



MSH Medical School Hamburg
University of Applied Sciences and Medical University
Fakultät Humanwissenschaften
Am Kaiserkai 1 – 20457 Hamburg

Bachelorarbeit

im Studiengang Psychologie (Bachelor of Science)

**Body Integrity Identity Disorder unter dem Gesichtspunkt
von Identität – ein Vergleich mit relevanten Gemeinsamkeiten
und Unterschieden zur Geschlechtsinkongruenz**

Vorgelegt von:

Antonia Ostgathe
Matrikelnummer: 100201026
AOstgathe@web.de

Datum: 13.08.2013

Erstgutachter: Herr Prof. Dr. Erich Kasten
Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. Dr. Thomas Schnell

Abstract

Body Integrity Identity Disorder (BIID) kennzeichnet ein sehr seltenes Phänomen, bei welchem die betroffenen Personen den überdauernden Wunsch nach einer körperlichen Beeinträchtigung (beispielsweise einer Amputation oder Lähmung) verspüren. Ihr mentales Körperbild impliziert bei Vorliegen eines gesunden, intakten Körpers eine körperliche Beeinträchtigung.

First (2005) schlug BIID als mit Identitätsempfinden in Zusammenhang stehend vor, da betroffene Personen ihr Erleben (analog zur Geschlechtsidentität) als ihrer Identität zugehörig beschreiben.

In dieser Arbeit werden Kernaspekte des Empfindens der Phänomene BIID und Geschlechtsinkongruenz näher beleuchtet. Sie wurden im Rahmen einer Fragebogenerhebung mit geschlechtsinkongruent empfindenden Personen (N=19) und BIID-Betroffenen (N=24) erfasst. Die Untersuchung orientierte sich aufgrund postulierter Gemeinsamkeiten und Unterschiede an relevanten Entwicklungsaspekten und Erlebensweisen, die für die Stichproben beider Gruppen im Fragebogen angepasst wurden.

Alter und Ausbildungsstand der Probanden beider Gruppen stimmten vorwiegend überein. In der Auswertung zeigten sich in verschiedenen zentralen Punkten Übereinstimmungen zwischen den Angehörigen beider Phänomene. Dies betraf beispielsweise Empfindungen oder Vorstellungen des eigenen Körpers, Angaben zum Erstmanifestationsalter und zur Nachahmung der erwünschten Identität. Probanden beider Stichproben gaben an Material zu Angleichung zu erwerben und neben Schuld- und Schamgefühlen während ihrer Entwicklung auch das Sammeln als beschämend empfunden zu haben. Die Daten verdeutlichen außerdem eine Faszination für Personen mit dem erwünschten Aussehen und nicht zuletzt hohen Leidensdruck und Einschränkungen der Lebensqualität.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Theoretischer Hintergrund und Begriffsbestimmung	6
2.1 Begriffsbestimmung	6
2.2 Geschlechtsinkongruenz als Diagnose	7
2.2.1 Terminologie	8
2.2.2 Epidemiologie	9
2.2.3 Ätiologie und gegenwärtiger Forschungsstand	9
2.3 Das Phänomen der Body Integrity Identity Disorder (BIID)	11
2.3.1 Terminologie	13
2.3.2 Epidemiologie	14
2.3.3 Ätiologie und gegenwärtiger Forschungsstand	14
2.4 Der Zusammenhang zwischen Body Integrity Identity Disorder und Geschlechtsinkongruenz	16
2.5 Fragestellung	17
2.5.1 Hypothesen	17
3. Methodik	23
3.1 Studiendesign	23
3.2 Stichprobe	23
3.3 Messinstrumente und Durchführung	25
3.4 Auswertung und Ergebnisse	28
4. Diskussion	51
5. Literaturverzeichnis	76
6. Tabellenverzeichnis	79
7. Anhang	81

1. Einleitung

Body Integrity Identity Disorder (BIID) kennzeichnet ein sehr seltenes Phänomen bei welchem die betroffenen Personen den anhaltenden Wunsch nach einer körperlichen Beeinträchtigung verspüren, meist in Form einer erwünschten Amputation eines Körperteiles oder einer Paraplegie. Die Betroffenen leiden häufig massiv unter ihrem Bedürfnis und sie ahmen den erwünschten körperlichen Zustand bei ansonsten intaktem Körper nach.

Wie viele Personen in Deutschland und weltweit von dem Phänomen der Body Integrity Identity Disorder (BIID, als Begriff eingeführt von Michael First; First, 2005; First & Fisher 2012) betroffen sind, ist weitgehend unbekannt. Die Dunkelziffer dürfte erheblich über bekannten Zahlen liegen (Stirn et al., 2010; Kasten, 2012), da die Betroffenen mit wenig gesellschaftlicher Akzeptanz zu rechnen haben. Der Wunsch nach Verstümmelung des eigenen intakten Körpers verletzt massiv die gängigen ästhetischen und ethischen Vorstellungen, zumindest des westlichen Kulturraumes.

Das schlägt sich auch in der Rechtslage nieder. Ärzte sind verpflichtet, körperliche Gesundheit und Unversehrtheit zu erhalten, beziehungsweise herzustellen und dies bedeutet bezüglich BIID ein medizinisch-ethisches Debakel (Dua, 2010). Eine Amputation, auch auf den Wunsch des Betroffenen hin, ist eine Körperverschädigung und strafrechtlich relevant. Darüber hinaus ist das Phänomen BIID wegen des gegenwärtig noch unzureichenden Forschungsstandes auch hinsichtlich diagnostischer Kriterien und deren Klassifikation bislang nicht in die Diagnosesysteme ICD (International Classification of Diseases) oder DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) aufgenommen worden, so dass überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit für die Betroffenen besteht. Sie können damit weder auf Verständnis, noch auf ärztliche Hilfe hoffen.

Letzter Ausweg für die Betroffenen sind oft Selbstverstümmelungen und schwerwiegende Eigenverletzungen, die indizierte Amputationen provozieren oder selbst herbeiführen sollen. Sie zeigen unter welchem starkem Leidensdruck die Betroffenen stehen. Nicht zuletzt nehmen betroffene Per-

sonen dabei lebensbedrohliche Umstände in Kauf (Stirn et al., 2010; First, 2005).

Um die Situation der Betroffenen zu verbessern, offizielle Behandlung und Therapie überhaupt zu ermöglichen ist es unverzichtbar, über weiterführende Forschungen bezüglich des Phänomens der BIID eine Aufnahme in die Diagnosesysteme ICD und DSM zu erwirken. Die folgende Arbeit soll in diesem Zusammenhang einen Beitrag zur Differentialdiagnostik zwischen BIID und Geschlechtsinkongruenz leisten.

2. Theoretischer Hintergrund und Begriffsbestimmung

2.1 Begriffsbestimmung

Grundlage und Ausgangspunkt der Arbeit ist der Vorschlag Firsts, das Phänomen BIID und seine Ätiologie im Zusammenhang mit Identitätsempfinden zu beschreiben, da betroffene Personen ihr Erleben (analog zur Geschlechtsidentität) als ihrer Identität zugehörig beschreiben (First, 2005). First (2005) hebt dabei zum einen den Aspekt der Störung der Körperidentität hervor, zum anderen den der Störung der körperlichen Integrität. Beides bezieht er auf eine Störung der Entwicklung einer Wahrnehmung betroffener Personen darüber, wer sie auf körperlicher Ebene sind. Kurz gefasst kennzeichnet dieses Phänomen, welches die Zuweisung einer Integritäts-Identitätsstörung impliziert, dass Betroffene in einem verletzten Körper ihre empfundene Identität sehen, die sie durch eine Amputation zu erreichen wünschen.

Die wesentlichste weitere Identitätsstörung ist die Transidentität, die daher hier näher beleuchtet werden soll. In Anlehnung an den gegenwärtigen Vorschlag des ICD-11 wird hier vorrangig der Begriff der „Geschlechtsinkongruenz“ verwendet, welcher die Bezeichnung des „Transsexualismus“ im ICD-10 ersetzen soll (World Health Organization [WHO], 2013, apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid.who.int%2f%2fentity%2f90875286, zugegriffen am 03.06.2013, s. Anhang 1; Drescher, 2013).

Geschlechtsinkongruenz umfasst das Empfinden, sich nicht dem biologischen Geschlecht, sondern dem des Gegengeschlechtes angehörig zu fühlen (Beier et al., 2005; Vetter, 2007).

Im DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013, www.dsm5.org/Documents/Gender%20Dysphoria%20Fact%20Sheet.pdf, zugegriffen am 08.08.2013) wurde die Diagnose „Gender Identity Disorder“ (DSM-IV) durch „Gender Dysphoria“ ersetzt.

Die gegenwärtig aktuellen Standpunkte gegenüber den Veränderungen im ICD und DSM sollen als relevant für das Verfassen dieser Arbeit gelten,

wie auch derzeit bestehende Aspekte hinsichtlich diagnostischer Kriterien und Begrifflichkeiten.

Die *Zielsetzung dieser Arbeit* soll sein, verschiedene Aspekte, die als der Identität zugehörig verstanden werden, im Kontext von BIID näher zu beleuchten.

Da es sich bei geschlechtsinkongruentem Empfinden diagnostisch um die wichtigste Erfassung von Identitätsaspekten handelt (First & Fisher, 2012), soll in dieser Arbeit ein Vergleich relevanter Gemeinsamkeiten und Unterschieden zu BIID erfolgen.

Die Annahme, dass BIID phänomenologisch tatsächlich einer Identitätsproblematik zuzuordnen ist, soll erhärtet oder gegebenenfalls widerlegt werden.

Zu diesem Zwecke werden in der Arbeit die vorab in der Theorie aufgestellten Hypothesen zur Abgrenzung untersucht.

Die Grundlage der Studie bildet der gegenwärtige wissenschaftliche und theoretische Forschungsstand beider Phänomene.

2.2 Geschlechtsinkongruenz als Diagnose

Im *ICD-10* wird *Transsexualismus* eingruppiert unter F60-F69 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ genauer unter F64 „Störungen der Geschlechtsidentität“ und F64.0 Transsexualismus. Man versteht darunter den Wunsch in der Identität des Gegengeschlechtes zu leben und als dessen Angehöriger anerkannt zu werden. Häufig geht dies einher mit einem starken Widerwillen im eigenen biologischen Körper zu leben und dem Gefühl diesem Geschlecht nicht zugehörig zu sein (Dilling & Freyberger, 2011).

Um zugehörige biologische Merkmale des Identitätsgeschlechtes zu erhalten (Beier et al., 2005), entsteht der Wunsch nach chirurgischen und hormonellen Behandlungen. Der eigene Körper soll so eine hohe Übereinstimmung mit dem identifizierten Geschlecht erreichen (WHO, 2013, s. Anhang 1).

In den diagnostischen Kriterien wird festgelegt, dass die „transsexuelle Identität“ überdauernd, über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren besteht. Sie ist nicht durch eine andere psychische Erkrankung zu begrün-

den oder mit einer Chromosomenaberration einhergehend (Dilling & Freyberger, 2011).

Im *ICD-11* wird von „gender incongruence in adolescence and adulthood“ gesprochen. Geschlechtsinkongruentes Empfinden in der Kindheit wird nach aktueller Kenntnis „gender incongruence of childhood“ genannt (Drescher, 2013).

Im aktuellen *DSM-V* kann die Diagnosestellung nach mindestens sechsmonatigem Fortbestehen der Symptomatik erfolgen (APA, 2013; Moran, 2013). Entscheidend ist das Vorliegen klinisch bedeutsamen Leidens unter „Gender Dysphoria“ (APA, 2013).

Den Revisionen der Klassifikationssysteme zufolge soll es weiterhin zu einer Klassifikation und keiner Entpathologisierung kommen (Drescher, 2013; APA, 2013), da der Zugang zu medizinischen Maßnahmen (Hormontherapie, chirurgisch), Psychotherapie und Beratung unter Gewährleistung der Krankenkassenleistungen nur nach indizierter Diagnosestellung erfolgen kann (APA, 2013; Drescher, 2013).

Bezüglich der *Erstmanifestation der Symptomatik* kann von einer Entstehung sowohl in Kindheit, Adoleszenz als auch im Erwachsenenalter ausgegangen werden (Nieder & Richter-Appelt, in: Stirn et al., 2010).

2.2.1 Terminologie

Rauchfleisch (2012, 2006, S. 23) beschreibt den Begriff „*Transidentität*“ als stellvertretend für „*Transsexualismus*“. So wird der Zusammenhang mit der Identität abgebildet und nicht primär Sexualität und deren Ausrichtung. Der Begriff „*Gender Dysphoria*“ (*DSM-V*) soll dazu beitragen Stigmata durch Verwendung des Begriffes „Störung“ zu reduzieren. Dysphorie scheint zudem im Sinne der klinischen Sexualwissenschaft eine adäquate Bezeichnung (APA, 2013). Ähnlich verhält es sich mit der begrifflichen Neuerung die im *ICD-11* (Drescher, 2013) aufgenommen werden soll.

Die Bezeichnung „*Transgender*“ impliziert ebenso wie Transidentität die Relevanz der Identität (Becker, 2012). Man versteht hierunter einen umfassenden Begriff für Personen, die sich mit ihrem biologischen und/oder sozialen Geschlecht nicht adäquat beschrieben fühlen (Rauchfleisch,

2012, 2006) oder das Geschlecht ohne das Ziel operativer Maßnahmen wechseln (Becker, 2012).

Man kann von Transmännern (biologische Frauen) und Transfrauen sprechen (biologische Männer; Becker, 2012) oder von Mann-zu-Frau (MFT) oder Frau-zu-Mann Transsexuellen (FMT) (Beier et al., 2005; Becker, 2012) und von biologischen Männern und Frauen mit transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung.

Zusätzlich nennt man eine sexuelle Orientierung auf Männer „androphil“ und eine sexuelle Orientierung auf Frauen „gynäphil“ (Beier et al., 2005; Vetter, 2007).

2.2.2 Epidemiologie

Osburg und Weitze (1993) geben in einer 10-Jahres-Prävalenz (1981-1991) eine Rate von etwa 2,1 auf 100.000 Erwachsene an (in: Beier et al., 2005; Vetter, 2007).

Für die USA werden Schätzungen von 1:30.000 (Männer) und 1:100.000 (Frauen) genannt (Möller et al., 2009).

Bei den erhobenen Daten ist zu beachten, dass sich Unterschiede aufgrund des untersuchten Landes, spezifischen Erhebungskriterien und der festgelegten Eingrenzung des Phänomens ergeben können (Beier et al., 2005; Vetter, 2007).

2.2.3 Ätiologie und gegenwärtiger Forschungsstand

Die Ätiologie der Geschlechtsinkongruenz ist derzeit nicht abschließend geklärt (Vetter, 2007; Beier et al., 2005; Zubiaurre-Elorza et al., 2012; Rametti et al., 2011; Becker, 2012), es existieren verschiedene Erklärungsansätze.

Vermutlich kann von einem multifaktoriellen Ätiologiemodell ausgegangen werden (Möller et al., 2009; Nieder et al., 2011; Vetter, 2007).

In einer Studie von Bosinski (1996) bestätigten sich die Annahmen zum Einfluss der Sozialisation, insbesondere bezüglich des elterlichen Verhaltens (in: Beier et al., 2005; Vetter, 2007).

In *psychologisch-psychodynamischen Theorien* werden vielfältige ätiologische Annahmen geäußert. Zu nennen ist hier beispielsweise die Vermu-

tung einer Störung in der Beziehung zwischen Kind und Mutter die „zu einer pathologischen Entwicklung des Selbst und der Objektbeziehungen“, sowie zu Abwehrmechanismen (beispielsweise Projektion oder Idealisierung) führt (Vetter, 2007, S.274). Person und Ovesey (1974, 1993) sprachen von unbewältigten Trennungsängsten in der kindlichen Separations- bzw. Individuationsphase, die in einer Symbiose mit der Mutter das Angstgefühl abwehrten (in: Beier et al., 2005; Vetter, 2007)

Benjamin (1966) spricht von ursächlichen „Fehlprägungsvorgängen“, die durch ein Lernen am falschen Modell zu inadäquatem Erlernen der biologischen Geschlechtsrolle führe (in: Beier et al., 2005, S. 394). Er spricht damit ein verhaltenstherapeutisches Modell, ein Lernen am falschen Modell an.

Biologisch fundierte bzw. medizinische Forschungsansätze fokussieren sich vornehmlich auf genetische, neuroendokrinologische/-strukturelle und funktionelle Befunde, die im Zusammenhang mit der Ätiologie einer Geschlechtsinkongruenz stehen können (Nieder et al., 2011). Nach Nieder, Jordan und Richter-Appelt (2011) verstärken Verhaltensweisen, die nicht dem biologischen Geschlecht entsprechen, durch eine Verbindung neurobiologischer, psychologischer und sozialer Wirkungen perspektivisch die Entwicklung einer Geschlechtsinkongruenz.

