unterscheiden.

Betrachtet man die Geschlechter im Einzelnen via t-tests, ergeben sich folgende Ergebnisse:

BIID-Frauen ($M= 16.05$, $SD= 7.10$) und Nicht-BIID-Frauen ($M= 13.91$, $SD= 3.07$) unterscheiden sich nicht signifikant voneinander ($t(48)= 1.38$, $p= 0.09$).

BIID-Männer ($M= 13.11$, $SD= 5.91$) und Nicht-BIID-Männer ($M= 10.52$, $SD= 2.33$) unterscheiden sich signifikant voneinander ($t(31.25)= 2.04$, $p= 0.03$).

Ergebnis b2-Hypothese

Bei der Berechnung des Unterschiedes zwischen BIID-Frauen ($M= 16.05$, $SD= 7.10$) und BIID-Männern ($M= 13.11$, $SD= 5.91$) bezüglich des Ausmaßes des Wunsches dem gegensätzlichen Geschlecht angehören zu wollen, ergab dies keine Signifikanz ($t(48)= 1.59$, $p= 0.06$).

Werden die Ergebnisse der b1- und b2-Hypothese mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse berechnet, so lassen sich folgende Ergebnisse feststellen:

Der DFTI prüfte die Transidentität der einzelnen Probanden. Die abhängige Variable ist das Ergebnis des DFTI's (Transidentität). Die unabhängige Variable nimmt die Bezeichnung *Gruppe* an. Die unabhängige Variable hat 4 Faktoren: weibliche BIID'ler, männliche BIID'ler, weibliche Nicht-Betroffene und männliche Nicht-Betroffene stellen die Faktoren dar. Die einfaktorielle Anova ergab, dass es einen Effekt der *Gruppe* gibt und die 4 Gruppen nicht gleich sind, da das Ergebnis signifikant ist ($F(3,96) = 5.21, p = 0.002$).

Die weiblichen BIID-Betroffenen ($M = 16.05$) unterscheiden sich nicht signifikant ($p = 0.12$) von den männlichen BIID-Betroffenen ($M = 13.11$). Die weiblichen BIID'ler unterscheiden sich zudem nicht signifikant ($p = 0.26$) von den weiblichen Nicht-BIID-Betroffenen ($M = 13.91$). Die weiblichen BIID-Betroffenen unterscheiden sich signifikant ($p = 0.001$) von den männlichen Nicht-BIID-Betroffenen ($M = 10.52$).

Die männlichen BIID-Betroffenen unterscheiden sich nicht signifikant ($p = 0.48$) von den weiblichen Nicht-BIID-Betroffenen und ebenfalls nicht signifikant ($p = 0.17$) von den männlichen Nicht-BIID-Betroffenen. Die weiblichen Nicht-BIID-Betroffenen unterscheiden sich nicht signifikant ($p = 0.07$) von den männlichen Nicht-BIID-Betroffenen.

5.9 Diskussion der b1-Hypothese und b2-Hypothese

Die Hypothese, dass BIID-Betroffene im Vergleich zu Nicht-BIID-Betroffenen signifikant häufiger dem gegensätzlichen Geschlecht angehören wollen, konnte nicht bestätigt werden. Auch die Hypothese, dass BIID-Männer im Vergleich zu BIID-Frauen signifikant häufiger dem gegensätzlichen Geschlecht angehören wollen, konnte nicht bestätigt werden. Der Vergleich zwischen BIID-Betroffenen und Nicht-BIID-Betroffenen, mittels t-test, bezüglich des Wunsches dem gegensätzlichen Geschlecht angehören zu wollen, ergab zwar, dass die beiden Gruppen sich signifikant voneinander unterscheiden, jedoch ist es sinnvoller dies über eine Anova zu prüfen. Weder die BIID-Betroffenen noch die Nicht-BIID-Betroffenen zeigen eine Tendenz zur Transsexualität. Zudem zeigt der t-test, dass sich die BIID-Männer und Nicht-BIID-Männer signifikant voneinander unterscheiden. Betrachtet man jedoch die einfaktorielle Anova, die einen korrekteren Vergleich als der t-test zulässt, so lässt sich

erkennen, dass es lediglich einen signifikanten Unterschied zwischen den weiblichen BIID-Betroffenen und den männlichen Nicht-BIID-Betroffenen gibt, jedoch nicht zwischen den restlichen Gruppen. Deskriptiv, bei Betrachtung der unterschiedlich hohen Werte der BIID-Frauen ($M= 16.05$) und der Nicht-BIID-Männer ($M= 10.52$), ist es nachvollziehbar, dass sich Signifikanz ergibt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die BIID-Frauen sich wünschen dem anderen Geschlecht anzugehören. Die Gruppe der weiblichen BIID'ler hat zwar höhere Werte, sie fallen jedoch nicht einmal in den Bereich (25.69 und 36.31), welcher tendenziell eine Transidentität andeuten könnte. Betrachtet man das Ergebnis der b-Hypothese, welches aussagt, dass kein Zusammenhang zwischen BIID und Transidentität besteht, so lässt sich den Ergebnissen der Varianzanalyse zustimmen.

5.10 DFTI-Zusatz

Wie oben beschrieben, ist der maximale Score, der erreicht werden konnte, nach eigenem Auswertungsschlüssel 57, der minimalste Wert, welcher erzielt werden konnte, ist die 5. Der Mittelwert ist 31. Der Normbereich, unter Berücksichtigung der Standardabweichung ($SD= 5.31$) liegt zwischen 25.69 und 36.31. Alle Probanden, die jedoch einen Wert über 36 aufwiesen, können als möglicherweise transsexuell eingestuft werden, da dies der errechnete Cut-off-Wert ist. Unter 25.69 besteht keine Transsexualität, zwischen 25.69 und 36.31 eine Tendenz und ab 36 kann eine Person als potentiell transsexuell eingestuft werden. Anhand der Tabelle ist zu erkennen, dass 2 weibliche BIID-Betroffene möglicherweise transsexuell sein könnten, bei den anderen 23 Probanden kann dies ausgeschlossen werden. Bei den männlichen BIID-Betroffenen kann ebenfalls bei 23 Personen eine Transsexualität ausgeschlossen werden, bei 2 männlichen BIID'lern ist eine Tendenz zu beobachten. Eindeutig lässt sich dies jedoch nicht untermauern. Sowohl bei den weiblichen als auch männlichen Nicht-BIID-Betroffenen kann bei allen 50 Probanden davon ausgegangen werden, dass eine Transsexualität auszuschließen ist.

Tabelle 12 – BIID Frauen

unter 25.69	Normbereich	Über 36.31
23	0	2
92%	0%	8%

Anm.: Vergleich der Stichprobe bezüglich des Vorhandenseins der Transsexualität

Tabelle 13 – BIID Männer

unter 25.69	Normbereich	Über 36.31
23	2	0
92%	8%	0%

Anm.: Vergleich der Stichprobe bezüglich des Vorhandenseins der Transsexualität

Tabelle 14 – Frauen Vergleichsstichprobe

unter 25.69	Normbereich	Über 36.31
25	0	0
100%	0%	0%

Anm.: Vergleich der Stichprobe bezüglich des Vorhandenseins der Transsexualität

Tabelle 15 – Männer Vergleichsstichprobe

unter 25.69	Normbereich	Über 36.31
25	0	0
100%	0%	0%

Anm.: Vergleich der Stichprobe bezüglich des Vorhandenseins der Transsexualität

5.11 Ergebnisse der c-Hypothese

Der Zusammenhang zwischen BIID und Körperdysmorphie verfehlte das Signifikanzniveau von $p < 0.05$ knapp und zeigt damit nur einen Trend ($r(48) = 0.2$, $p = 0.06$).

5.12 Diskussion der c-Hypothese

Die Hypothese, dass ein signifikant positiv korrelativer Zusammenhang zwischen BIID und KDS besteht, kann nicht bestätigt werden. Die Korrelation ist mit $r = 0,2$ nur

schwach. Laut Ritter und Stangier (2010) ist die Körperdysmorphie die starke Unzufriedenheit mit einem oder mehreren Körperteilen. Das gesamte Denken, Verhalten, Empfinden dreht sich um die Sorgen über den eigenen Körper oder bezüglich bestimmter Körperteile. Dies kann zu einem sozialen Rückzug führen, zu Isolation und zu einer generellen Beeinträchtigung im Sozial- und Arbeitsleben. Die exzessive Beschäftigung mit der Kontrolle und dem Verdecken der Makel erinnert an die Pretenders, welche zur BIID-Gruppe gehören. Diese sind ebenfalls damit beschäftigt, gewisse Körperteile mittels zum Beispiel Krücken oder Rollstühle zu kaschieren (Kasten, 2009). Dieser fast signifikante Zusammenhang spricht dafür, dass die zu amputierenden Gliedmaßen starke Unzufriedenheit und exzessive Beschäftigung mit diesen auslösen. Auch das ständige Gedankenkreisen, welches laut Ritter und Stangier (2010) bei der Körperdysmorphie besteht, ist auch bei der Body Integrity Identity Disorder auffindbar, bezeichnet als *lang anhaltenden und intensiven* Wunsch nach körperlicher Veränderung (Möller et al., 2011). Dennoch wurde bei BIID-Betroffenen festgestellt, dass sie keine Antipathie gegenüber ihren nicht gewollten Körperteilen haben und diese auch nicht negativ affektiv besetzen (Möller et al., 2011). Dies ist ein Abweichen von der Körperdysmorphie, da hierbei eine starke negative affektive Besetzung gegenüber den ungewollten Körpermakeln besteht (Ritter & Stangier, 2010). Das Ergebnis schließt jedoch nicht gänzlich und grundsätzlich aus, dass ein Zusammenhang zwischen BIID und Körperdysmorphie bestehen könnte.