In Studien mit „Südlichen Grünmeerkatzen“ erhielt man Belege dazu, dass geschlechtstypische Präferenzen für Spielzeuge unabhängig von sozialen und kognitiven Prozessen, die in die Geschlechtsentwicklung involviert sind, auftreten können (Hines, 2011).

Genassoziationsstudien lieferten Belege für den Einfluss des Androgenrezeptors (Hare et al., 2009) bei der Entwicklung einer Geschlechtsinkongruenz und hirnanatomische Befunde kortikaler Regionen konnten eine Maskulinisierung und Feminisierung kortikaler Strukturen (Zubiaurre-Elorza et al., 2012) belegen.

Befunde zur Untersuchung der grauen Substanz bei Mann-zu-Frau (Luders et al., 2009) und zur weißen Substanz bei Frau-zu-Mann Transidenten (Rametti et al., 2011) lieferten Hinweise auf eine Maskulinisierung der weißen Substanz (Rametti et al., 2011), sowie einer Feminisierung des Putamen bereits vor Beginn der Hormontherapie (Luders et al., 2009).

Schließlich zeigte sich ein geschlechtsatypisches Volumen und neuronale Anzahl bei Mann-zu-Frau Transidenten im weiblichen Bereich und Werte bei Frau-zu-Mann Transidenten im männlichen Bereich (Garcia-Falgueras & Swaab, 2008).

Durch die heterogene Befundlage bezüglich des Zusammenhangs von Genen und Sexualhormonen, sowie der eingeschränkten Kenntnis über spezifische Wirkungen der Gene (Nieder et al., 2011) und dem Einfluss weiterer Faktoren (zum Beispiel psychosozialer oder umweltbedingter Einflüsse oder möglicherweise prä- und postnataler Hormone, Luders et al., 2009), sind diese Studien kritisch zu betrachten. Studien an Tieren sind zudem nicht automatisch auf Menschen generalisierbar (Hines, 2011).

Durch das zunehmende empirische Wissen über biologische Korrelate wird mitunter die Erforderlichkeit einer Entpathologisierung betont, die geschlechtsinkongruentes Empfinden als mögliche Normvariante betrachtet (Rauchfleisch, 2012, 2006; Haupt, 2011, http://www.trans-evidence.com/Neuro_Transphobie.pdf, zugegriffen am 11.08.2013; Becker, 2012).

2.3 Das Phänomen der Body Integrity Identity Disorder (BIID)

Unter BIID (First, 2005) versteht man ein Phänomen, bei dem betroffene Personen das überdauernde, oft mit Dysphorie verbundene Gefühl haben, dass ein oder mehrere Körperteile/er nicht zu ihnen gehören (Kasten, 2009; First & Fisher, 2012) oder nicht Teil ihrer Identität darstellen (First, 2005; Stirn et al., 2010). Betroffene können angeben, sich wie im „falschen Körper“ zu fühlen (First, 2005).

Gemeinhin resultiert der Wunsch nach einer Amputation des oder der betroffenen Körperteile/er, wobei ihnen gegenüber keine ablehnende Haltung besteht (Kasten, 2009).

Mehrheitlich zeigt sich der Amputationswunsch der Extremitäten unilateral, in den meisten Fällen nach links lateralisiert (First, 2005; Hilti et al., 2013; Blanke et al., 2008). Er ist oft auf eine spezifische Extremität festgelegt.

Es kann sein, dass der Wunsch von der einen auf die andere Extremität wechselt, in den meisten Fällen jedoch lediglich von der Extremität der

einen auf die der anderen Körperseite. Diese Wahl kann dann zum Teil auch realistisch bedacht und begründet werden (z.B. Wahl des linken Beines um mit dem rechten noch Auto fahren zu können, Kasten, 2009; First, 2005).

First (2005) zeigte in seiner Studie, dass sich die Körperseite, auf die sich der Amputationswunsch bezieht, über die Jahre hin stabilisieren kann.

Darüber hinaus kann der Wunsch danach bestehen, taub, blind oder querschnittsgelähmt zu sein (Stirn et al., 2010). Allerdings ist umstritten, ob dies noch unter BIID subsummiert werden kann (E. Kasten, persönl. Mitteilung, 26.07.2013).

Dem Wunsch zu Grunde liegen können auch sexuelle Komponenten (First, 2005; Kasten, 2009; Stirn et al., 2010). First (2005) und Blanke et al. (2008) belegten in Studien, dass das erotische Interesse jedoch oft nicht primär Grund für den Amputationswunsch ist, vielmehr eine sekundäre Motivation (First, 2005). Primär begründet sich der Wunsch in einer Annäherung an die empfundene Identität als körperlich beeinträchtigte Person (First, 2005). Kasten (2009) benennt zudem, dass die Herausforderung das Leben mit einer Beeinträchtigung zu meistern, motivierend wirke.

Erklärungen, die auf eine frühere Erkrankung des zu beeinträchtigenden Körperteils abzielen, aus denen sich explizit der Amputationswunsch oder ähnliches manifestierte, scheinen nicht alleine heranziehbar und nicht grundlegend verantwortlich. Sie könnten lediglich eine Bedeutung für die Wahl des Körperteiles haben (Kasten, 2009).

Viele BIID-Betroffene setzen sich tagtäglich mit ihrem Amputationswunsch auseinander. Daraus resultiert, dass sie die erwünschte Kondition des Körpers häufig nachahmen („Pretending“, s. Terminologie).

Neben dem Versuch Amputationen selbst herbeizuführen oder zu provozieren (Stirn et al., 2010), kann der nicht zu erfüllende Wunsch bei den betroffenen Personen zu depressiven Symptomen führen (Hilti et al., 2013). Einstellungen auf Antidepressiva zeigten dabei bislang nur positive Effekte auf das depressive Zustandsbild, während der Amputationswunsch nicht gemildert werden konnte (Blanke et al., 2008; Blom et al., 2012; Kasten, 2009).

Zudem berichten BIID-Betroffene von zahlreichen Defiziten im sozialen und beruflichen Leben die durch andauernde gedankliche Auseinandersetzungen mit Thematiken um BIID (z.B. Pretending) entstehen (First, 2005).

Die *Erstmanifestation der Symptomatik* lässt sich bei vielen BIID-Betroffenen auf das präpubertäre Alter, vor dem 12. Lebensjahr datieren. Berichtet wird von Begegnungen mit amputierten Personen, die zu einer Art Begeisterung und positiven Emotionen gegenüber der Behinderung geführt haben (Stirn et al., 2010; Kasten, 2009) und zu einer Anerkennung dessen, was beeinträchtigte Personen trotz ihrer körperlichen Einschränkung zu leisten imstande sind (First, 2005). Lediglich eine signifikant geringe Personenanzahl äußert bereits vor einer Begegnung den Wunsch gehabt und Pretending durchgeführt zu haben (First & Fisher, 2012).

First (2005) berichtete aus seiner Studie, dass 65% der Probanden eine Entstehung des Wunsches auf ein Alter von acht Jahren und jünger festlegten. Der Großteil der Probanden (98%) erlebte eine Entwicklung bis zu einem Alter von 16 Jahren.

2.3.1 Terminologie

1977 prägten Money et al. den Begriff „*Apotemnophilia*“. Hiermit kennzeichneten sie Personen, die durch den Gedanken amputiert zu sein, sexuelle Erregung erfahren. Dieses Empfinden wurde zunächst den Paraphilien zugeordnet.

Der Begriff „*Acrotomophilia*“ beschreibt einen Zustand, der komorbid mit Apotemnophilia auftreten kann: die sexuelle Anziehung die eine Person gegenüber einer amputierten Person erlebt. (Money & Sirncoe, 1986; First & Fisher, 2012).

Furth & Smith (2000) postulierten den Begriff „*Amputee Identity Disorder*“ und kennzeichneten damit eher eine Störung der Identität als eine Paraphilie (in: First & Fisher, 2012; Smith in: Stirn et al., 2009).

Im Jahr 2005 benannte First das Phänomen „*Body Integrity Identity Disorder*“. Ihm wurden in einer Studie Belege dazu geliefert, dass es sich primär um eine Störung der Körperidentität handelt, die nicht nur Amputationen, sondern auch andere körperliche Beeinträchtigungen umfasst.

Schließlich verwendeten McGeoch et al. (2011) den Begriff „*Xenomelia*“. Brugger, Lenggenhager und Giumarra (2013) äußerten, der Name kennzeichne eine Entfremdung von betroffenen Körpergliedmaßen und schließe eine potentielle Identitätsstörung nicht aus.

Personen, die sich in ihrem Verhalten zeitweilig dem einer körperlich beeinträchtigten Person anpassen („*pretending*“), beispielsweise Rollstühle oder Gehstützen nutzen, nennt man „*Wannabes*“ und Menschen die zudem ein erotisches Interesse an körperlich beeinträchtigten Personen haben werden „*Devotee*“ genannt. (Kasten, 2009).

2.3.2 Epidemiologie

Bislang fehlt es an großen Repräsentativuntersuchungen, das heißt, es gibt derzeit keine fundierten Angaben zu epidemiologischen Daten. Verschiedene Foren im Internet können über die Anzahl ihrer Mitglieder eine Vorstellung ermöglichen, die Zahlen weichen jedoch oft weit voneinander ab. Anteilig scheinen mehr Männer als Frauen betroffen zu sein (Stirn et al., 2010).

2.3.3 Ätiologie und gegenwärtiger Forschungsstand

Wie bei vielen anderen psychischen Störungen, könnte auch bei BIID ein multifaktorielles Ätiologiemodell vorliegen (Stirn et al., 2010; Kasten, 2009; Brugger et al., 2013). Es existieren verschiedene Annahmen der Genese. In *kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen* werden beispielsweise kindliche Lernerfahrungen mit amputierten Personen und deren Verstärkermechanismus oder der Zusammenhang mit selbstwertdienlichen Kognitionen fokussiert. In psychodynamischen Ansätzen findet man, dass viele Betroffene eine „frühe emotionale Vernachlässigung“ (Stirn et al., 2010, S. 50) beschreiben, aufgrund der sie „stark Ich-bezogen“ (Stirn et al., 2010, S. 50) scheinen.

Wichtig im Zusammenhang mit BIID ist eine *differentialdiagnostische Abklärung* bereits klassifizierter psychischer Störungen, die mit einer ähnlichen Symptomatik einhergehen (Stirn et al., 2010; Kasten, 2009). Das Resultat verschiedener Untersuchungen war jedoch, dass sich mit psychotischen (Stirn et al., 2010; Kasten, 2009; First, 2005; First & Fisher,

2012; Blanke et al., 2008; Hilti et al., 2013), körperdysmorphen (Stirn et al., 2010; First & Fisher, 2012) und artifiziellen (Stirn et al., 2010; Kasten, 2009; First & Fisher, 2012) Störungen keine dezidierten Überschneidungen finden ließen, die eine Diagnosestellung in diesen Kategorisierungen rechtfertigen würde.

Auch wurden *neurologische Korrelate* oder *Erkrankungen* im Zusammenhang mit BIID untersucht (Hilti et al., 2013). Angeregt wurden sie mitunter durch Fälle, in denen es aufgrund neurologischer Läsionen zu Defiziten im Körperbild kam (First & Fisher, 2012). Bildgebende Verfahren belegten bislang jedoch keine Schädigungen des Gehirns (Kasten, 2012).

Neurobiologische Modelle zur Ätiologie von BIID beschäftigen sich häufig mit der Annahme einer (konnatalen) Dysfunktion des rechten superioren Parietallappens (SPL; Kasten, 2012; First & Fisher, 2012; Blanke et al., 2008) und einer frühen neuronalen Prägung (Stirn et al., 2010). Hirnstrukturelle Korrelate wurden im Bereich des rechten Parietallappens und der rechten anterioren Insula aufgedeckt (Hilti et al., 2013).

Eine Dysfunktion des rechten SPL geht demnach mit einer Störung der Repräsentanz des betreffenden Körpergliedes in die des gesamten Körpers einher (Kasten, 2012). Dem rechten SPL wird die Funktion zugeschrieben der Integration sensorischer Informationen in die (bilaterale) Repräsentation des Körpers zu dienen. Daher nimmt man bei Körpergliedmaßen, die zu amputieren gewünscht werden, eine gestörte Integration an (Blanke et al., 2009; McGeoch et al., 2011), die zu einem mangelnden, intrinsischen Gefühl, das oder die betroffenen Körperglied/er zu besitzen führt, einhergehend mit mangelnder Akzeptanz der Extremität/en (Hilti & Brugger, 2010).

Eine verstärkte Reaktion des sympathischen Nervensystems könnte durch die Empfindung der Berührung und der gleichzeitig assoziierten mangelnden Aktivität im rechten SPL vermittelt sein (Brang et al., 2008; McGeoch et al., 2011).

Schlussendlich muss auch der Aspekt der neuronalen Plastizität beachtet werden. Es kann sein, dass neurobiologische Veränderungen nicht die Gründe des Wunsches bilden, sondern die Folge sind (First & Fisher, 2012; Hilti et al., 2013; McGeoch et al., 2011).

Die Beteiligung weiterer (beschädigter) Netzwerke im Gehirn, die in die Wahrnehmung des Körpers integriert sind, beschränken die Annahme einer alleinigen Wirkung des rechten SPL (Hilti & Brugger, 2010; Hilti et al., 2013). Auch kann so nicht der Wechsel der Lokalisation des Amputationswunsches (Kasten & Stirn, 2009; Kasten, 2009) erklärt werden. Der Rückschluss, die Ursache für BIID könne alleine im rechten SPL zu lokalisieren sein erscheint folglich zu einfach (Sedda, 2011).

2.4 Der Zusammenhang zwischen Body Integrity Identity Disorder und Geschlechtsinkongruenz

Geschlechtsinkongruenz und Body Integrity Identity Disorder wurden bereits durch First (2005) und Money et al. (1977) als miteinander vergleichbar dargestellt. Nach First und Fisher (2012) scheinen sie im DSM phänomenologisch verwandt.

Bei beiden Phänomenen fühlen sich die betroffenen Personen beklommen mit ihrer biologischen Anatomie und der Diskrepanz, die sie zu ihrer erwünschten Identität erfahren. Hieraus ergibt sich der Wunsch nach einem chirurgischen Eingriff, wobei dieser nur der Zielerreichung, im Einklang mit der erwünschten Identität zu leben dient. Bei beiden Phänomenen kommt es zu einer Nachahmung der erwünschten Identität und dem Sammeln von Material zur Angleichung. Das Manifestationsalter beider Gruppen lässt sich auf Kindheit und Jugend festlegen (First & Fisher, 2012).

Nieder und Richter-Appelt (2009, 2010) erwähnten weiter, dass Verhalten, Empfinden und Persönlichkeitseigenschaften bei beiden Gruppen als der erwünschten Identität entsprechend berichtet werden. Für den Wunsch können keine rationalen Erklärungen (Lawrence, 2006) geäußert werden und zeitweilig treten Schuld- und Schamgefühl für das entsprechende Begehren auf.

First (2005) und Lawrence (2006) nannten eine Vergleichbarkeit hinsichtlich sexueller Erregung einhergehend mit dem Wunsch. Lawrence sprach hier von paraphilem Interesse bezüglich „*Autogynephilia*“ (sexuelle Erregung eines Mannes bei dem Gedanken an sich selbst als Frau) und „*Apotemnophilia*“ (s. 2.3.1 Terminologie).

In einer Studie von McGeoch und Ramachandran (2008) berichteten FMT, analog zu Studien mit BIID-Betroffenen, die konkret den Verlauf der Amputation zeigten, von dem Empfinden eines Penis ohne ihn physisch zu besitzen und dies bereits über viele Jahre. Zusätzlich konnten sie ihn dezidiert beschreiben und berichteten von Phantom-Erektionen. Nur drei von 29 FMT gaben an, nach einer Mastektomie Phantom-Brüste gespürt zu haben. Auch die befragten MFT berichteten nach der Operation nur zu einem geringen Prozentsatz von Phantomwahrnehmungen. Das bedeutet, auch hier könnten im Gehirn angeborene Veränderungen vorliegen, die zu einer Diskrepanz zwischen der eigenen Geschlechtsidentität und dem anatomischen Körperbild führen.

Letztlich konnte First (2005) in seiner Studie auch nachweisen, dass es überdies bei BIID-Betroffenen häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung zu einem Wunsch dem Gegengeschlecht angehören zu wollen, oder der Vorstellung das falsche Geschlecht zu haben, kommen kann.

2.5 Fragestellung

Die Fragestellung dieser Arbeit zielt, wie einleitend bereits erwähnt, darauf ab, die bislang nur in der Theorie aufgestellten Hypothesen empirisch zu untersuchen und festzustellen ob und in welchem Ausmaß BIID und Geschlechtsinkongruenz Ähnlichkeiten hinsichtlich einer Identitätsstörung besitzen.

2.5.1 Hypothesen

Maßgeblich werden in dieser Arbeit die aufgrund theoretischer Überlegungen vor einigen Jahren von Nieder und Richter-Appelt aufgestellten Hypothesen (2009, vgl. in: Stirn et al., 2009) in leicht veränderter Form empirisch quantitativ untersucht. Hinzukommen weitere, eigene Hypothesen. Eine konkrete Richtung der Alternativhypothesen anzugeben, d.h. ob die Ausprägung der untersuchten Variable bei BIID stärker oder schwächer als bei Transidentität ist, konnte in der Regel nicht vorgegeben werden, da es hierzu in der Literatur keine Aussagen gibt. Es musste also eine zweiseitige Fragestellung benutzt werden.

- Hypothese 1:
 Nullhypothese H1₀: Sowohl bei BIID-Betroffenen als auch bei Transi-
 denten existieren Körperteile, die nicht als zu sich zugehörig empfunden
 werden.
 Alternativhypothese H1_A: BIID-Betroffene und Transidente unterschei-
 den sich bedeutsam hinsichtlich bestimmter Körperteile, die nicht als
 zu sich zugehörig empfunden werden.
- Hypothese 2:
 Nullhypothese H2₀: Sowohl bei BIID-Betroffenen als auch bei Transi-
 denten besteht der Wunsch, den Körper chirurgisch zu verändern.
 Alternativhypothese H2_A: BIID-Betroffene und Transidente unterschei-
 den sich bedeutsam bezüglich des Wunsches nach chirurgischer Kör-
 perveränderung.
- Hypothese 3:
 Nullhypothese H3₀: Sowohl bei BIID-Betroffenen als auch bei Transi-
 denten besteht ein starkes Unbehagen/unbehagliches Gefühl mit der
 Anatomie des eigenen Körpers.
 Alternativhypothese H3_A: BIID-Betroffene und Transidente unterschei-
 den sich bedeutsam bezüglich des Unbehagens/unbehaglichen Ge-
 fühls mit der Anatomie des eigenen Körpers.
- Hypothese 4:
 Nullhypothese H4₀: Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente ha-
 ben das starke Gefühl, dass ihr biologischer, zugewiesener Körper
 nicht dem mentalen Körperbild entspricht.
 Alternativhypothese H4_A: BIID-Betroffene und Transidente unterschei-
 den sich bedeutsam bezüglich des Gefühls einer Diskrepanz zwischen
 realem und mentalem Körperbild.
- Hypothese 5:
 Nullhypothese H5₀: Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente ah-
 men zur Annäherung und Erprobung schon lange vor der Operation
 ihr gewünschtes Aussehen nach.

Alternativhypothese H5_A: BIID-Betroffene und Transidente unterscheiden sich bedeutsam hinsichtlich einer Nachahmung zur Annäherung und Erprobung lange vor der Operation.

- Hypothese 6:

Nullhypothese H6₀: Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente können für den Wunsch nach einer Körperveränderung keine rationale Erklärung geben.

Alternativhypothese H6_A: BIID-Betroffene und Transidente unterscheiden sich bedeutsam hinsichtlich einer rationalen Erklärung für den Wunsch nach einer Körperveränderung.

- Hypothese 7:

Nullhypothese H7₀: Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente fühlen zu manchen Zeitpunkten in ihrer Entwicklung ein Schuld- oder Schamgefühl für Ihren Wunsch.

Alternativhypothese H7_A: BIID-Betroffene und Transidente unterscheiden sich bedeutsam hinsichtlich eines Schuld- oder Schamgefühls in ihrer Entwicklung.

- Hypothese 8:

Nullhypothese H8₀: Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente sammeln Material bezüglich ihres Interesses und zur „Angleichung an die erlebte Identität“.

Alternativhypothese H8_A: BIID-Betroffene und Transidente unterscheiden sich bedeutsam hinsichtlich des Sammelns von Material bezüglich ihres Interesses und zur „Angleichung an die erlebte Identität“.

- Hypothese 9:

Nullhypothese H9₀: Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente schämen sich bezüglich des Sammelns von Material.

Alternativhypothese H9_A: BIID-Betroffene und Transidente unterscheiden sich bedeutsam hinsichtlich der Scham für gesammeltes Material.

- Hypothese 10:

Nullhypothese H10₀: Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente entsorgen das Material wiederholt in der Hoffnung von ihrem Wunsch befreit zu werden.

Alternativhypothese H10_A: BIID-Betroffene und Transidente unterscheiden sich bedeutsam bezüglich des wiederholten Entsorgens von Material in der Hoffnung von ihrem Wunsch befreit zu werden.

- Hypothese 11:

Nullhypothese H11₀: Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente sind fasziniert von Personen mit dem gewünschten Aussehen.

Alternativhypothese H11_A: BIID-Betroffene und Transidente unterscheiden sich bedeutsam hinsichtlich der Faszination für Personen mit dem gewünschten Aussehen.

- Hypothese 12:

Nullhypothese H12₀: Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente sind davon überzeugt, nach der Operation einen (subjektiv) vollkommenen Körper zu besitzen.

Alternativhypothese H12_A: BIID-Betroffene und Transidente unterscheiden sich bedeutsam in Bezug auf die Überzeugung nach der Operation einen (subjektiv) vollkommenen Körper zu besitzen.

- Hypothese 13:

Nullhypothese H13₀: Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente zeigen einen Beginn des Wunsches bereits in der Kindheit oder frühen Jugend.

Alternativhypothese H13_A: BIID-Betroffene und Transidente unterscheiden sich bedeutsam in Bezug auf den Beginn des Wunsches in Kindheit oder früher Jugend.

- Hypothese 14:

Nullhypothese H14₀: Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente wissen, dass sie nach der Operation mit lebenslangen Einschränkungen rechnen müssen und sind bereit dies in Kauf zu nehmen.

Alternativhypothese H14_A: BIID-Betroffene und Transidente unterscheiden sich bedeutsam hinsichtlich der Kenntnis über lebenslange Einschränkungen die sie bereit sind in Kauf zu nehmen.

- Hypothese 15:
 Nullhypothese H15₀: Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente zeigen Übereinstimmungen in den Eigenschaften (z.B. Verhalten) mit der erwünschten Identität.
 Alternativhypothese H15_A: BIID-Betroffene und Transidente unterscheiden sich bedeutsam in Bezug auf Übereinstimmungen in den Eigenschaften mit der erwünschten Identität.
- Hypothese 16:
 Nullhypothese H16₀: Sowohl bei BIID-Betroffenen als auch bei Transidenten kann eine frühe Nachahmung der gewünschten Identität festgestellt werden.
 Alternativhypothese H16_A: BIID-Betroffene und Transidente unterscheiden sich bedeutsam hinsichtlich der frühen Nachahmung der gewünschten Identität.
- Hypothese 17:
 Nullhypothese H17₀: Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente haben das Gefühl, nur durch chirurgische Maßnahmen „im Einklang mit ihrer gewünschten Identität leben zu können“.
 Alternativhypothese H17_A: BIID-Betroffene und Transidente unterscheiden sich bedeutsam bezüglich des Gefühls nur durch chirurgische Maßnahmen „im Einklang mit ihrer gewünschten Identität leben zu können“.
- Hypothese 18:
 Nullhypothese H18₀: Sowohl bei BIID-Betroffenen als auch bei Transidenten kann eine sexuelle Komponente den Wunsch nach chirurgischer Veränderung verstärken.
 Alternativhypothese H18_A: BIID-Betroffene und Transidente unterscheiden sich bedeutsam in Bezug auf eine Verstärkung des Wunsches durch sexuelle Komponenten.
- Hypothese 19:
 Nullhypothese H19₀: Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente erfahren einen hohen Leidensdruck und Einschränkungen in ihrer Lebensqualität.

Alternativhypothese H19_A: BIID-Betroffene und Transidente unterscheiden sich bedeutsam in Bezug auf die Erfahrung eines hohen Leidensdrucks und Einschränkungen in ihrer Lebensqualität.

- Hypothese 20:

Nullhypothese H20₀: Transidente und BIID-Betroffene unterscheiden sich nicht bedeutsam in Bezug auf die Annahme, nach der Operation unauffällig in der Gesellschaft leben zu wollen.

Alternativhypothese H20_A: Während Transidente nach der Operation unauffällig in der Gesellschaft leben möchten, möchten BIID-Betroffene durch ihre Behinderung auffallen.

- Hypothese 21:

Nullhypothese H21₀: Transidente und BIID-Betroffene unterscheiden sich nicht bedeutsam hinsichtlich ihrer Einstellung zu den Körperteilen, deren Entfernung sie wünschen.

Alternativhypothese H21_A: Während Transidente denen ihnen zugewiesenen Geschlechtsmerkmalen mit Ablehnung begegnen, stehen BIID-Betroffene der zu amputierenden Extremität eher gleichgültig gegenüber.

3. Methodik

In diesem Abschnitt sollen alle Grundlagen, Arbeitsschritte und Ergebnisse dargestellt werden, die zur Auswertung und Diskussion der Hypothesen relevant waren.

3.1 Studiendesign

Die Datenerhebung dieser Studie erfolgte mittels eines selbst erstellten Online-Fragebogens, der sich inhaltlich unter anderem am „Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität“ von M. Söder (1998, s. auch 3.3 Messinstrumente und Durchführung) anlehnt.

Das Verfahren eines Online-Fragebogens wurde gewählt um eine möglichst große Anzahl an Personen zu erreichen, die anonymisiert ihre Angaben machen konnten. Der Fragebogen war den Teilnehmern der Studie frei zugänglich. Die erhobenen Daten wurden im Anschluss statistisch ausgewertet und diskutiert.

3.2 Stichprobe

Zur Untersuchung der Studie wurden zwei Stichproben gebildet die zum einen aus Probanden mit der Diagnose einer Geschlechtsinkongruenz und zum anderen aus Probanden mit einer Selbstzuordnung zu BIID bestanden.

Der Kontakt zu den BIID-Betroffenen wurde über ein deutschsprachiges Internetforum hergestellt (www.biid-dach.org), geschlechtsinkongruent empfindende Personen konnten über die Selbsthilfegruppe www.erlangen.trans-ident.de und die beiden Newsletter der Selbsthilfegruppe www.switch-hh.de und des Stammtisches www.hansexmen.de rekrutiert werden. Zusätzlich wurde in beiden Stichproben über einzelne Mitglieder Kontakt zu weiteren Betroffenen aufgebaut, die nicht über die verschiedenen Plattformen erreicht werden konnten.

Als Einschlusskriterium galt die (selbst) zugewiesene Diagnose oder Zuschreibung des Phänomens, mit der die Probanden im Fragebogen direkt angesprochen wurden (Transidente vs. BIID-Betroffene).

Der Link zum Online-Fragebogen wurde in Foren veröffentlicht die erlauben betroffene Personen bestmöglich zu erreichen und wurde zum Ausschluss falscher Antworten nur im Mitgliederbereich bzw. nur für angemeldete Betroffene sichtbar publik gemacht.

Ausgeschlossen werden mussten Probanden mit einem Intersexuellen Syndrom um das klinische Bild der Geschlechtsinkongruenz zu vereinheitlichen. Fragebögen die gar nicht oder nur unzureichend (fehlende Antworten auf >20% der Items) beantwortet wurden, wurden ebenfalls nicht ausgewertet. Fragebögen, in denen die Reliabilitätsitems zu große Unterschiede in der Beantwortung ähnlicher Items vorwiesen, wurden gleichfalls von der weiteren Auswertung ausgeschlossen.

An der Fragebogenerhebung beteiligten sich in der Stichprobe der BIID-Betroffenen insgesamt 38 Personen, wobei nach Anwendung der Ausschlusskriterien letztendlich nur 24 Probanden in die Auswertung eingeschlossen werden konnten. Die Stichprobe der Personen mit Geschlechtsinkongruenz umfasste zunächst 30 Personen wobei auch hier nach Anwendung der Ausschlusskriterien (s.o.) lediglich die Angaben von 19 Probanden ausgewertet werden konnten.

Darunter konnten 21 Männer (87,5%) und 1 Frau (4,2%, bezüglich der BIID-Thematik) erfasst werden (N=22, 2 Angaben fehlten), sowie bei Probanden mit einer Geschlechtsinkongruenz 7 biologisch, geburtlich zugewiesene männliche (36,8%) und 12 weibliche Probanden (63,2%)

Im Mittel waren die BIID-Betroffenen 44,29 und geschlechtsinkongruente Personen 43,84 Jahre alt.

Beschreibung der Stichprobe der BIID-Betroffenen

Ihren Familienstand gaben N=23 Probanden (95,8%, eine Antwort fehlte) bekannt. Demnach waren 25% (N=6) ledig, 62,5% (N=15) waren verheiratet oder lebten in einer Partnerschaft und 8,3% (N=2) waren verwitwet.

Die Ausbildungsjahre der BIID-Betroffenen (N=24) betrugen im Mittel 16,71 Jahre.

Von N=23 Probanden (eine Antwort fehlte) gaben 20,8% (N=5) an bereits durch operative oder andere Maßnahmen ihre gewünschte körperliche Beeinträchtigung erzielt zu haben, während 75% (N=18) dies verneinten.

Eine Oberschenkelamputation links strebten 29,2% (N=7) der Probanden an, den Wunsch nach einer Oberschenkelamputation rechts bestätigen 33,3% (N=8). Eine Amputation von Ober- oder Unterarm wurde jeweils von N=1 (4,2%) genannt und 9 Probanden (37,5%) sprachen sich für eine Querschnittslähmung aus. 7 Probanden gaben darüber hinausgehende Wünsche an („Amputation beider Füße“, „deformierte Füße“, „erreicht - Oberschenkelatrophie – etwas steifes Knie“, „Inkontinenz“, „rechter Zeigefinger“, „Starke Dystrophie der Beine“ und „Zehenamputation rechts (D1 bis D3) = IST“).

Beschreibung der Stichprobe geschlechtsinkongruenter Probanden

Von den N=19 Probanden gaben alle ihren Familienstand an. 57,9% (N=11) der Stichprobe waren ledig, 26,3% (N=5) lebten in einer Partnerschaft oder waren verheiratet und 15,8% (N=3) waren geschieden.

Die Ausbildungsjahre betrugen bei N=19 Probanden im Mittel 16,08 Jahre. 57,9% (N=11) gaben an, bereits geschlechtsangleichende Maßnahmen durchgeführt haben zu lassen, 42,1% (N=8) verneinten dies.

Alle Probanden (N=19) äußerten sich dazu, welche Maßnahmen bereits durchgeführt wurden oder angestrebt werden. 94,7% (N=18) bestätigten eine Namensänderung ebenso wie eine Hormontherapie und eine Personenstandsänderung. Für eine Epilation des Bartes und eine Operation der Brust sprachen sich 57,9% (N=11) aus. Eine Genitaloperation befürworteten 63,2% (N=12). 31,6% (N=6) gaben zudem jeweils weitere Maßnahmen an („Gesichtsfemininisierung (FFS)“, „Laserepilation Körperbehaarung“, „Stimm-OP“, „Stimmbänderoperation“, „Stimmerhöhung“ sowie „zu Frage 3: Ich bin Mann-zu-Frau“ – gemeint sind hier möglicherweise etwaige Eingriffe dieser spezifischen Geschlechtstransformation).

3.3 Messinstrumente und Durchführung

Wie bereits angeführt, wurde zur Erhebung der Daten ein selbst erstellter Online-Fragebogen verwendet. der inhaltlich unter anderem auf dem „Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität“ (DFTI) von M. Söder (1998) basiert (s.o.). Der Autor gab in einer E-Mail Korrespondenz seine Zustimmung zur Verwendung seines Bogens (s. Anhang 2). Nach der Angabe

des Autors wurde der DFTI (s. Anhang 3) zum Zwecke zweier Diplomarbeiten als Erhebungsinstrument entwickelt.

Ein Fragebogen der einzig und alleine oder auf einer Subskala geschlechtsinkongruentes Empfinden erfasst, existiert darüber hinaus zur Objektivierung nicht (Beier et al., 2005).