5.13 Ergebnis der c1-Hypothese und c2-Hypothese

Ergebnis der c1-Hypothese

Der Vergleich zwischen BIID-Betroffenen ($M= 30.96$, $SD= 12.57$) und Nicht-BIID-Betroffenen ($M= 26.14$, $SD= 8.55$) bezüglich der Körperdysmorphie, ergab Signifikanz ($t(86.30)= 2.24$, $p= 0.01$).

Betrachtet man die Geschlechter mittels t-tests im Einzelnen, ergaben sich folgende Ergebnisse:

BIID-Frauen ($M= 32.32$, $SD= 14.10$) und Nicht-BIID-Frauen ($M= 29.64$, $SD= 9.10$) unterscheiden sich nicht signifikant voneinander ($t(40.93)= 0.80$, $p= 0.21$)

BIID-Männer ($M= 29.60$, $SD= 10.96$) und Nicht-BIID-Männer ($M= 22.64$, $SD= 6.44$) unterscheiden sich signifikant voneinander ($t(38.82)= 2.74$, $p= 0.005$)

Ergebnis der c2-Hypothese

Beim Vergleich zwischen den BIID-Frauen ($M= 32.32$, $SD= 14.10$) und BIID-Männern ($M= 29.60$, $SD= 10.96$) bezüglich der Körperdysmorphie, ergab sich kein signifikanter Unterschied ($t(48)= 0.62$, $p= 0.22$).

Betrachtet man zusätzlich im Einzelnen die Geschlechter der Nicht-BIID-Betroffenen, so ergeben sich folgende Ergebnisse:

Nicht-BIID-Frauen ($M= 29.64$, $SD= 9.06$) und Nicht-BIID-Männer ($M= 22.64$, $SD= 6.44$) unterscheiden sich signifikant voneinander ($t(48)= 3.15$, $p= 0.001$).

Eine einfaktorielle Anova wurde auch bezüglich der Körperdysmorphie berechnet:

Der FKS prüfte die Körperdysmorphie der einzelnen Probanden, weshalb das Ergebnis des FKS (Körperdysmorphie) die abhängige Variable darstellt. Die unabhängige Variable ist die Variable *Gruppe*, welche 4 Faktoren hat: weibliche BIID'ler, männliche BIID'ler, weibliche Nicht-Betroffene und männliche Nicht-Betroffene. Die einfaktorielle Anova ergab, dass es einen Effekt der *Gruppe* gibt und die 4 Gruppen nicht gleich sind, da das Ergebnis signifikant ist ($F(3,96)= 3.87$, $p= 0.01$).

Die weiblichen BIID-Betroffenen ($M= 32.32$) unterscheiden sich nicht signifikant ($p= 0.42$) von den männlichen BIID-Betroffenen ($M= 29.60$). Die weiblichen BIID'ler unterscheiden sich nicht signifikant ($p= 0.42$) von den weiblichen Nicht-BIID-Betroffenen ($M= 29.64$). Die weiblichen BIID-Betroffenen unterscheiden sich signifikant ($p= 0.009$) von den männlichen Nicht-BIID-Betroffenen ($M= 22.64$).

Die männlichen BIID-Betroffenen unterscheiden sich nicht signifikant ($p= 0.5$) von den weiblichen Nicht-BIID-Betroffenen und ebenfalls nicht signifikant ($p= 0.07$) von den männlichen Nicht-BIID-Betroffenen. Die weiblichen Nicht-BIID-Betroffenen unterscheiden sich nicht signifikant ($p= 0.07$) von den männlichen BIID-Nicht-Betroffenen.

5.14 Diskussion der c1-Hypothese und c2-Hypothese

Die Hypothese, dass BIID'ler körperdysmorpher sind als eine parallelisierte Stichprobe von Nicht-BIID-Betroffenen, kann als nicht gegeben angesehen werden, wenn man die Anova betrachtet. Der t-Test spricht jedoch für die Hypothese. Die Hypothese, dass BIID-Frauen körperdysmorpher sind als BIID-Männer, kann auch als nicht bestätigt angesehen werden. Betrachtet man das Ergebnis der c-Hypothese, so lässt sich erkennen, dass sich kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen KDS und BIID ergibt. Es ist zwar ein Trend dahin beobachtbar ($p=0.06$), jedoch wurde der signifikante Zusammenhang verfehlt. Dies spiegelt sich in den hiesigen Ergebnissen wider. Der t-test zeigt zwar beim Vergleich von BIID-Betroffenen ($M= 30.96$) und Nicht-BIID-Betroffenen ($M= 26.14$), dass es einen signifikanten Unterschied gibt, die Anova lieferte jedoch andere Ergebnisse und erklärt möglicherweise wieso der t-test zu Signifikanz geführt hat. Wird die Anova betrachtet, so lässt sich erkennen, dass es lediglich einen signifikanten Zusammenhang zwischen den BIID-Frauen ($M= 32.32$) und den Nicht-BIID-Männern gibt ($M= 22.64$). Die beiden Mittelwerte liegen rein deskriptiv beschrieben sehr weit auseinander, weshalb eine Signifikanz zwischen den beiden Gruppen plausibel erscheint. Zudem liegen die BIID-Frauen mit $M= 32.32$, wie im nächsten Abschnitt erläutert wird, über dem Durchschnitt der körperdysmorphen Stichprobe des FKS, weshalb diese auch nahezu als körperdysmorph eingestuft werden können. Dies liegt darin begründet, dass das FKS-Resultat zwischen 0 und 64 liegt und der Mittelwert davon 32 ist. Aufgrund dessen kann man davon ausgehen, dass ab einem Wert über 32 eine Körperdysmorphie bestehen könnte und wahrscheinlich ist. Eine Körperdysmorphie kann bei den weiblichen BIID'lern jedoch vorerst nicht bestätigt werden. In weiteren Studien sollte dies näher untersucht und beleuchtet werden.