Der DFTI beinhaltet eine Reihe von Items, die das Identitätsempfinden und die Entwicklung von der Kindheit bis hin zum Erwachsenenalter erfassen und bildete daher eine gute Grundlage zur Konstruktion der Items. Einige wenige Items wurden in ihrer ursprünglichen Form belassen (vorrangig im Fragebogen der geschlechtsinkongruent empfindenden Personen, Bsp.: geburtsurkundliches Zuweisungsgeschlecht, „In welchem Alter hatten Sie zum ersten Mal den Wunsch im anderen Geschlecht zu leben?“), wobei auch die Skalierung an den aktuellen Fragebogen angepasst wurde.

Alle ausgewählten Items wurden so angepasst, dass sie auch für BIID-Betroffene adäquat zu beantworten und bezüglich Anzahl und Skalenniveau in beiden Fragebögen aufeinander abgestimmt waren.

Der Fragebogen gliederte sich in zwei Teile. Im ersten Teil (7 Items) wurden soziodemographische Angaben der Probanden erfasst, zum Beispiel das (biologische) Geschlecht, Alter, Anzahl der Ausbildungsjahre, Familienstand und bereits erfolgte oder noch erwünschte (operative) Maßnahmen. Der zweite Teil der Fragebögen setzte sich aus 41 Items zusammen. Diese Items bezogen sich inhaltlich und in ihrer Anordnung auf die formulierten Hypothesen (s. 2.5.1) und dienten deren Beantwortung.

Innerhalb des Fragebogens wurden vier Reliabilitätsitems eingeschlossen, welche die Zuverlässigkeit der Aussagen überprüfen sollten. Hierbei handelt es sich um die folgenden Items: 1.: „Mein Verhalten richtet sich eher nach dem meines biologischen Geschlechts/einer körperlich gesunden, unbeeinträchtigten Person.“ und: „Ich orientiere mich in meinem Verhalten eher an dem von Personen, die mein Wunschgeschlecht haben/die meine gewünschte körperliche Beeinträchtigung haben.“, Item: „Auch ohne eine Operation erhalten zu haben fühle ich mich wohl.“ und: „Ich empfinde starken Leidensdruck, solange ich nicht operiert bin.“, die Items: „Ohne eine operative Maßnahme zu erhalten, kann ich keine Akzeptanz gegenüber

meinem biologischen Körper/meinem gesunden Körper empfinden.“ und: „Ich kann meinen biologischen/gesunden Körper akzeptieren, ohne eine chirurgische Maßnahme in Betracht zu ziehen.“, die Items: „Der Wunsch nach operativen Maßnahmen erscheint mir von sehr geringer Intensität.“ und: „Ich empfinde einen intensiven Wunsch nach einer chirurgischen Veränderung meines Körpers.“.

Die Online-Fragebögen wurde mit dem kostenlosen Programm von www.soscisurvey.de erstellt und veröffentlicht. Die Daten wurden auf dem Server der Webseite gespeichert und konnten sowohl in SPSS, als auch anderen Programmen (z.B. Excel) ausgegeben und gespeichert werden.

Der Vorteil des Internet zur Verbreitung des Fragebogens besteht darin ihn einer breiteren Personengruppe zugänglich zu machen und möglichst viele Probanden in die Erhebung einschließen zu können.

Im Anschluss an die Veröffentlichung der Links zu beiden Fragebögen in den oben genannten Foren konnten die Probanden im Erhebungszeitraum jederzeit auf den jeweiligen frei zugänglichen Fragebogen zugreifen.

Einleitend, vor Beginn des eigentlichen Fragebogens wurden die Probanden schriftlich über den Fokus und das Ziel der Arbeit aufgeklärt. Es erfolgte eine Beschreibung der verschiedenen Antwortmöglichkeiten anhand von Beispielen und des erforderlichen Antwortverhaltens.

In beiden Stichproben war es erforderlich, dass bereits operierte Probanden alle Fragen rückblickend auf den Zeitpunkt vor dem Erhalt operativer Maßnahmen beantworteten, mit der Ausnahme von Fragen, die sich auf den gegenwärtigen Zustand bezogen. Da bei Personen mit geschlechtsinkongruentem Empfinden die Möglichkeit bereits initiiert hormoneller und chirurgischer Maßnahmen bestand und auch bei BIID-Betroffenen eine gewisse Wahrscheinlichkeit bestand zum Erhebungszeitpunkt schon Amputationen oder körperliche Beeinträchtigungen erwirkt zu haben, waren auch die Probanden dieser Gruppierung dazu angehalten, den Fragebogen rückblickend zu beantworten. Ziel dieser Rückschau sollte es sein, einen Eindruck über das Identitätsempfinden zu konstruieren, welches bereits vor medizinischen Eingriffen bestand.

Schlussendlich wurden die Probanden auch zum Datenschutz dieser Erhebung aufgeklärt. Es erfolgte eine Information darüber, dass anonymi-

sierte Daten, ohne die Möglichkeit eines Rückschlusses auf die eigene Person erhoben werden, die lediglich wissenschaftlichen Zwecken dienen. Eine unterschriebene Einverständniserklärung einzuholen war nicht möglich. Die teilnehmenden Probanden gaben mit dem Ausfüllen und elektronischen Absenden des Fragebogens ihr Einverständnis zu der Auswertung ihrer Daten (Verwendete Fragebögen für Transidentität und BIID, s. Anhang 4 und 5).

Die Datenerhebung der Studie erfolgte in einem Zeitraum von 60 Tagen, vom 17.05.2013 - 15.07.2013.

3.4 Auswertung und Ergebnisse

In diesem Abschnitt der Arbeit sollen die Ergebnisse der beiden Fragebögen für Geschlechtsinkongruenz und BIID dargestellt werden. Berichtet werden die Ergebnisse der einzelnen Hypothesen, basierend auf den zugehörigen Fragebogenitems.

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit IBM SPSS Statistics 21 (2012). Zur Berechnung der Ergebnisse wurden folgende statistische Verfahren angewendet: Der Mann-Whitney-U-Test als nonparametrisches Verfahren zur Untersuchung der Signifikanz der unabhängigen Stichproben die aufgrund ihrer geringen Größe (<30 Probanden) nicht mit einem T-Test berechnet werden konnten. Das Signifikanzniveau betrug $p < 0,05$ für ein- und $p < 0,025$ für zweiseitige Fragestellungen. Ferner wurde der Chi-Quadrat-Test nach Pearson durchgeführt, sowie die statistische Berechnung von Häufigkeiten, Mittelwerten und der Standardabweichung um schließlich aussagekräftige und in ihrer Auswertung statistisch und wissenschaftlich korrekte Ergebnisse zu erzielen.

Die Antworten auf die einzelnen Items konnten bei den vorgegebenen Skalen zwischen 0 (als gar nicht zutreffend) und 100 (als vollkommen zutreffend) in Zehnerschritten (0-10-20 usw.) vergeben werden. Durch www.soscisurvey.de war vorgegeben, dass die Beantwortung der Items mit 1 für die Auswahl der 0 und 11 für 100 ausgegeben wurde. Das bedeutet, dass in der Berechnung der Items eine vollständige Ablehnung mit 1 und eine vollkommene Zustimmung mit 11 gekennzeichnet war.

Alter und Ausbildungsstand der Probanden

Tabelle 1: Alter und Ausbildungsjahre der Probanden

	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
Alter N=24 (BIID) N=19 (Transid.)	44,29	±10,19	43,84	±14,08	.932
Ausbildungsjahre N=24 (BIID) N=19 (Transid.)	16,71	±3,25	16,08	±4,74	.683

Es lag keine Signifikanz für Gruppenunterschiede bezüglich Alter und Ausbildung zwischen BIID-Betroffenen und Transidenten vor. Das bedeutete, die Gruppen waren somit vergleichbar und gefundene Gruppenunterschiede konnten nicht auf unterschiedliches Alter oder unterschiedlichen Ausbildungsstand zurückgeführt werden (siehe Tabelle 1).

Korrelation der Reliabilitätsitems

Die Reliabilitätsitems wurden zunächst für jeden einzelnen Fragebogen von Hand geprüft. Fragebögen, bei denen in der Beantwortung zu große Unterschiede für die jeweiligen Paare ähnlich gestellter Items bestanden, wurden aus dem Datensatz entfernt. Hier lag der Verdacht vor, dass die Probanden den Fragebogen nicht mit der notwendigen Ernsthaftigkeit beantwortet hatten. Die folgende Reliabilitätsanalyse zeigt die Korrelationen des auf diese Art und Weise korrigierten Datensatzes.

Korrelation der Reliabilitätsitems für BIID

Tabelle 2: Korrelation der Reliabilitätsitems zur Körperakzeptanz (BIID)

Item	Item
Ich kann meinen gesunden Körper akzeptieren, ohne eine chirurgische Maßnahme in Betracht zu ziehen.	Ohne eine operative Maßnahme zu erhalten, kann ich keine Akzeptanz gegenüber meinem gesunden Körper empfinden.
-.570	Pearson Korrelation
.002	Signifikanz (einseitig)
23	N

Für die Korrelation zeigte sich eine Signifikanz auf dem Niveau von 0,01 (Einseitig). Die Items korrelierten negativ bei -.570.

Tabelle 3: Korrelation der Reliabilitätsitems zur Intensität des Operationswunsches (BIID)

Item		Item
Der Wunsch nach operativen Maßnahmen erscheint mir von sehr geringer Intensität.		Ich empfinde einen intensiven Wunsch nach einer chirurgischen Veränderung meines Körpers.
	-.728	Pearson Korrelation
	.000	Signifikanz (einseitig)
	24	N

Für die Korrelation zeigte sich eine Signifikanz auf dem Niveau von 0,01 (Einseitig). Die Items korrelierten negativ bei $-.728$.

Tabelle 4: Korrelation der Reliabilitätsitems zum eigenen Verhalten (BIID)

Item	Item
Mein Verhalten richtet sich eher nach dem einer körperlich gesunden, unbeeinträchtigten Person.	Ich orientiere mich in meinem Verhalten eher an dem von Personen, die meine gewünschte körperliche Beeinträchtigung haben.
- .668	Pearson Korrelation
.000	Signifikanz (einseitig)
22	N

Für die Korrelation zeigte sich eine Signifikanz auf dem Niveau von 0,01 (Einseitig). Die Items korrelierten negativ bei -.668.

Tabelle 5: Korrelation der Reliabilitätsitems zum Leidensdruck (BIID)

Item	Item	
Auch ohne eine Operation erhalten zu haben, fühle ich mich wohl.	Ich empfinde starken Leidensdruck, solange ich nicht operiert bin.	
	-.803	Pearson Korrelation
	.000	Signifikanz (einseitig)
	24	N

Für die Korrelation zeigte sich eine Signifikanz auf dem Niveau von 0,01 (Einseitig). Die Items korrelierten negativ bei -.803.

Korrelation der Reliabilitätsitems für Transidentität

Tabelle 6: Korrelation der Reliabilitätsitems zur Körperakzeptanz (Transidentität)

Item	Item	
Ich kann meinen biologischen Körper akzeptieren, ohne eine chirurgische Maßnahme in Betracht zu ziehen.	Ohne eine operative Maßnahme zu erhalten, kann ich keine Akzeptanz gegenüber meinem biologischen Körper empfinden.	
	-.635	Pearson Korrelation
	.002	Signifikanz (einseitig)
	19	N

Für die Korrelation zeigte sich eine Signifikanz auf dem Niveau von 0,01 (Einseitig). Die Items korrelierten negativ bei -.635.

Tabelle 7: Korrelation der Reliabilitätsitems zur Intensität des Operationswunsches (Transidentität)

Item	Item	
Der Wunsch nach operativen Maßnahmen erscheint mir von sehr geringer Intensität.	Ich empfinde einen intensiven Wunsch nach einer chirurgischen Veränderung meines Körpers.	
	-.528	Pearson Korrelation
	.012	Signifikanz (einseitig)
	18	N

Für die Korrelation zeigte sich eine Signifikanz auf dem Niveau von 0,05 (Einseitig). Die Items korrelierten negativ bei -.528.

Für Hypothese 1 musste die Alternativhypothese H1_A abgelehnt werden. Es lagen keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich des Zugehörigkeitsempfindens bestimmter Körperteile vor (s. Tabelle 10).

Ergebnisse zu Hypothese 2:

Sowohl bei BIID-Betroffenen als auch bei Transidenten besteht der Wunsch, den Körper chirurgisch zu verändern.

Tabelle 11: Wunsch nach chirurgischer Körperveränderung

Item	BIID N=24 M und SD		Transidentität N=19 M und SD		Signifikanz (U-Test)
1. Ich empfinde einen intensiven Wunsch nach einer chirurgischen Veränderung meines Körpers. N=24 (BIID) N=19 (Transid.)	8,67	±3,31	9,79	±2,62	.051
2. Ich kann meinen gesunden Körper akzeptieren, ohne eine chirurgische Maßnahme in Betracht zu ziehen. N=24 (BIID)	4,29	±3,17			.012
3. Ich kann meinen biologischen Körper akzeptieren ohne eine chirurgische Maßnahme in Betracht zu ziehen. N=19 (Transid.)			2,32	±2,34	
4. Ohne eine operative Maßnahme zu erhalten, kann ich keine Akzeptanz gegenüber meinem gesunden Körper empfinden. N=23 (BIID) N=19 (Transid.)	7,52	±3,33			.213
5. Ohne eine operative Maßnahme zu erhalten, kann ich keine Akzeptanz gegenüber meinem biologischen Körper empfinden.			8,63	±3,25	
6. Der Wunsch nach operativen Maßnahmen erscheint mir von sehr geringer Intensität. N=24 (BIID) N=18 (Transid.)	2,58	±2,72	1,78	±1,63	.320

Hypothese 2 konnte aufgrund der inkonsistenten Befundlage weder bestätigt noch widerlegt werden. Die Items 2, 3 und 6 waren dabei gegenpolig

zu den Items 1, 4 und 5. Item 1 und das gegenpolige Item 6 zeigten in der Auswertung der Daten Gemeinsamkeiten beider Gruppen hinsichtlich des Operationswunsches. Während die Items 4 und 5 ebenfalls für Gemeinsamkeiten sprachen, wiesen deren gegenpolige Items 2 und 3 einen signifikanten Unterschied auf (s. Tabelle 11).

Ergebnisse zu Hypothese 3:

Sowohl bei BIID-Betroffenen als auch bei Transidenten besteht ein starkes Unbehagen/unbehagliches Gefühl mit der Anatomie des eigenen Körpers.

Tabelle 12: Empfinden gegenüber der eigenen Körperanatomie

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
Ich empfinde meinen nackten Körper als abstoßend. N=24 (BIID) N=19 (Transid.)	2,38	±2,00	8,00	±3,42	.000

Für Hypothese 3 konnte die Alternativhypothese H3_A angenommen werden. Es bestanden signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich des Empfindens gegenüber der eigenen Körperanatomie (s. Tabelle 12).

Ergebnisse zu Hypothese 4:

Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente haben das starke Gefühl, dass ihr biologischer, zugewiesener Körper nicht dem mentalen Körperbild entspricht.

Tabelle 13: Mentales Körperbild

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
Ich fühle, dass mein physisches, sichtbares Körperbild nicht meiner Vorstellung entspricht. N=24 (BIID) N=19 (Transid.)	9,08	±3,23	9,05	±2,72	.757

Für Hypothese 4 musste die Alternativhypothese H4_A abgelehnt werden, BIID-Betroffene und Transidente zeigten hier keine signifikanten Gruppenunterschiede (s. Tabelle 13).

Ergebnisse zu Hypothese 5:

Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente ahmen zur Annäherung und Erprobung schon lange vor der Operation ihr gewünschtes Aussehen nach.

Tabelle 14: Ausführen von Pretending und Cross-Dressing

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
1. Pretending:					
Falls Sie schon einmal eine körperliche Behinderung vorge- täuscht haben: In welchem Alter	Heiml.	Heiml.			Heiml.
haben Sie zum ersten Mal für	14,82	±10,94			.699
die gewünschte Behinderung	Öff.	Öff.			Öff.
spezifische Hilfsmittel einge- setzt?	25,28	±13,10			.938
Heimlich: (Heiml.) N=22 (BIID) N=13 (Transid.) In der Öffentlichkeit: (Öff.) N=18 (BIID) N=18 (Transid.)					
2. Cross-Dressing:					
Falls Sie schon einmal gegen- geschlechtliche Kleidung getra- gen haben: In welchem Alter			Heiml.	Heiml.	
haben Sie zum ersten Mal ein			13,46	±10,90	
für das andere Geschlecht typi- sches Kleidungsstück getragen?			Öff.	Öff.	
Heimlich:			25,50	±17,67	
In der Öffentlichkeit:					
3. Wie häufig haben Sie in den vergangenen 12 Monaten (im Rückblick: 12 Monate vor opera- tiven Maßnahmen) vorwiegend Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Geh- stützen) genutzt?					
	53,50	±162,50			.000
Anzahl der Stunden pro Monat: N=19 (BIID)					
4. Wie häufig haben sie in den vergangenen 12 Monaten (im Rückblick: 12 Monate vor opera- tiven Maßnahmen) vorwiegend die Kleidung des erwünschten Geschlechts getragen?					
			668,92	±210,64	
Anzahl der Stunden pro Monat: N=12 (Transid.)					

Für Hypothese 5 musste die Alternativhypothese H5_A abgelehnt werden.
Für die Items 1 und 2 ergaben sich keine signifikanten Gruppenunter-

schiede für Heimliches oder Öffentliches Pretending oder Cross-Dressing (s. Tabelle 14).

Für die Items 3 und 4 zeigte sich hingegen ein signifikanter Unterschied. Das bedeutet, beide Gruppen beginnen zwar früh damit, das erwünschte Aussehen nachzuahmen, die Anzahl an Stunden die für Pretending und Cross-Dressing aufgebracht werden, unterscheiden sich aber erheblich (s. Tabelle 14).

Ergebnisse zu Hypothese 6:

Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente können für den Wunsch nach einer Körpveränderung keine rationale Erklärung geben.

Tabelle 15: Ursachen der Entstehung von BIID und Transidentität

Item	BIID		Transidentität		N
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	
Welches sind Ihrer Meinung nach die Gründe für die Entstehung von BIID/Transidentität?					
Eher biologisch-genetische Ursachen	18	75%	14	73,7%	32
Anderes	2	8,3%	4	21,1%	6
Eher sozial-familiäre Ursachen	4	16,7%	1	5,3%	5
N	24	100%	19	100%	43

Tabelle 16: Abweichende Ursachen der Entstehung

BIID		
Gründe: Anderes	Häufigkeit	Prozent
„Fehlentwicklung des präfrontalen Kortex (Hirnlappen)	1	4,2
Weiß nicht	1	4,2
N	2	

Tabelle 17: Eigene Wunschbegründung

BIID		
Item	Häufigkeit	Prozent
Wie würden Sie Ihren Wunsch begründen?		
Da ich mit meinem Körper im Einklang leben möchte	1	4,2%
Der Wunsch ist einfach da, solange ich denken kann.	1	4,2%
Die Faszination gegenüber Amputierten - insbesondere dem Beinstumpf - ist so auf mich "überggesprungen" dass ich selbst so sein will/muss	1	4,2%
Die vorhandene, genbedingte Affinität wird durch ein prägendes Erlebnis zum Wunsch.	1	4,2%
Dieses Gefühl nicht im richtigen Körper zu sein, begleitet mich eigentlich schon immer. Es wäre besser für mich und Umfeld gewesen, körperlich behindert geboren zu sein.	1	4,2%
Durch eine bisher unbekannte organische, genetische, neuronale... Ursache. Ich fühle mich geistig völlig gesund und habe sozial, privat und beruflich keine Schwierigkeiten, zumindest keine, die ich nicht auch bei Anderen sehe.	1	4,2%
Ein Leben mit einer doppelten OS-Amputation ist für mich hauptsächlich durch mehr "Kompaktheit " meines Körpers gegeben.	1	4,2%
Einheit von Gefühl und Körper	1	4,2%
Er ist Teil meiner Persönlichkeit wie meine Haarfarbe oder sexuelle Orientierung	1	4,2%
Es ist eine psychische Komponente (will gehbehindert sein und mein Leben ganz selbstständig meistern) und eine sexuelle Komponente (Erregung bei der Vorstellung des eigenen amputierten Körpers) dabei	1	4,2%
Es ist wie es ist	1	4,2%
Frühe Prägung im Kindesalter.	1	4,2%
Herbeiführung eines normalen Körperempfindens	1	4,2%
Herstellung einer Kongruenz zwischen dem vermindertem Körpergefühl in den Beinen und dem Gesamtgefühl	1	4,2%
Ich fühle mich so, als ob ich nur mit einem Bein auf die Welt gekommen bin. So, als ob mein rechtes Bein in einem kurzen Stumpf endet. Gefühlsmäßig trage ich also eine Dauerprothese, die ich nicht ablegen kann. Vergleichbar mit dem Gefühl bei Dysmelikern.	1	4,2%
Ich fühle mich zu Behinderten angezogen und habe auch einen leichten Wunsch selbst Behindert zu sein. Es ist aber nicht vordergründig und lebe auch mit einer Nichtbehinderten zusammen, was auch gut ist. Meine Verstorbene Frau war QS	1	4,2%
Meine Beine zu sehen, aber nicht zu spüren "fühlt" sich für mich richtig an	1	4,2%
warum begründen?	1	4,2%
wie soll der ungewollte Wunsch nach einer Querschnittlähmung begründet werden? die Sache ist einfach da und nicht wegzukriegen.	1	4,2%
N	19	79,8%

Für Hypothese 6 musste die Alternativhypothese H6_A abgelehnt werden. Es konnten keine stichhaltigen Erklärungen oder Auslöser im Sinne von

Ursache und Wirkung benannt werden. Es zeigte sich, dass sowohl BIID-Betroffene (75%), als auch geschlechtsinkongruent empfindende Personen (73,7%) die Begründung von Geschlechtsinkongruenz und BIID vorrangig biologisch-genetischen Ursachen zuschreiben. Vier BIID-Betroffene (16,7%) gaben sozial-familiäre Ursachen an, während dies nur ein geschlechtsinkongruenter Proband (5,3%) bestätigte. Vier weitere geschlechtsinkongruente Probanden (21,1%) äußerten „Anderes“ als ursächlich, machten dazu jedoch keine weiteren Angaben. Zwei BIID-Betroffene (8,3%) führten ebenfalls „Anderes“ als Begründung an (s. Tabelle 15). Ein Proband benannte eine Fehlentwicklung des präfrontalen Kortex, der zweite Proband gab an, er wisse es nicht (s. Tabelle 16). Tabelle 17 soll in der Diskussion besprochen werden.

Ergebnisse zu Hypothese 7:

Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente fühlen zu manchen Zeitpunkten in ihrer Entwicklung ein Schuld- oder Schamgefühl für Ihren Wunsch.

Tabelle 18: Scham- und Schuldgefühl in den einzelnen Entwicklungsstufen

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
1. In den verschiedenen Entwicklungsstufen (Kind, Jugendliche/r, Erwachsene/r) habe ich ein Schamgefühl für meinen Wunsch entwickelt. N=23 (BIID) N=18 (Transid.)	9,22	±2,43	7,72	±4,06	.327
2. In den verschiedenen Entwicklungsstufen (Kind, Jugendliche/r, Erwachsene/r) habe ich ein Schuldgefühl für meinen Wunsch entwickelt. N=24 (BIID) N=18 (Transid.)	6,25	±4,04	5,61	±4,22	.717
3. Aktuell schäme ich mich für meinen Wunsch nach einer körperlichen Beeinträchtigung. N=23 (BIID)	5,39	±3,60			.000
4. Aktuell schäme ich mich für meinen Wunsch dem Gegengeschlecht angehören zu wollen. N=18 (Transid.)			1,61	±2,36	

Tabelle 18: Scham- und Schuldgefühl in den einzelnen Entwicklungsstufen

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD	Signifikanz (U-Test)
5. Aktuell empfinde ich ein Schuldgefühl aufgrund meines Wunsches nach einer körperlichen Beeinträchtigung. N=23 (BIID)	3,04	±3,39		.020
6. Aktuell empfinde ich ein Schuldgefühl aufgrund meines Wunsches dem Gegengeschlecht angehören zu wollen. N=16 (Transid.)			1,56 ±2,25	

Tabelle 19: (Prozentuale) Häufigkeiten zur Entwicklung von Scham (BIID)

BIID	Schamentwicklung: In welcher Entwicklungsstufe?	
	Häufigkeit	Prozent
bis vor einem Jahr	1	4,2%
Jugendlicher	7	29,2%
Kind	8	33,3%
Pubertät	2	8,3%
N	18	75%

Tabelle 20: (Prozentuale) Häufigkeiten zur Entwicklung von Schuld (BIID)

BIID	Schuldentwicklung: In welcher Entwicklungsstufe?	
	Häufigkeit	Prozent
Erwachsener	2	8,3%
in jeder, bis zu den letzten zwei Jahren	1	4,2%
Jugendlicher	4	16,7%
Kind	3	12,5%
Kind und Jugendlicher	1	4,2%
Pubertät	1	4,2%
zwischen 13 und 15 Jahren	1	4,2%
N	13	54,3%

Tabelle 21: (Prozentuale) Häufigkeiten zur Entwicklung von Schuld (Transidentität)

Transidentität	Schuldentwicklung: In welcher Entwicklungsstufe?	
	Häufigkeit	Prozent
Erwachsener	2	10,5%
Jugendlicher	2	10,5%
Kind	3	15,8%
Kindheit, Jugend, Erwachsenenesein bis zu meiner Selbstfindung	1	5,3%
Pubertät	2	10,5%

Tabelle 21: (Prozentuale) Häufigkeiten zur Entwicklung von Schuld (Transidentität)

Transidentität	Schuldentwicklung: In welcher Entwicklungsstufe?	
	Häufigkeit	Prozent
Von 6 – 23 Jahre	1	5,3%
Von Anfang an	1	5,3%
N	12	63,2%

Für Hypothese 7 musste die Alternativhypothese H7_A weitgehend abgelehnt werden. Für die Items 1 und 2 ließen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der Entwicklung von Scham- und Schuldgefühl feststellen (s. Tabelle 18).

Die Items 3 bis 6 deckten allerdings signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich eines aktuellen Scham- und Schuldempfindens auf (s. Tabelle 18).

Ergebnisse zu Hypothese 8:

Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente sammeln Material bezüglich ihres Interesses und zur „Angleichung an die erlebte Identität“.

Tabelle 22: Erste aktive Informationssuche, Erwerb von Materialien zur Angleichung

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
1. In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal aktiv Informationen über das Thema „Body Integrity Identity Disorder“ eingeholt? N=21 (BIID)	33,19	±12,05			.088
2. In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal aktiv Informationen über das Thema „Transidentität“ eingeholt? N=18 (Transid.)			27,06	±12,96	
3. Ich sammle und erwerbe Gegenstände, die der Angleichung an meine gewünschte Identität dienlich sein sollen. N=24 (BIID) N=19 (Transid.)	7,75	±3,67	8,84	±3,17	.207

Tabelle 23: (Prozentuale) Häufigkeiten probandenspezifischen Materialienerwerbs

	Item	Häufigkeit	Prozent	Gesamt
	Falls ja, welcher Art sind diese Materialien? (Mehrfachauswahl möglich)			
BIID	Rollstuhl	13	54,2	24
	Gehstützen	13	54,2	
	Armschienen	2	8,3	
	Beinschienen	4	16,7	
	Informationsbroschüren	10	41,7	
	Anderes	8	33,3	
Transidentität	Bekleidung	17	89,5	19
	Make-Up	11	57,9	
	Informationsbroschüren	5	26,3	
	Attrappen (BH, Penis)	10	52,6	
	Perücken	5	26,3	
	Anderes	5	26,3	

Tabelle 24: Erworbene Materialien der Probanden mit BIID

	Häufigkeit	Prozent
Alles was mir mein jetziges Leben erleichtert	1	4,2%
Arm- und Beinprothesen	1	4,2%
Handbike, Zweitrollstuhl	1	4,2%
Medizin. Fachbücher;	1	4,2%
Fotos - dank I'Net ist das alles einfacher	1	4,2%
Orthop. Schuhe; ich brauche sie, da ich die Muskelathrophie sonst nicht mehr ausgleichen kann.	1	4,2%
Orthopädische Schuhe	1	4,2%
Urinalkondome, Beinbeutel	1	4,2%
Windeln	1	4,2%
N	9	37,8%

Für Hypothese 8 musste die Alternativhypothese H8_A abgelehnt werden. Es zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich des aktiven Einholens von Informationen und Sammelns und Erwerbens von Materialien (s. Tabelle 22).

Ergebnisse zu Hypothese 9:

Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente schämen sich bezüglich des Sammelns von Material.

Tabelle 25: Schamgefühl aufgrund des Erwerbs von Materialien zur Angleichung

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
1. Ich habe mich schon einmal dafür geschämt, Material hinsichtlich meiner subjektiv empfundenen Identität oder zur Angleichung an den gewünschten körperlichen Zustand gesammelt zu haben. N=24 (BIID) N=19 (Transid.)	5,79	±4,13	4,26	±3,84	.196
2. Wie intensiv war dieses Schamgefühl? N=23 (BIID) N=17 (Transid.)	5,22	±3,52	4,29	±3,79	.302

Für Hypothese 9 musste die Alternativhypothese H9_A abgelehnt werden. Es zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede für die Scham hinsichtlich des Sammelns von Material zur Angleichung und der Intensität des Schamgefühls (s. Tabelle 25).

Ergebnisse zu Hypothese 10:

Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente entsorgen das Material wiederholt in der Hoffnung von ihrem Wunsch befreit zu werden.

Tabelle 26: Entlastung durch Materialentsorgung

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
1. Denken Sie in solchen Situationen, dass Sie sich durch das Entfernen entsprechender Materialien dauerhaft entlastet fühlen können? N=23 (BIID) N=18 (Transid.)	1,96	±2,36	2,56	±3,31	.659
2. Falls ja, haben Sie, nachdem Sie die Materialien entsorgt haben, bereits einmal längerfristig Entlastung von Ihrem Wunsch erfahren können? N=16 (BIID) N=9 (Transid.)	1,69	±2,02	1,89	±1,69	.559

Tabelle 27: Umgesetzte Materialentsorgung

Item 3. Haben Sie die gesammelten Materialien schon einmal entsorgt?			
	BIID	Transidentität	Gesamt
Nein	12 (52,2%)	12 (63,2%)	24 (57,1%)
Ja	11 (47,8%)	7 (36,8%)	18 (42,9%)
Gesamt	23 (100%)	19 (100%)	42 (100%)
Chi-Quadrat Wert nach Pearson	.513		
df	1		
Asymptotische Signi- fikanz (2-seitig)	.474		
Phi-Koeffizient	-.110		
Näherungsweise Sig- nifikanz	.474		
Cramer-V	.110		
Näherungsweise Sig- nifikanz	.474		
Kontingenzkoeffizient	.110		
Näherungsweise Sig- nifikanz	.474		

Für Hypothese 10 musste die Alternativhypothese H10_A abgelehnt werden. Es zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede für den Gedanken durch ein Entsorgen dauerhaft entlastet sein zu können und ob nach der Entsorgung bereits einmal längerfristig Entlastung erfahren werden konnte (s. Tabelle 26). Ebenso zeigten die beiden Stichproben Gemeinsamkeiten in der Beantwortung von Item 3 (Chi-Quadrat-Test: .513, Asymptotische Signifikanz (zweiseitig): .474, Phi-Koeffizient: -.110 = kleiner Effekt zwischen den Gruppen bezüglich des Entsorgens der Materialien, s. Tabelle 27).

Ergebnisse zu Hypothese 11:

Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente sind fasziniert von Personen mit dem gewünschten Aussehen.

Tabelle 28: Attraktivität von Personen mit der erwünschten Körpererscheinung

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
1. Finden Sie Personen, die amputiert sind oder körperliche Beeinträchtigungen haben, attraktiver als Personen mit einem unversehrten Körper?	7,29	±3,21			.412
2. Finden Sie Personen, die dem erwünschten Geschlecht angehören attraktiver als Personen des nicht erwünschten Geschlechts? N=24 (BIID) N=17 (Transid.)			7,82	±3,70	

Für Hypothese 11 musste die Alternativhypothese H11_A abgelehnt werden. Für Item 1 und 2 ließen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der empfundenen Attraktivität identifizierter Personen aufdecken (s. Tabelle 28).

Ergebnisse zu Hypothese 12:

Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente sind davon überzeugt, nach der Operation einen (subjektiv) vollkommenen Körper zu besitzen.

Tabelle 29: Vollkommenheit des Körpers durch Operation

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
In welchem Maße kann nach Ihrem Empfinden durch eine Operation Vollkommenheit des gewünschten Körpers erreicht werden? N=24 (BIID) N=19 (Transid.)	9,88	±2,42	8,00	±2,85	.005

Für Hypothese 12 konnte die Alternativhypothese H12_A angenommen werden, nach der sich BIID-Betroffene und Transidente signifikant unterscheiden hinsichtlich der Überzeugung nach der Operation einen (subjektiv) vollkommenen Körper zu besitzen (s. Tabelle 29).

Ergebnisse zu Hypothese 13:

Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente zeigen einen Beginn des Wunsches bereits in der Kindheit oder frühen Jugend.