Vergleicht man die Mittelwerte der Körperdysmorphie-Stichprobe und Kontrollstichprobe des Fragebogens körperdysmorpher Symptome mit den Mittelwerten der hiesigen Stichprobe, der BIID-Stichprobe und Vergleichsstichprobe, so ergeben sich ersichtliche Unterschiede.

Tabelle 16 – FKS-Gesamtwert

	Körperdysmorphie Stichprobe	Kontrollstichprobe
M	24.22	4.73
SD	10.98	4.43

Anm.: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tabelle 17 – FKS-Skala 1

	Körperdysmorphie Stichprobe	Kontrollstichprobe
M Skala 1	21.42	4.49
SD Skala 1	8.78	4.13

Anm.: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tabelle 18 – FKS-Skala 2

	Körperdysmorphie Stichprobe	Kontrollstichprobe
M Skala 2	1.13	2.51
SD Skala 2	0.02	0.15

Anm.: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tabelle 19 – Vergleich beider Stichproben dieser Studie, FKS Gesamtwert

	BIID	Kontrollstichprobe
M	30.96	26.14
SD	12.57	8.55

Anm.: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tabelle 20 – Vergleich beider Stichproben dieser Studie, FKS Skala 1

	BIID	Kontrollstichprobe
M Skala 1	27.38	22.88
SD Skala 1	11.93	8.36

Anm.: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tabelle 21 – Vergleich beider Stichproben dieser Studie, FKS Skala 2

	BIID	Kontrollstichprobe
M Skala 2	3.66	3.44
SD Skala 2	1.36	0.73

Anm.: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Zu erkennen ist, dass sowohl die BIID-Stichprobe als auch die hiesige Kontrollstichprobe rein deskriptiv eindeutig körperdysmorpher ist als die beiden Stichproben der Autoren des FKS.

Laut Kasten (2009) ist das Zugehörigkeitsgefühl einiger Körperteile/Körperfunktionen bei BIID'ern nicht gegeben, weshalb diese abgelehnt werden und eine gewisse Tendenz zur Körperdysmorphie nachvollziehbar ist. Bei der Nicht-BIID-Gruppe werden die Körperteile und Körperfunktionen zwar als zugehörig erlebt, jedoch ist in unserer heutigen Gesellschaft laut Tiggerman und Slater (2004) ein gewisses Schönheitsideal vorhanden, weshalb es durchaus plausibel erscheint, dass jedes Individuum dazu in der Lage ist, körperdysmorphe Symptome zu entwickeln. Dies variiert jedoch zwischen den Individuen und kann bei dem einen ausgeprägter sein als bei dem anderen, weshalb Unterschiede bei der Kontrollstichprobe des FKS und der Hiesigen nachvollziehbar sind. Zudem können neben dem Schönheitsideal auch andere Gründe vorhanden sein, warum ein Mensch eine Körperdysmorphie entwickelt. Dies könnte z.B. durch einen Unfall begründet sein, welcher zur Entstellung führen kann. Bei BIID-Betroffenen geht es weniger um Schönheit als um die Herstellung der *wahren Identität* (First, 2005). Unabhängig vom Wunsch der Herstellung der wahren Identität bei BIID-Betroffenen und dem gesellschaftlichen Schönheitsideal bei Nicht-BIID-Betroffenen, kann sich eine Körperdysmorphie aus vielerlei Gründen ausbilden.

5.15 Ergebnisse der d1-Hypothese

Betrachtet man die 1. Skala des Fragebogens zur körperdysmorphen Symptomatik, die Skala der spezifischen KDS-Symptome, so ergab sich kein signifikanter Unterschied ($t(48) = 0.85, p = 0.27$) zwischen den BIID-Frauen ($M = 28.44, SD = 13.22$) und den BIID-Männern ($M = 26.32, SD = 10.65$).