Tabelle 30: Alter von Zweifel an und Wunsch nach spezifischer Identität

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
1. Falls Sie jemals Zweifel an der Identität als unversehrter Mensch hatten: In welchem Alter hatten Sie diese Zweifel zum ersten Mal? N=17 (BIID)	10,76	±5,27			.953
2. Falls Sie jemals Zweifel an Ihrer geschlechtlichen Identität hatten: In welchem Alter hatten Sie diese Zweifel zum ersten Mal? N=14 (Transid.)			13,00	±11,73	
3. In welchem Alter hatten Sie zum ersten Mal den Wunsch im Körper einer körperlich beeinträchtigten Person zu leben? N=23 (BIID)	10,09	±4,51			.841
4. In welchem Alter hatten Sie zum ersten Mal den Wunsch im anderen Geschlecht zu leben? N=14 (Transid.)			12,50	±11,91	

Für Hypothese 13 musste die Alternativhypothese H13_A abgelehnt werden. Es zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede für den Zweifel an und den Wunsch nach der spezifischen Identität (s. Tabelle 30).

Ergebnisse zu Hypothese 14:

Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente wissen, dass sie nach der Operation mit lebenslangen Einschränkungen rechnen müssen und sind bereit dies in Kauf zu nehmen.

Tabelle 31: Verfolgen des Wunsches trotz lebenslanger Einschränkungen

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
Trotz folgender lebenslanger Einschränkungen bin ich dazu bereit, meinem Wunsch nach operativen Maßnahmen zu folgen. N=24 (BIID) N=19 (Transid.)	9,38	±3,17	8,95	±3,63	.930

Für Hypothese 14 musste die Alternativhypothese H14_A abgelehnt werden. Es bestand kein bedeutsamer Unterschied der Gruppen hinsichtlich der Bereitschaft trotz lebenslanger Einschränkungen dem Wunsch nach operativen Maßnahmen zu folgen (s. Tabelle 31)

Ergebnisse zu Hypothese 15:

Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente zeigen Übereinstimmungen in den Eigenschaften (z.B. Verhalten) mit der erwünschten Identität.

Tabelle 32: Übereinstimmungen mit erwünschter Identität

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
1. Ich orientiere mich in meinem Verhalten eher an dem von Personen, die meine gewünschte körperliche Beeinträchtigung haben. N=23 (BIID)	6,78	±3,66			.046
2. Ich orientiere mich in meinem Verhalten eher an dem von Personen, die mein Wunschgeschlecht haben. N=18 (Transid.)			9,11	±2,11	
3. Mein Verhalten richtet sich eher nach dem einer körperlich gesunden, unbeeinträchtigten Person. N=23 (BIID)	7,00	±3,08			.000
4. Mein Verhalten richtet sich eher nach dem meines biologischen Geschlechts. N=19 (Transid.)			2,95	±2,37	

Für Hypothese 15 konnte die Alternativhypothese H15_A angenommen werden. Die Gruppen wiesen Unterschiede hinsichtlich einer Übereinstimmung der Eigenschaften mit der erwünschten Identität auf (s. Tabelle 32).

Ergebnisse zu Hypothese 16:

Sowohl bei BIID-Betroffenen als auch bei Transidenten kann eine frühe Nachahmung der gewünschten Identität festgestellt werden.

Tabelle 33: Frühe Nachahmung der erwünschten Identität

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
1. Falls Sie bereits als Kind oder Jugendliche/r in Ihre gewünschte Rolle der amputierten Person oder des körperlich eingeschränkten Menschen gewechselt haben, wie häufig hat dieses Ausprobieren stattgefunden? N=22 (BIID)	6,32	±2,97			.292
2. Falls Sie bereits als Kind oder Jugendliche/r in die Rolle Ihres gewünschten Geschlechts gewechselt haben, wie häufig hat dieses Ausprobieren stattgefunden? N=17 (Transid.)			5,29	±3,41	

Für Hypothese 16 musste die Alternativhypothese H16_A abgelehnt werden. Es zeigte sich kein bedeutsamer Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der frühen Nachahmung der erwünschten Identität und deren Häufigkeit (s. Tabelle 33).

Ergebnisse zu Hypothese 17:

Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente haben das Gefühl, nur durch chirurgische Maßnahmen „im Einklang mit ihrer gewünschten Identität leben zu können“.

Tabelle 34: Chirurgische Maßnahmen versus Psychotherapie

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
1. In einer chirurgischen Maßnahme sehe ich die einzige Möglichkeit, im Einklang mit meiner gewünschten Identität zu leben. N=24 (BIID) N=19 (Transid.)	9,42	±3,08	9,47	±2,80	.989
2. Eine Psychotherapie könnte mir die Annahme meines Körpers erleichtern. N=24 (BIID) N=19 (Transid.)	2,83	±2,53	2,05	±1,84	.224

Für Hypothese 17 musste die Alternativhypothese H17_A abgelehnt werden. Es zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Ansicht einer chirurgischen Maßnahme als einzige Möglichkeit im Einklang mit der gewünschten Identität zu leben und einer erleichterten Annahme des Körpers durch eine Psychotherapie (s. Tabelle 34).

Ergebnisse zu Hypothese 18:

Sowohl bei BIID-Betroffenen als auch bei Transidenten kann eine sexuelle Komponente den Wunsch nach chirurgischer Veränderung verstärken.

Tabelle 35: Erotische Komponenten der Körperveränderung

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
1. Erotische Komponenten spielen eine Rolle im Zusammenhang mit meinem Wunsch. N=24 (BIID) N=19 (Transid.)	6,46	±3,74	3,42	±3,24	.002
2. Erotische Komponenten verstärken den Wunsch nach der erwünschten Körperveränderung. N=24 (BIID) N=18 (Transid.)	6,33	±3,61	3,83	±3,60	.029

Für Hypothese 18 konnte die Alternativhypothese H18_A angenommen werden. Es zeigte sich ein signifikanter Gruppenunterschied hinsichtlich der sexuellen Komponente (s. Tabelle 35).

Ergebnisse zu Hypothese 19:

Sowohl BIID-Betroffene als auch Transidente erfahren einen hohen Leidensdruck und Einschränkungen in ihrer Lebensqualität.

Tabelle 36: Leidensdruck bei Operationswunsch

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
1. Ich empfinde starken Leidensdruck, solange ich nicht operiert bin. N=24 (BIID) N=19 (Transid.)	8,42	±3,02	9,63	±2,34	.066

Tabelle 36: Leidensdruck bei Operationswunsch

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
2. Auch ohne eine Operation erhalten zu haben, fühle ich mich wohl. N=24 (BIID) N=19 (Transid.)	4,29	±3,22	3,37	±3,22	.150

Für Hypothese 19 musste die Alternativhypothese H19_A abgelehnt werden. Die Gruppen unterschieden sich nicht bedeutsam hinsichtlich eines Leidensdrucks ohne Operation und in der Aussage sich auch ohne eine Operation wohlfühlen (s. Tabelle 36).

Ergebnisse zu Hypothese 20:

Während Transidente nach der Operation unauffällig in der Gesellschaft leben möchten, möchten BIID-Betroffene durch ihre Behinderung auffallen.

Tabelle 37: Leben im Identitätsgeschlecht

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
1. Ich möchte in meiner Identität als körperlich beeinträchtigte Person mein Leben unauffällig weiterführen. N=24 (BIID)	9,88	±2,35			.741
2. Ich möchte in meiner Identität als Person des Gegengeschlechts mein Leben unauffällig weiterführen. N=19 (Transid.)			9,63	±2,17	

Für Hypothese 20 musste die Alternativhypothese H20_A abgelehnt werden. Beide Gruppen unterschieden sich nicht bedeutsam hinsichtlich der Frage ob sie nach einer Operation unauffällig in der Gesellschaft leben möchten (s. Tabelle 37).

Ergebnisse zu Hypothese 21:

Während Transidente denen ihnen zugewiesenen Geschlechtsmerkmalen mit Ablehnung begegnen, stehen BIID-Betroffene der zu amputierenden Extremität eher gleichgültig gegenüber.

Tabelle 38: Ablehnung gegenüber zu verändernden Körpermerkmalen

Item	BIID M und SD		Transidentität M und SD		Signifikanz (U-Test)
Ich empfinde starke Ablehnung gegenüber den Körpermerkmalen, die ich zu verändern wünsche. N=24 (BIID) N=19 (Transid.)	4,50	±3,16	8,68	±3,06	.000

Für Hypothese 21 konnte die Alternativhypothese H21_A angenommen werden. Es zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich der Einstellung zu den Körperteilen, die zu entfernen gewünscht werden (s. Tabelle 38).

4. Diskussion

Insgesamt lässt sich feststellen, dass nach der Auswertung der Daten bei der Stichproben in fünf Fällen die Alternativhypothese angenommen werden konnte. Ein Ergebnis wies eine inkonsistente Befundlage auf, in 15 Fällen konnte die Nullhypothese als zutreffend angenommen und keine Unterschiede aufgedeckt werden.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Erhebung zu den einzelnen Hypothesen auf dem Hintergrund des gegenwärtigen wissenschaftlichen Forschungsstandes diskutiert und beurteilt werden.

Zunächst einmal konnte statistisch ermittelt werden, dass zwischen BIID-Betroffenen und geschlechtsinkongruent empfindenden Personen in der erhobenen Stichprobe keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich des Alters und der Ausbildungsjahre vorlagen, das bedeutet, dass die Gruppen miteinander vergleichbar waren. Die ermittelten Unterschiede können damit nicht durch Vorliegen eines unterschiedlichen Alters oder eines unterschiedlichen Ausbildungsstandes begründet sein.

Beide Probandengruppen weisen also eine Gemeinsamkeit hinsichtlich des Alters auf. Das deutet darauf hin, dass vor allem im mittleren Erwachsenenalter eine eigene Akzeptanz und ein aufgeschlossenerer Umgang mit dem Wunsch bestehen können. Dieser begleitet die Probanden schon seit möglicherweise vielen Jahren. Vor allem bei geschlechtsinkongruenten Klienten konnte man feststellen, dass das Alter der Erstvorstellung im therapeutischen Setting (Beier et al., 2005) auch im mittleren Erwachsenenalter liegen kann und somit auch eine Bereitschaft offensiv als Person des Gegengeschlechts aufzutreten. Damit könnte schließlich dann auch die höhere Bereitschaft an einer Teilnahme an Forschungsprojekten begründet werden. Gleiches wäre denkbar für BIID-Betroffene.

Zu Hypothese 1:

Für Hypothese 1 konnte die Annahme bestätigt werden, dass sowohl bei BIID-Betroffenen als auch bei Geschlechtsinkongruenten gleichermaßen Körperteile existieren, die nicht als zu sich zugehörig empfunden werden (Signifikanz im U-Test: .696, Mittelwerte: 7,29 bei BIID und 7,68 bei Tran-

sidentität, s. Tabelle 10). In beiden Gruppen lagen dahingehend Gemeinsamkeiten vor.

Welche Körperteile konkret bei den einzelnen Probanden betroffen waren, lässt sich der Stichprobenstatistik entnehmen, in der Aussagen zu bereits durchgeführten und angestrebten Körperveränderungen der Probanden beider Gruppen dargestellt wurden.

Das Empfinden einer Nicht-Zugehörigkeit entsprechender Körperteile kann bei beiden Phänomenen dazu führen, dass Leidensdruck und Unwohlsein entstehen, die später in dem Wunsch resultieren, sich einem operativen Eingriff zu unterziehen. Dieses Gefühl einer Nicht-Zugehörigkeit könnte indes die Inkongruenz zwischen der gefühlten Identität und dem physischen Körperbild verstärken. Im Vergleich der Mittelwerte ließ sich für beide Stichproben feststellen, dass sie dies in gesteigertem Maße bestätigten.

Zu Hypothese 2:

Hypothese 2, der Wunsch nach operativer Veränderung, kann aufgrund der inkonsistenten Befundlage nicht abschließend belegt oder widerlegt werden. Dennoch bestätigten sowohl die Probanden mit der Selbstzuweisung zum Phänomen der BIID als auch die geschlechtsinkongruenten Probanden einen intensiven Wunsch nach einem operativen Eingriff, der auch durch die Betrachtung der Mittelwerte der gewählten Aussagen ersichtlich wird (Signifikanz im U-Test: .051, Mittelwerte: 8,67 bei BIID und 9,79 bei Transidentität, s. Tabelle 11). Dieser intensive Wunsch ist letztlich eine Begründung bei BIID-Betroffenen, aufgrund der derzeit unmöglichen Realisierbarkeit einer Amputation selbst entsprechende Handlungen durchzuführen oder eine Amputation zu provozieren.

Zusätzlich bestand für BIID-Betroffene als auch geschlechtsinkongruent empfindende Probanden eine Gemeinsamkeit dahingehend, den eigenen biologischen Körper beziehungsweise den eigenen gesunden Körper ohne eine chirurgische Maßnahme nicht akzeptieren zu können (Signifikanz im U-Test: .213, Mittelwerte: 7,52 bei BIID und 8,63 bei Transidentität, s. Tabelle 11). Auch hieraus könnte bei beiden Gruppen der dringliche Wunsch nach operativen Eingriffen resultieren, der im Falle von BIID zu riskanten

bis hin zu tödlichen Eigenamputationsversuchen oder selbst herbeigeführten Beeinträchtigungen führen kann (Stirn et al., 2010).

Als ein weiteres gemeinsames Merkmal im Zusammenhang mit einem Operationswunsch erschien auch das von beiden Stichproben eher verneinte und statistisch eine Gemeinsamkeit abbildende Item einer geringen Intensität des Wunsches (Signifikanz im U-Test: .320, Mittelwerte: 2,58 bei BIID und 1,78 bei Transidentität, s. Tabelle 11). In beiden Gruppen stimmten die Probanden der Aussage des Items nicht zu. Eine Korrelation dieses Items mit dem Item in dem der intensive Wunsch nach einer chirurgischen Körperveränderung erfragt wurde (beide Items waren gegenpolig formuliert), erzielte eine hohe negative Korrelation, welche die Reliabilität der Aussagen absicherte.

Ein letztes Item (gegenpolig dazu formuliert, den eigenen Körper ohne operative Maßnahmen nicht akzeptieren zu können), welches ebenso der Bestätigung der Hypothese dienen sollte, wies Unterschiede bezogen auf die mögliche Akzeptanz des biologischen oder gesunden Körpers ohne das Ziel operativer Maßnahmen in den Probandengruppen auf (Signifikanz im U-Test: .012, Mittelwerte: 4,29 bei BIID und 2,32 bei Transidentität, s. Tabelle 11). Die BIID-Betroffenen bestätigten im Mittel eine etwas höhere, wenn auch nach wie vor niedrige Akzeptanz des nicht operierten Körpers als geschlechtsinkongruente Personen. Eine mögliche Erklärung wäre hier, dass beispielsweise im Rahmen einer Psychotherapie bei Geschlechtsinkongruenten auch die Entscheidung getroffen werden kann, sich ein Leben ohne chirurgische Angleichung vorstellen zu können und es beispielsweise bei einer Hormontherapie zu belassen (Vetter, 2007; s. auch Hypothese 17). In der Stichprobe der BIID-Betroffenen kann diese von den Angaben der geschlechtsinkongruenten Personen abweichende Angabe möglicherweise damit begründet werden, dass die mangelnde Realisierbarkeit zunehmend zur Akzeptanz des eigenen Körpers führen könnte. Das würde den dennoch niedrigen Mittelwert in den Antworten erklären und auch den von einigen BIID-Betroffenen geäußerten Wunsch, von der Identifizierung als Mensch mit einer körperlichen Beeinträchtigung eher wieder „befreit“ werden zu wollen (Kasten, 2009).

Zusätzlich muss in Betracht gezogen werden, dass sowohl BIID als auch Geschlechtsinkongruenz bei den einzelnen Personen in unterschiedlicher Stärke vorliegen kann, so dass nicht jeder Proband aus beiden Gruppen dazu bereit ist, den Weg einer Geschlechtsangleichung oder Amputation vollständig umzusetzen.

Zweifellos kann aufgrund der zuvor genannten Ergebnisse die Gemeinsamkeit beider Gruppen, einen chirurgischen Eingriff zu wünschen, bestätigt werden.