5.16 Diskussion der d1-Hypothese

Die Hypothese, dass BIID-Frauen im Vergleich zu BIID-Männern höhere Werte bezüglich dieser Skala erzielen, wurde nicht bestätigt. Diese Skala bezog sich auf das Ausmaß der körperdysmorphen Symptome und dysfunktionale Verhaltensweisen

wie Rituale und Vermeidung, die mit der KDS in Zusammenhang stehen (Buhlmann et al., 2009). Philips und Kollegen (2006) fanden heraus, dass Frauen vermehrt exzessiv beschäftigt mit Körpermakeln und mirror checking sind. Jedoch handelt es sich hierbei nicht um den Vergleich zwischen Mann und Frau ohne BIID. Es geht um den Vergleich von BIID-Frauen und BIID-Männern, weshalb verständlich erscheint, dass sowohl weibliche als auch männliche BIID'ler, welche unzufrieden mit einem oder mehreren Körperteilen und/oder Körperfunktionen sind und dies zu ändern wünschen, gleichviel damit beschäftigt sind, Rituale und Vermeidungsverhalten in ihren Alltag zu integrieren.

5.17 Ergebnisse der d2-Hypothese

Werden die BIID-Frauen und BIID-Männer bezüglich der 2. Skala, der Skala der assoziierten Merkmale, miteinander verglichen, so ergab sich ein signifikanter Unterschied ($t(36.96) = 2.03, p = 0.02$) zwischen der weiblichen BIID-Gruppe ($M = 4.04, SD = 1.65$) und der männlichen BIID-Gruppe ($M = 3.28, SD = 0.90$).

5.18 Diskussion der d2-Hypothese

Die Hypothese, dass BIID-Frauen im Vergleich zu BIID-Männern höhere Werte in dieser Skala aufweisen, konnte bestätigt werden. Diese Skala ist die Skala *der assoziierten Merkmale und besteht aus 3 Items*. Sie bezieht sich auf die Durchführung ästhetischer Operationen und Suizidalität (Buhlmann et al., 2009). Laut Statista (2016) sind 86.6% der Patienten, die einen Schönheitschirurgen konsultieren, Frauen. Anzumerken ist, dass die hiesigen BIID-Frauen zwar geschlechtsneutraler in ihren Eigenschaften und Verhaltensweisen sind, jedoch nicht in das Extrem *männlich* fallen und durchaus weibliche Attribute aufweisen. Zudem sind sie stark unzufrieden mit ihrem Körper, weshalb eine Konsultation eines Schönheitschirurgen durchaus plausibel erscheint. Nicht selten mündet eine Körperdysmorphie in eine Depression, was dazu führt, dass sich Betroffene aus ihrem sozialen Umfeld zurückziehen und stark suizidgefährdet sein können. Es ist möglich, dass unbehandelte Personen aufgrund ihrer Körperdysmorphie und der Entwicklung einer Depression, versuchen sich das Leben zu nehmen (Ritter & Stangier, 2010). Zirka $\frac{3}{4}$ aller Suizide werden aufgrund einer Depression begangen (Geist & Jefferson, 1999). Frauen unternehmen laut Gill (2015) mehr Suizidversuche als Männer.

6 Limitationen

Eine Einschränkung dieser Studie ist, dass die Erhebung online stattfand. Auf den ersten Blick stellt dies keine besondere Schwierigkeit dar, da dies eine gängige Methode ist. Aufgrund des Fischer Fragebogens ist zwar feststellbar, ob es sich um BIID-Betroffene handelt, jedoch ist es möglich die Ergebnisse des Fischerfragebogens zu verfälschen um als potentieller BIID'ler angesehen zu werden. Des Weiteren sollte bei einer nachfolgenden Studie die Maskulinitäts-Feminitäts-Skala des MMPI-2 verwendet werden. Um einen ersten Überblick zu gewinnen, ob BIID-Betroffene nicht geschlechtstypisches Verhalten aufweisen und in ihrer Identität weniger festgelegt sind, reicht der MMPI der ersten Version aus, jedoch sind die Items veraltet, so dass man in Zukunft besser auf den MMPI-2 zurückgreifen sollte oder auf den BSRI (Bem Sex Role Inventory). Bezüglich des DFTI-Fragebogen ist anzumerken, dass der Autor die Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität nicht berechnet hat und somit keine Angaben gemacht wurden. Zudem gibt es keinen Auswertungsschlüssel für den Fragebogen. Aus dem Fragebogen wurden die typisch transsexuellen Items entnommen und quantitativ ausgewertet.

7 Fazit und Ausblick

Diese Studie zeigt, dass es zwischen weiblichen BIID-Betroffenen und männlichen BIID'lern hinsichtlich der Geschlechtsneutralität keinen signifikanten Unterschied gibt, was für die These spricht, dass beide Parteien geschlechtsneutral agieren. Bei genauerer Betrachtung stellt sich jedoch raus, dass die weiblichen BIID'ler sich hinsichtlich der Geschlechtsneutralität gegenüber den männlichen BIID'lern hervorheben. Die männlichen BIID'ler unterscheiden sich nicht signifikant von den männlichen Nicht-BIID-Betroffenen. Anzumerken ist, dass die männlichen Nicht-BIID-Betroffenen tendenziell ebenfalls geschlechtsneutralere Eigenschaften und Verhaltensweisen zeigen. Zwischen den BIID-Frauen und den Nicht-BIID-Frauen zeigen sich größere Unterschiede. Die Nicht-BIID-Frauen verhalten sich, im Gegensatz zu den BIID-Frauen, geschlechtskonform. Deskriptiv ist zu erkennen, dass sowohl die weiblichen BIID'ler (80%) als auch die männlichen BIID'ler (52%) hauptsächlich in den Normbereich fallen, welcher angibt, dass weder extrem weibliches noch extrem

männliches Verhalten gezeigt wird. Die männlichen Nicht-BIID-Betroffenen fallen ebenfalls überwiegend in den Normbereich (52%), während die weiblichen Nicht-BIID-Betroffenen überwiegend in den weiblichen Bereich fallen (56%). Hinsichtlich der Transidentität ist zu erwähnen, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Transidentität und BIID gibt. Die weibliche BIID-Gruppe zeigt nur gegenüber der männlichen Nicht-BIID-Gruppe einen signifikanten Unterschied, jedoch fällt die weibliche BIID-Gruppe nicht in den Bereich, welcher für eine Tendenz zur Transsexualität spricht. Die anderen Gruppen unterscheiden sich bezüglich der Transidentität nicht signifikant voneinander und weisen keine Transsexualität auf. Dennoch ist zu erwähnen, dass 2 weibliche BIID'ler als transsexuell eingestuft werden können und 2 männliche BIID'ler immerhin eine Tendenz dazu aufweisen. Der Zusammenhang zwischen KDS und BIID zeigt lediglich einen Trend, aber keine Signifikanz. Es wird lediglich Signifikanz zwischen den weiblichen BIID-Betroffenen und männlichen Nicht-BIID-Betroffenen erzielt, was schlüssig ist, da die weibliche BIID-Stichprobe fast als körperdysmorph gelten kann, da sie erhöhte Werte aufweist ($M= 32.32$). Ab einem Wert über 32 kann davon ausgegangen werden, dass eine Körperdysmorphie bestehen könnte. Somit ist die weibliche BIID-Gruppe nur knapp an der Körperdysmorphie vorbei. Wird der FKS bezüglich seiner Skalen näher betrachtet, so ergibt sich bezüglich der 1. Skala, die sich auf Rituale und Vermeidungsverhalten bezieht, keine Signifikanz zwischen weiblichen und männlichen BIID'lern. Die 2. Skala zeigt, dass BIID-Frauen sich signifikant von den männlichen BIID'lern unterscheiden. Diese Skala bezieht sich auf die Durchführung ästhetischer Operationen und Suizidalität. Frauen sind laut Statista (2016) zumeist Patienten (86.6%) bei einem Schönheitschirurgen aufgrund von Unzufriedenheit mit dem Körper und neigen auch im Gegensatz zu Männern laut Gill (2016) häufiger zu Suizidversuchen, weshalb das Ergebnis der 2. Skala zu erwarten war. Das Resümee ist, dass einige signifikante Ergebnisse erzielt werden konnten, was für diese Studie erfolgreich ist. Jedoch ist anzumerken, dass weitere Studien herangezogen werden müssen, um diese Ergebnisse zu untermauern oder um Anderweitiges herauszukristallisieren. Insbesondere in Bezug auf die Körperdysmorphie sollten weitere Nachforschungen unternommen werden, da hier eine starke Tendenz zu beobachten ist. Interessant wäre es ebenso, auch die Transidentität noch einmal aufzugreifen, da 2 weibliche BIID'ler als transsexuell eingestuft werden können und 2 männliche BIID'ler eine

Tendenz dazu zeigen. Es ergibt sich zwar nur ein schwach negativer Zusammenhang, aber in Zukunft sollte dennoch exploriert werden, ob dieses Ergebnis untermauert werden kann, der schwach negative Zusammenhang sogar noch größer wird oder dieses Ergebnis völlig verworfen wird.

Es ist wichtig, dass auch in Zukunft weiterhin an der Body Integrity Identity Disorder geforscht wird, da zu wenig Literatur über die Thematik besteht und die Forschungslücke groß ist.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (4.ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Becker, S. (2004). Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung. In G. Kockott, E.M., Fahrner (Hrsg.) *Sexualstörungen* (S.153-201). Stuttgart: Thieme-Verlag.
- Biran, I. & Chatterjee A. (2004). Alien hand syndrome. *Archives of Neurology*, 61(2), 292-4.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Buhlmann, U., Wilhelm, S., Glaesmer, H., Brähler. & Rief, W. (2009). *Fragebogen körperdysmorpher Symptome (FKS): Ein Screening- Instrument*. Verfügbar unter: <https://www.karger.com/Article/Pdf/246278>
- Bücker, C. (2015). *Mentale Bilder bei der körperdysmorphen Störung (KDS) und der Körperintegritäts-Identitätstörung (BIID). Unterschiede in körperbezogenen Repräsentationen: Eine Pilotstudie*. Veröffentlichte Masterarbeit, Technische Universität Braunschweig.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.
- Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität (2001 – 2014). *Wie viele Transsexuelle gibt es in Deutschland?* Verfügbar unter: <http://www.transident.de/informationen/174-wie-viele-transsexuelle-gibt-es-in-deutschland>
- Ermann, M. (2007). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage* (5.Aufl.). Stuttgart: W.Kohlhammer.
- Faust, V. (o.J.). *Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln*. Verfügbar unter: <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Koerper-Integritaets-Identitaets-Stoerung.pdf>
- First, M. (2005). Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder. *Psychological Medicine*, 35, 919-928.