Zu Hypothese 3:

Für Hypothese 3 konnte nach der statistischen Auswertung der Ergebnisse die Alternativhypothese angenommen werden (Signifikanz im U-Test: .000, s. Tabelle 12). Demnach bestehen zwischen BIID-Betroffenen und geschlechtsinkongruenten Personen signifikante Unterschiede hinsichtlich eines starken Unbehagens mit der Anatomie des eigenen Körpers. Bei Sicht der Mittelwerte beider Probandengruppen wurde deutlich, dass während BIID-Betroffene die Hypothese, den nackten Körper als abstoßend zu empfinden im Mittel tendenziell eher verneinten (Mittelwert: 2,38) die Probanden mit geschlechtsinkongruentem Empfinden (Mittelwert: 8,00) diese Hypothese hingegen bestätigten (s. Tabelle 12). In vorangegangenen Untersuchungen zu BIID konnte belegt werden, dass betroffene Personen gegenüber den Körperteilen die sie zu amputieren wünschen, keine negativen Assoziationen haben (Kasten, 2009, Blanke et al., 2008), was für die vorliegenden Ergebnisse dieser Studie sprechen würde. Bei geschlechtsinkongruent empfindenden Personen konnte man im Vergleich dazu feststellen dass den Körperteilen welche zu verändern gewünscht werden teils sogar mit sehr starker Ablehnung bis hin zu Hass begegnet wird (Beier et al., 2005; Vetter, 2007).

Vorgezogen werden sollte an dieser Stelle *Hypothese 21*, deren Ergebnisse auch für signifikante Unterschiede zwischen BIID und Geschlechtsinkongruenz sprechen (Signifikanz im U-Test: .000, Mittelwerte: 4,50 bei BIID und 8,68 bei Transidentität, s. Tabelle 38). Hier wurde die Annahme untersucht, geschlechtsinkongruente Personen würden den ihnen zugewiesenen Geschlechtsmerkmalen mit Ablehnung begegnen, während

BIID-Betroffene der zu amputierenden Extremität eher gleichgültig gegenüber stehen. Auch hier zeigte sich in der Auswertung des Items „Ich empfinde starke Ablehnung gegenüber den Körpermerkmalen die ich zu verändern wünsche“, dass geschlechtsinkongruente Probanden diese Aussage mit einem Mittelwert von 8,68 tendenziell eher bestätigten, während BIID-Betroffene mit einem Mittelwert der Antworten von 4,50 auf einer Skala von „Trifft gar nicht zu“ bis „Trifft voll zu“ und einer Zehnerabstufung von 0 – 100 eher im mittleren Bereich lagen, der den Bereich indifferenter Aussagen abdeckte und zudem der Beurteilung eines bestimmten Merkmals keine besondere Bedeutung beimaß.

In der Folge können diese beiden Hypothesen die oben genannten vorangegangenen Studienergebnisse bestätigen aus denen hier der besondere Unterschied zwischen BIID und Geschlechtsinkongruenz deutlich wird.

Zu Hypothese 4:

In der Auswertung der Items zu Hypothese 4 wurde deutlich, dass sich zwischen den Probanden mit BIID und denen mit Geschlechtsinkongruenz keine signifikanten Unterschiede finden ließen (Signifikanz im U-Test: .757, s. Tabelle 13). In dem Gefühl, dass der eigene biologisch gesunde oder zugewiesene Körper nicht dem subjektiven mentalen Körperbild entspricht zeigte sich bei beiden Gruppen eine Gemeinsamkeit. Beide Gruppen bestätigten dies in hohem Maße, was auch in der Betrachtung der Mittelwerte deutlich wurde, die nur unwesentlich voneinander abwichen (9,08 bei BIID und 9,05 bei Transidentität; s. Tabelle 13).

Diese Inkongruenz zwischen dem eigenen Körper und dem Gefühl davon, wie der Körper subjektiv ausgestaltet sein soll, kann den Wunsch einer operativen Angleichung begründen. Eine gewünschte Operation geht bei beiden Probandengruppen mit der Hoffnung einher eine Kongruenz von subjektivem und sichtbarem, physischem Körperbild wieder herzustellen. Die Annahme, BIID-Betroffenen würde das Gefühl eines intrinsischen Besitzes entsprechender Körperteile fehlen (Hilti & Brugger, 2010), kann mit dem Ergebnis dieser Hypothese belegt werden.

Zu Hypothese 5:

Mittels der zugehörigen Items zu Hypothese 5 konnte belegt werden, dass zur Annäherung und Erprobung des erwünschten körperlichen Zustandes schon lange Zeit vor operativen Maßnahmen das gewünschte Aussehen in beiden Gruppen nachgeahmt wird. Diese Bewertung wurde anhand von Altersangaben der Probanden erhoben, die rückblickend den Zeitpunkt des ersten Pretending bzw. Cross-Dressing in Heimlichkeit und in der Öffentlichkeit benennen sollten. In der Betrachtung der Mittelwerte wurde deutlich, dass sich hinsichtlich des Alters der Probanden für beide Aspekte nur unwesentliche Abweichungen zeigten (Heimlich: Pretending 14,82 Jahre, Cross-Dressing: 13,46 Jahre; In der Öffentlichkeit: Pretending: 25,28 Jahre, Cross-Dressing: 25,50 Jahre, s. Tabelle 14).

Einen signifikanten Unterschied erzielten die Ergebnisse unter Betrachtung der Anzahl der Stunden, welche die Probanden in den vergangenen 12 Monaten oder im Rückblick 12 Monate vor dem Erhalt operativer Maßnahmen mit Pretending oder Cross-Dressing ausfüllten. Während sich für BIID ein Mittelwert von 53,50 Stunden ergab, lag der Wert bei den geschlechtsinkongruenten Probanden mit 668,92 Stunden deutlich höher (s. Tabelle 14).

Die Aussagekraft dieses letzten Ergebnisses ist jedoch kritisch zu betrachten, da geschlechtsinkongruente Personen im Zusammenhang mit dem diagnostisch-therapeutischen Prozess, den sie zum Erhalt chirurgischer Maßnahmen durchlaufen müssen, einen *Alltagstest* oder *Alltagserprobung* (etwa anderthalb Jahre vor operativen Maßnahmen) durchführen müssen. Diese Erprobung findet in allen Lebensbereichen der Personen statt (Privatleben, sowie auch beruflich) und erfordert, dass der Klient dabei andauernd in der erwünschten Geschlechtsrolle lebt (Beier et al., 2005). Im Falle der Fragestellung nach Cross-Dressing kann dies zu einer eingeschränkten Aussagekraft führen. Zusätzlich ist das Ausführen von Pretending bei einer natürlicherweise körperlich gesunden Person gesellschaftlich nicht toleriert. Daraus kann sich ergeben, dass BIID-Betroffene dies nicht in der Häufigkeit in ihrem gewohnten Umfeld durchführen. Die Begrenzung der Stundenanzahl bei den Probanden der Stichprobe mit BIID lässt sich so begründen.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse dafür, dass beide Gruppen schon lange Zeit vor einer angestrebten oder gewünschten Operation den erwünschten körperlichen Zustand nachahmen.

Zu Hypothese 6:

Die statistische Auswertung der Ergebnisse zu Hypothese 6 bestätigte die Annahme, dass sowohl bei BIID-Betroffenen als auch geschlechtsinkongruenten Personen Gemeinsamkeiten dahingehend bestehen, für Ihren Wunsch nach einer Körperversänderung keine rationale Erklärung geben zu können.

Es zeigte sich, dass die Probanden beider Gruppen deutlich vorrangig biologisch-genetische Ursachen als Begründung für ihr Empfinden festlegten (BIID: 75%, Transidentität: 73,7%), noch vor Ursachen die sozial-familiäre (BIID: 16,7%, Transidentität: 5,3%) oder andere Komponenten (BIID: 8,3%, Transidentität: 21,1%) umfassten (s. Tabelle 15). Zusätzlich kann in der ausgebliebenen Beantwortung der Begründung für den eigenen Wunsch bei allen geschlechtsinkongruenten Probanden der Hinweis vorliegen, dass eine Wunschbegründung nicht möglich ist, was die Hypothese stützen würde. Es kann sein, dass sich diese ausgebliebene Beantwortung unter anderem auf die zahlreichen biologisch-genetischen Studien im Bereich der Geschlechtsinkongruenz zurückführen lässt, die bei betroffenen Personen eine entsprechende Ursachenzuschreibung, sowie die Bestrebungen einer Entpathologisierung oder das Verständnis von Geschlechtsinkongruenz als Normvariante unterstützen (Haupt, 2012). Die somatische Ursachenzuschreibung kann bei geschlechtsinkongruenten Probanden zu der Annahme führen, ihr Wunsch sei biologisch determiniert, also natürlicherweise bestehend und es gebe folglich keine subjektiven Gründe.

Auch die Antworten der BIID-Betroffenen lieferten keine stichhaltige Erklärung für eine mögliche Wunschbegründung oder Auslöser im Sinne von Ursache und Wirkung. Zur Begründung wurden vielfältige Annahmen geäußert, wie zum Beispiel auslösende Kindheitserlebnisse, das Wiederherstellen einer Kongruenz zwischen Gefühl und Körper, ein sich angezogen fühlen von Personen mit einer körperlichen Beeinträchtigung und Faszina-

tion gegenüber körperlich beeinträchtigten Personen oder dass das Gefühl körperlich beeinträchtigt zu sein als richtig empfunden wird. Letztlich gaben fünf Probanden an, der Wunsch sei einfach (schon immer) da und nicht wegzubekommen, „es ist wie es ist“. Ein Proband fragte, weshalb eine Begründung notwendig sei (s. Tabelle 17). Der Großteil der Antworten bezog sich auf Einzelnennungen spezifischer Begründungen, woraus sich auch dabei keine Generalisierbarkeit oder eine adäquate Begründung des Wunsches ableiten ließ. Viele der genannten Begründungen lassen sich in vorangegangenen Studien wiederfinden (First, 2005; Kasten, 2012, 2009; Blanke et al., 2008). Unter Einbezug der Ergebnisse, dass biologisch-genetische Komponenten für BIID bei den Betroffenen (75%) als ursächlich betrachtet werden, tritt auch bei dieser Probandengruppe die persönliche Erklärung des Wunsches möglicherweise in den Hintergrund.

Zu Hypothese 7:

Für Hypothese 7 wurde die Alternativhypothese abgelehnt, da die Ergebnisse beider Gruppen hinsichtlich des Empfindens von Schuld- (Signifikanz im U-Test: .717) und Schamgefühlen (Signifikanz im U-Test: .327) für Gemeinsamkeiten sprachen (s. Tabelle 18).

Während in der Stichprobe geschlechtsinkongruenter Probanden keine Angaben zu dem Zeitpunkt des Empfindens eines Schamgefühls gemacht wurden, konnte die Entwicklung von Scham bei den BIID-Betroffenen (N=18) vor allem auf Kindheit (33,3%) und Jugend (29,2%) zurückgeführt werden (s. Tabelle 19), ebenso wie die Entwicklung von Schuld (N=13, Kindheit: 12,5%, Jugend: 16,7%), wobei auch hier die Übergänge von Kindheit zur Jugend (N=1, 4,2%) genannt wurden. Zwei Probanden (8,3%) nannten für die Entwicklung von Schuldempfinden das Erwachsenenalter und ein Proband (4,2%) gab an „In jeder bis zu den letzten zwei Jahren“ Schuld empfunden zu haben. Es handelte sich hierbei um eine erwachsene Person (s. Tabelle 20).

Ähnlich verteilten sich die Antworten der geschlechtsinkongruenten Probanden (N=12), die auch besonders Kindheit (15,8%) und Jugend (10,5%) bezüglich einer Schuldentwicklung nannten und auch hier bestätigten zwei Probanden Schuldgefühle im Erwachsenenalter entwickelt zu haben. Ein

Proband gab an, zwischen Kindheit und frühem Erwachsenenalter und ein anderer bis zu seiner Selbstfindung (deren Alter nicht genannt wird) Schuldgefühle entwickelt zu haben. Ein letzter Proband (5,3%) äußerte, „von Anfang an“ Schuld empfunden zu haben, wobei unklar blieb ob dieses Empfinden nach wie vor bestand, oder sich bereits aufgelöst hatte (s. Tabelle 21). Durch die Feststellung, dass sich in beiden Stichproben vor allem Schuld- und Schamempfinden (letzteres bei den BIID-Betroffenen) auf sensible Phasen wie Kindheit und Jugend bezog, könnte beispielsweise der Aspekt der Selbstfindung und Identifizierung in der Zeit von Kindheit und Jugend zu solchen Gefühlen geführt haben.

Letztlich muss jedoch auch beachtet werden, dass sich für aktuelles Empfinden von Schuld (Signifikanz im U-Test: .020) und Scham (Signifikanz im U-Test: .000) Unterschiede zwischen den Gruppen aufdecken ließen (s. Tabelle 18). Schloss man die Mittelwerte der Items in die Beurteilung mit ein, ließ sich feststellen, dass tendenziell eher Probanden mit BIID, wenn auch nur geringfügig Schuld- und Schamgefühle bestätigten (Aktuelles Schuldempfinden bei BIID: 3,04 und bei Transidentität: 1,56, aktuelle Scham bei BIID: 5,39 und bei Transidentität: 1,61). Von diesen Werten ausgehend könnte vermutet werden, dass Schuld- und Schamgefühle, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt vermehrt bei BIID empfunden wurden darauf bezogen werden könnten, dass es sich im Gegensatz zur Geschlechtsinkongruenz um ein bislang gesellschaftlich und ethisch nicht toleriertes Phänomen handelt. Die betroffenen Personen könnten also aufgrund ihres Wunsches und der damit einhergehenden Konfliktsituation mit gesellschaftlichen Werten Schuld- oder Schamgefühle entwickeln. Dies könnte im Kontrast stehen zu der gesellschaftlich und rechtlich legitimierten Situation in der sich geschlechtsinkongruente Personen befinden und daraus der Unterschied zwischen den beiden Gruppen entstanden sein. Dieser Aspekt des Schuld- und Schamempfindens sollte jedoch in weiteren Untersuchungen erneut aufgegriffen werden, da an dieser Stelle nur Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufgedeckt werden konnten, nicht jedoch worauf sich dieses Empfinden konkret bezog und wodurch es begründet wurde.

Zu Hypothese 8:

Die Ergebnisse zu Hypothese 8 belegten die Gemeinsamkeit zwischen BIID und Geschlechtsinkongruenz hinsichtlich des Erwerbs von Materialien zur Angleichung an die erwünschte Identität.

Zunächst einmal war beiden Stichproben das Alter in dem zum ersten Mal Informationen zu Geschlechtsinkongruenz und BIID eingeholt wurden gemein (Mittleres Alter bei BIID: 33,19 und bei Transidentität: 27,06; s. Tabelle 22). Nach diesen Angaben scheinen BIID-Betroffene, als auch geschlechtsinkongruente Personen sich vor allem im Erwachsenenalter zwischen Ende 20 und Anfang 30 über ihre spezifischen Erlebensweisen zu informieren. Dieses „höhere Alter“ kann ein Hinweis darauf sein, dass sich die Auseinandersetzung mit der jeweiligen Thematik vor allem nach abschließender Bewusstwerdung, von BIID oder Geschlechtsinkongruenz betroffen zu sein, stattfindet. Auch kann ein Grund hierfür der möglicherweise zunehmende Leidensdruck und die Suche nach Lösungswegen sein.

Darüber hinaus bestätigten beide Gruppen das Item zum Erwerb und Sammeln von Materialien die der Angleichung an die erwünschte Identität dienlich sein sollten. Die Probanden der Stichprobe der BIID-Betroffenen (N=24) erwarben vor allem Rollstühle und Gehstützen (jeweils N=13, 54,2%), Informationsbroschüren (N=10, 41,7%), gefolgt von Bein- (N=4, 16,7%) und Armschienen (N=2, 8,3%). Die Option des Erwerbs anderer Materialien bestätigten N=8 (33,3%).

In der Stichprobe der geschlechtsinkongruent empfindenden Personen gaben N=17 (89,5%) Bekleidung zu erwerben, N=11 (57,9%) erstanden Make-Up, N=10 (52,6%) BH- und Penisattrappen. Informationsbroschüren und Perücken wurden jeweils von N=5 (26,3%) bestätigt und fünf weitere Probanden (26,3%) gaben „Anderes“ als erworbene Materialien an (s. Tabelle 23), keiner gab dazu jedoch weiterführende Angaben an.

N=9 (37,8%) der Stichprobe BIID-Betroffener äußerten sich zu dem Erwerb weiterführender Materialien. N=2 (8,4%) gaben den Erwerb von Inkontinenzversorgungsartikeln an („Windeln“, „Urinalkondome, Beinbeutel“), weitere N=2 (8,4%) nannten „orthopädische Schuhe“ und bei den verbleibenden fünf Probanden wurden jeweils einzeln genannt: Fotos,

medizinische Fachbücher, Handbike/Zweitrollstuhl, Arm- und Beinprothesen und „Alles was mir mein jetziges Leben erleichtert“ (Tabelle 24).