- Fischer, M.L., Schnell, T. & Kasten, E. (2015). Body Integrity Identity Disorder: Development and Evaluation of an Inventory for the Assessment of the Severity. *American Journal of Applied Psychology*, 4 (3), 76-82.
- Garrels, L., Kockott, G., Michael, N. et al.(2000). Sex ratio of transsexuals in Germany: the development over three decades. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 445-8.
- Gerstmann J. (1942). Problem of imperception of disease and of impaired body territories with organic lesions - relation to body scheme and its disorders. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 48(6), 890-913.
- Gehring, A. & Blaser, A. (1972). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Deutsche Kurzform für Handauswertung. Handbuch*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Geist, J.H., Jefferson, J.W. (1999). Depression. Was man darüber wissen sollte und was man dagegen tun kann. München: C.H. Beck.
- Gill, P. (2015). Suizid. Wie weiter? Trauern und Abschiednehmen bei Suizid und plötzlichen Todesfällen. Basel: Schwabe AG, Verlag Johannes Petri.
- Groß, D., Müller, S. & Steinmetzer, J. (Hrsg.). (2008). *Normal-anders-krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hackmann, A., Bennet-Levy, J. & Holmes, E.A. (2012). *Imaginationstechniken in der kognitiven Therapie*. Weinheim: Beltz.
- Holmes, E.A. & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 349-362.
- Kasten, E. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 77, 16-24.
- Kasten, E. & Spithaler, F. (2009). Body Integrity Identity Disorder: Personality profiles and investigation of motives. In A. Stirn, A. Thiel & S. Oddo (Hrsg.), *Body Integrity Identity Disorder* (S.20-40). Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Kessler, H. (2015). *Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie* (3.Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Kockott, G. & Berner, W. (2006). Geschlechtsidentitätsstörungen. In H.J. Möller (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen* (S.1012) (3. Aufl.). Stuttgart - New York: Georg Thieme Verlag
- Kröger, K., Schnell, T. & Kasten, E. (2014). Effects of psychotherapy on patients suffering from Body Integrity Identity Disorder. *American Journal of Applied Psychology*, 3 (5), 110-115.
- Leontjew, A.N. & Zaporozhek, A.V. (1960). *Rehabilitation and hand function*. London: Pergamon.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Kapfhammer, H.-P. (2011). *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (4.Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Ostgathe, A., Kasten, E. & Schnell, T. (2014). *Body integrity identity disorder and Gender Dysphoria: A pilot study to investigate similarities and differences*. Verfügbar unter: <http://article.sciencepublishinggroup.com/pdf/10.11648.j.ajap.20140306.14.pdf>
- Paulig, M., Weber, M. & Garbelotto, S. (2000). Somatoparaphrenie. Eine "Plusvariante" der Anosognosie für Hemiplegie. *Der Nervenarzt*, 71 (2), 123-129.
- Patterson, W. M., Bienvenu, O. J., Chodynicky, M.P., Janninger, C. K. & Schwartz, R. A. (2001). Body Dysmorphic Disorder. *International Journal of Dermatology*, 40, 688- 690.
- Phillips, K.A. & Diaz, S.F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 570–577.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2014). *Quantitative Methoden 1. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (4.Aufl.). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Rauchfleisch, U. (2014). *Anne wird Tom – Klaus wird Lara* (2. Aufl.). Ostfildern: Patmos Verlag.

- Rauchfleisch, U. (2016). *Transsexualität-Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie* (5. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ramachandran, V.S. & McGeoch, P. (2007). Can vestibular caloric stimulation be used to treat apotemnophilia? *Medical Hypotheses*, 69, 250–252.
- Ramachandran, V.S., Brang, D., McGeoch, P.D. & Rosar, W. (2009). Sexual and food preference in apotemnophilia and anorexia: interactions between 'beliefs' and 'needs' regulated by two-way connections between body image and limbic structures. *Perception*, 38 (5), 775-777.
- Ritter, V. & Stangier, U. (2010). *Wenn das Spiegelbild zur Qual wird*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A. & Brähler, E. (2006). The prevalence of Body Dysmorphic disorder: A population- based survey. *Psychological Medicine*, 36 (6), 877-85.
- Sigusch, V. (1995). *Geschlechtswechsel*. Hamburg: Rotbuch-Verlag.
- Smith, R. & Fisher, K. (2003). Letter to the editor. Healthy limb amputation: Ethical and legal aspects. *Clinical medicine*, 3, 188.
- Stirn, A., Thiel, A. & Oddo, S. (2010). *Body Integrity Identity Disorder (BIID). Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze*. Weinheim-Basel: Beltz-Verlag.
- Stangier, U. (2007). *Prävalenz von körperdysmorphen Symptomen in der Allgemeinbevölkerung*. Abschlussbericht unveröffentlicht, Deutsche Forschungsgemeinschaft.
- Statista (2016). *Statistiken zu Schönheitsoperationen*. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/themen/1058/schoenheitsoperationen/>
- Söder, M. (1998). *Die Strukturen der Herkunftsfamilien weiblicher Transsexueller*. Diplomarbeit, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf.
- Thiel, A., Oddo, S., Skoruppa, S., Thiel, J., Ehni, F., Bennett, D., & Stirn, A. (2009). A. Psychotherapy- and psychometric research with BIID-sufferers. In A. Stirn, A.
- Thiel, & S. Oddo (Hrsg.), *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects* (S.58-69). Lengerich: Pabst.

Tiggerman, M., Slater, A. (2004). Thin ideals in music television: a source of social comparison and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 48 – 58.

Wilson, J.B. & Arpey, C.J. (2004). Body Dysmorphic Disorder: Suggestions for Detection and treatment in a Surgical Dermatological Practice. *Dermatologic Surgery* 30, 1391- 1399.

Anhang A: Einverständniserklärung Fischer Fragebogen

Für die Verwendung des Fischer-Fragebogens war keine Einverständniserklärung der Autoren notwendig, da Herr Prof. Dr. Erich Kasten an der Konstruktion des Fragebogens selbst beteiligt war.

Anhang B: Einverständniserklärung für den Fragebogen körperdysmorpher Symptome

Sie haben am 14.03.2017 00:43 geantwortet.

liebe Frau Scupin,
ja, das können Sie gerne machen.
Fanny, kannst du bitte die aktuelle Version emailen? Danke!
Freundliche Grüße und alles Gute für Ihre Studie,
Ulrike Buhlmann

Am 13.03.2017 um 16:31 schrieb Charleen Scupin:

> [Name=Charleen Scupin]
> [Addr=Charleen-scupin@hotmail.de]
>
> Sehr geehrte Frau Buhlmann,
>
>
> mein Name ist Charleen Scupin und ich studiere im 10. Semester
> Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Medical School
> Hamburg.
>
> Ich schreibe im folgenden Semester meine Masterarbeit zu dem
> Thema Body Integrity Identity Disorder. Ich untersuche den
> Zusammenhang zur Transidentität und zusätzlich das
> Vorhandensein körperdysmorpher Symptome. Daher möchte ich Sie
> gerne fragen, ob ich Ihren Fragebogen zur körperdysmorphen
> Symptomatik verwenden darf.
>
> Ich würde mich sehr über eine Rückmeldung freuen und
> verbleibe mit freundlichen Grüßen
>
> Charleen Scupin

Anhang C: Einverständniserklärung für die Verwendung des Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität

Sie haben am 14.03.2017 01:38 geantwortet.

Sehr geehrte Frau Scupin,

gerne können Sie den Fragebogen oder Auszüge daraus verwenden.

Viel Erfolg und alles Gute!

Mit freundlichen Grüßen

Manfred Söder
Dipl.-Psych.

DYADE - Praxis für Paare
Psychologische Praxisgemeinschaft

Benrodestr. 125 (EG rechts)
D-40597 Düsseldorf – Benrath

Fon: 0211 / 484 67 81
Fax: 0211 / 484 67 82

Mail: soeder@praxis-fuer-paare.de
Web: www.praxis-fuer-paare.de

From: Charleen Scupin
Sent: Monday, March 13, 2017 4:22 PM
To: soeder@praxis-fuer-paare.de
Subject: Anfrage

Sehr geehrter Herr Söder,

mein Name ist Charleen Scupin und ich studiere im 10. Semester Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Medical School in Hamburg. Meine Masterarbeit handelt um das Thema Body Integrity Identity Disorder. Es geht um den Zusammenhang zur Transidentität (und um das Vorhandensein körperdysmorpher Symptome). Zudem möchte ich untersuchen, ob es mehr "Biid'ler" gibt, die männlich sind und weiblich werden wollen und umgekehrt. Ich bin dabei auf den Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität gestoßen und wollte Sie fragen, ob ich diesen für meine Masterarbeit verwenden dürfte.

Ich würde mich sehr freuen und verbleibe mit freundlichen Grüßen
Charleen Scupin

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: Scupin, Charleen

Matrikelnummer: 152408003

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle sinn- gemäß und wörtlich übernommenen Textstellen aus der Literatur bzw. dem Internet habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum: Hamburg, den 14.08.2017

Unterschrift: _____