Es konnte festgestellt werden, dass in beiden Gruppen insbesondere die Artikel ausgewählt wurden, die eine Angleichung an den erwünschten körperlichen Zustand erleichtern (beispielsweise ein Rollstuhl bei einer erwünschten Querschnittslähmung oder Make-Up bei einer Mann-zu-Frau Transidenten).

Zu Hypothese 9:

Sowohl für BIID-Betroffenen als auch für Geschlechtsinkongruenz lässt sich bestätigen, dass Angehörige beider Phänomene ein Schamgefühl für das Sammeln spezifischer Materialien entwickeln (Signifikanz im U-Test: .196, Mittelwerte: 5,79 bei BIID und 4,26 bei Transidentität, s. Tabelle 25).

Dieses Schamgefühl stellte sich in beiden Stichproben auch als gleichsam intensiv heraus (Signifikanz im U-Test: .302, Mittelwerte: 5,22 bei BIID und 4,29 bei Transidentität, s. Tabelle 25). Die Mittelwerte der beiden Gruppen und bezüglich beider Items wichen für beide Stichproben nur unwesentlich voneinander ab, wobei BIID-Betroffene tendenziell eher bestätigten, sich für das Sammeln des Materials zu schämen als geschlechtsinkongruent empfindende Personen. Auch die Intensität dieses Schamgefühls gaben BIID-Betroffene (wenn auch unwesentlich) etwas höher an als Probanden mit einer Geschlechtsinkongruenz. In der Begründung dieser Hypothese kann der Aspekt eine Rolle spielen, dass gegengeschlechtliches Empfinden eher toleriert wird, als das Vortäuschen einer körperlichen Beeinträchtigung. Zusätzlich kann die Scham dafür, sich an den erwünschten körperlichen Zustand angleichen zu wollen und entsprechende Materialien zu erwerben, dafür sprechen, dass sich die betroffenen Personen (im Falle von BIID) der Absurdität ihres Wunsches bewusst sind (Blanke et al., 2008) und daher ein Schamgefühl für diese Handlungen zeigen.

Darüber hinaus scheint Hypothese 10 (folgend) einen Anhaltspunkt für die Folge dieses Schamgefühls zu liefern. Wie intensiv dieses Schamgefühl in beiden Gruppen jedoch tatsächlich war und weshalb konkret Schamgefühle entwickelt wurden, wird mit den Items dieser Hypothese jedoch nicht deutlich und könnte in künftigen Studien genauer untersucht werden.

Zu Hypothese 10:

Ausgehend von der Annahme, dass sowohl BIID-Betroffene als auch geschlechtsinkongruent empfindende Probanden ein Schamgefühl für das Sammeln von Material empfinden, konnte für Hypothese 10 belegt werden, dass in beiden Gruppen das Material entsorgt wird, in der Hoffnung vom Wunsch befreit zu werden.

Dies bestätigte sich sowohl in der Berechnung des Chi-Quadrat Tests (Asympt. Signifikanz: .474, Tabelle 27), als auch in der des U-Tests (Gedanken an das Gefühl dauerhafter Entlastung nach einer Entsorgung: .659, s. Tabelle 26). Beide Stichproben wiesen auch eine Gemeinsamkeit in der Beantwortung des Items auf, ob nach einer Entsorgung bereits längerfristig Entlastung erfahren werden konnte (Signifikanz im U-Test: .559). Schloss man in die Beurteilung der Daten die Mittelwerte dieses Items ein (BIID: 1,69, Geschlechtsinkongruenz: 1,89), wurde deutlich, dass auf der Beurteilungsskala von 0 – 100 (beziehungsweise übertragen 1–11, s. Seite 27-28) mit den Grenzen Nie – Immer, die Probanden beider Stichproben eine erfolgte Entlastung eher verneinten (s. Tabelle 26). Dies kann hinsichtlich der Annahme einer vorliegenden Identitätszuschreibung als körperlich beeinträchtigte Person oder als Person des Gegengeschlechts für ein fest verankertes Identitätsempfinden sprechen, welches sich nicht durch das Entsorgen der Materialien aufzulösen vermag.

Zu Hypothese 11:

Hypothese 11 postulierte, Angehörige beider Gruppen (BIID wie auch Geschlechtsinkongruenz) seien fasziniert von Personen mit dem erwünschten Aussehen. Es zeigten sich Gemeinsamkeiten (Signifikanz im U-Test: .412) dahingehend, dass (unter Einschluss der Mittelwerte, BIID: 7,29 und Geschlechtsinkongruenz: 7,82) Personen mit einer körperlichen Beeinträchtigung oder Personen des erwünschten Geschlechts in erhöhtem Maße als attraktiver empfunden wurden als Personen mit einem unverletzten Körper oder mit einer Zugehörigkeit zum nicht erwünschten Geschlecht (s. Tabelle 28).

Diese Faszination kann bei beiden Probandengruppen den Wunsch nach chirurgischen Maßnahmen beeinflussen. Die als attraktiv empfundene

Person kann zudem zwischen dem für das subjektive Körperbild zutreffend empfundenen Aussehen und dem biologischen, anatomischen Körper zu einer Verstärkung des Inkongruenzgefühls beitragen. In Folgestudien könnte dieser Aspekt näher untersucht werden.

Zu Hypothese 12:

Für Hypothese 12 betrug die Signifikanz im U-Test .005 (s. Tabelle 29), somit war von einem signifikanten Unterschied zwischen den beiden Probandengruppen auszugehen. Dieser Unterschied bezog sich auf die Vorstellung nach operativen Maßnahmen einen (subjektiv) vollkommenen Körper zu besitzen.

Etwas unklar blieb hierbei, worin sich dieser Unterschied begründete, da beide Probandengruppen im Mittel eher in hohem Maße bestätigten nach einem chirurgischen Eingriff einen subjektiv vollkommenen Körper zu besitzen. Eine Möglichkeit kann in der Verteilung der Antworten liegen. Während BIID Betroffene hier überdurchschnittlich häufig die Vollkommenheit nach einer Operation in hohem Maße bestätigten, wichen die Angaben der geschlechtsinkongruent empfindenden Personen davon ab. Neben hoch bestätigenden Angaben einer postoperativen Vollkommenheit, fanden sich auch Angaben in den Antworten die zwischen 4 bis 6 auf einer Skala von 0 - 100 (auch hier gilt wieder die Übertragung der Werte auf eine Skala von 1-11, s. Seite 27-28) die dieses Item entsprechend eher ablehnten oder einer Aussage indifferent gegenüberstanden.

Zusätzlich kann es sein, dass die Probanden aus der Stichprobe mit BIID sich darüber bewusst waren, im Anschluss an operative Maßnahmen objektiv und sichtbar mit körperlich beeinträchtigten Personen gleichgestellt werden zu können. Geschlechtsinkongruente Personen hingegen können sich trotz chirurgischer und hormoneller Maßnahmen möglicherweise physisch erschwert ihrem Gegengeschlecht angleichen (z.B. aufgrund von Bartschatten oder der nicht beeinflussbaren Statur des Körpers) und als Angehöriger ihres biologischen Geschlechts erkannt werden.

Zu Hypothese 13:

BIID-Betroffene und geschlechtsinkongruent empfindende Personen zeigen Gemeinsamkeiten hinsichtlich des Beginns des Wunsches in der Kindheit und der frühen Jugend.

Diese Annahme kann nach statistischer Auswertung belegt werden. Die Probanden beider Stichproben äußerten im Mittel bereits im Alter zwischen 10 und 13 Jahren (BIID: 10,76 Jahre, Geschlechtsinkongruenz: 13 Jahre) Zweifel an der Identität als unversehrte Person oder der geschlechtlichen Identität gehabt zu haben.

Entsprechend wurde der Wunsch in der Identität des Gegengeschlechts oder einer körperlich beeinträchtigten Person zu leben auf ein Alter zwischen 10 und 12 Jahren datiert (BIID: 10,09 Jahre und Geschlechtsinkongruenz: 12,50 Jahre, s. Tabelle 30).

Diese Ergebnisse können die bislang erzielten Erkenntnisse zum Entstehungsalter von Geschlechtsinkongruenz (Nieder et al., 2011; Möller, 2009; Beier et al., 2005) und BIID (Stirn et al., 2010; Blanke et al., 2008; First, 2005) in Kindheit und Jugend unterstützen und sprechen gleichermaßen für eine sich bereits zu diesem Zeitpunkt entwickelnde Identität.

Zu Hypothese 14:

Statistisch belegt werden konnte auch die Annahme, dass Gemeinsamkeiten zwischen BIID-Betroffenen und geschlechtsinkongruent empfindenden Personen dahingehend bestehen, dass Angehörige beider Gruppen wissen, nach einer Operation mit lebenslangen Einschränkungen rechnen zu müssen und bereit sind dies in Kauf zu nehmen.

In beiden Stichproben wurde dies im Mittel stark bestätigt (Signifikanz im U-Test: .930, Mittelwert bei BIID: 9,38 und bei Geschlechtsinkongruenz: 8,95, Tabelle 31). Dieses Ergebnis kann in beiden Stichproben auf eine starke Komponente des Identitätsempfindens und der Zuordnung der eigenen Person zu Menschen mit der erwünschten Körpergestalt hindeuten. Daraus kann eine bewusste Entscheidung resultieren, sich trotz des Wissens um lebenslange Einschränkungen (bei BIID: z.B. Angewiesen sein auf Hilfsmittel wie einen Rollstuhl oder Gehstützen, bei Geschlechtsinkon-

gruenz: die lebenslang erforderliche Applikation von Hormonen) um seiner eigenen Identität willen diesen Beschränkungen auszusetzen.

Zu Hypothese 15:

Für Hypothese 15 war von einem signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich Übereinstimmungen der Eigenschaften mit der erwünschten Identität auszugehen.

Es konnte belegt werden, dass die Probanden beider Stichproben sich dahingehend unterscheiden, dass sie sich in ihrem Verhalten an dem von Personen mit der erwünschten Identität orientieren (Signifikanz im U-Test: .046, Mittelwerte: 6,78 bei BIID und 9,11 bei Transidentität). Betrachtete man das zugehörige Reliabilitätsitem mit der Aussage sich in seinem Verhalten eher an dem einer körperlich gesunden Person oder entsprechend des eigenen biologischen Geschlechts zu verhalten, ließen sich auch hier signifikante Gruppenunterschiede aufdecken (Signifikanz im U-Test: .000, Mittelwerte: 7,00 bei BIID und 2,95 bei Transidentität, s. Tabelle 32). Zog man zur Beurteilung dieses Items die Mittelwerte hinzu ließ sich feststellen dass besonders die geschlechtsinkongruenten Probanden ein ihres biologischen Geschlechts entsprechendes Verhalten als eher nicht zutreffend beschrieben. Dies könnte für eine vorrangige Identifizierung als Person des Gegengeschlechts sprechen und damit einhergehend eine Orientierung an deren Habitus - Eigenschaften und Verhaltensweisen.

Die Probanden der Stichprobe mit BIID wichen zwischen den beiden Items nur geringfügig in ihren Antworten ab. Eine Begründung kann sein, dass ein Pretending-Verhalten gesellschaftlich nicht toleriert wird und ein dauerhaftes, entsprechendes Verhalten möglicherweise aufgrund beruflicher und privater Lebensumstände nicht tragbar wäre und in hohem Maße soziale Beziehungen jeglicher Art beeinträchtigen kann. Der Wunsch nach einem Leben mit einer körperlichen Beeinträchtigung kann auf großes Unverständnis und Missbilligung stoßen und als ethisch verwerflich angesehen werden.

Zusätzlich bedeutet das Pretenden einer Amputation, welche beispielsweise durch das Hochbinden eines Beines nachgeahmt wird, ein mitunter

auch schmerzhaftes und mit dem Risiko von Körperschäden einhergehendes Verhalten.

Bei der Betrachtung der Korrelation der beiden Items als Reliabilitätsitems ließ sich bei den geschlechtsinkongruenten Probanden eine sehr niedrige, negative Korrelation feststellen. Auch hier stellte sich die Frage nach der Begründung dieser Auffälligkeit. Eine Möglichkeit für diese geringe Korrelation kann sein, dass sich die Probanden derart intensiv mit ihrem Geschlecht identifizierten, dass eine Zuordnung der eigenen Eigenschaften (z.B. Verhaltensweisen) als nicht dem eigenen biologischen Geschlecht zugehörig empfunden wurden, sondern eher dem erwünschten Geschlecht. Eine Zuordnung der Verhaltensweisen kann so erschwert gewesen sein. Diese hypothetischen Annahmen sollten jedoch in Folgestudien noch genauer untersucht werden.

Zu Hypothese 16:

In Anlehnung an Hypothese 13, in der belegt werden konnte dass sowohl BIID-Betroffene als auch geschlechtsinkongruente Probanden einen Beginn des Wunsches bereits in früher Kindheit und Jugend zeigten, wurde für Hypothese 16 eine Gemeinsamkeit beider Stichproben hinsichtlich der Häufigkeit einer frühen Nachahmung an die erwünschte Identität nachgewiesen.

Beide Gruppen bestätigten annähernd einvernehmlich in Kindheit und Jugend bereits in moderater Häufigkeit, bei der Beurteilung einer Skala von 0 (sehr selten) bis 100 (sehr oft), in die Rolle der erwünschten Identität gewechselt zu sein (Signifikanz im U-Test: .292, Mittelwerte bei BIID: 6,32 und Geschlechtsinkongruenz: 5,29; s. Tabelle 33).

Insgesamt kann diese frühe Identifizierung und der Rollenwechsel in die erwünschte Identität bei anhaltendem Bestehen dazu beitragen, dass sich dieser Wunsch als beständige Gewissheit manifestiert, die im frühen oder späteren Erwachsenenalter eine Intensität annimmt, die einen Operationswunsch fördert.

Auch kann an dieser Stelle die neuronale Plastizität des Gehirns eine Rolle spielen, wonach sich möglicherweise aus der andauernden Beschäftigung mit dem Wunsch entsprechende neuronale Verknüpfungen bilden,

die für eine Aufrechterhaltung der Identifizierung verantwortlich sein könnten (First & Fisher, 2012; Hilti et al., 2013).

Zu Hypothese 17:

Für Hypothese 17 bestätigte sich die Annahme, dass sowohl BIID-Betroffene als auch geschlechtsinkongruent empfindende Personen Gemeinsamkeiten darin aufweisen, das Gefühl zu haben, tendenziell eher nur durch chirurgische Maßnahmen im Einklang mit der erwünschten Identität leben zu können (Signifikanz im U-Test: .989, Mittelwert bei BIID-Betroffenen: 9,42 und bei Transidentität: 9,47).

Eine Psychotherapie wurde in beiden Stichproben dagegen als wenig hilfreich bezüglich der Annahme des eigenen Körpers erachtet (Signifikanz im U-Test: .224, Mittelwerte bei BIID-Betroffenen: 2,83 und bei Transidentität: 2,05, s. Tabelle 34).

Die feste Überzeugung, sich als Person mit körperlicher Beeinträchtigung oder als Person des Gegengeschlechts zu empfinden und auch nur als solche eine Kongruenz zwischen der wahrgenommenen biologischen, anatomischen Identität und der empfundenen Identität zu fühlen, kann den Wunsch nach einem chirurgischen Eingriff beeinflussen (bzgl. Geschlechtsinkongruenz: Beier et al., 2005). In einer Studie konnte man feststellen, dass eine Psychotherapie bei einem Klienten mit BIID hilfreich sein konnte, jedoch nicht bezogen auf den konkreten Wunsch nach einer Amputation. Eine Psychotherapie konnte lediglich in Bezug auf den Umgang mit dem Wunsch und seiner Intensität helfen (Thiel et al., 2011).

Bei geschlechtsinkongruenten Klienten ist psychotherapeutische Begleitung Teil der Vorbereitung auf das Leben im Gegengeschlecht und zielt weniger in die Richtung den Wunsch aufzulösen. Im Rahmen der begleitenden Psychotherapie bei der Diagnostik geschlechtsinkongruenter Probanden wird den Klienten vielmehr ermöglicht, besonders auch Schwierigkeiten des sozialen Lebens zu thematisieren, die im Zusammenhang mit dem Wunsch und des oftmals parallel stattfindenden Alltagstest stehen zu besprechen und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. Der Klient wird auf diesem Wege darauf vorbereitet und damit konfrontiert, welche Probleme sich auch nach einem Wechsel des Geschlechts und der oftmals doch

noch offensichtlichen Zugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht ergeben können. Der Klient kann testen, inwieweit und wie er diesen Schwierigkeiten begegnen kann und für welche Bereiche er oder sie noch Unterstützung benötigt (Vetter, 2007; Beier et al., 2005). Im Rahmen dieser therapeutischen Begleitung kann der Klient letztlich dann auch die Entscheidung treffen einen Weg einzuschlagen, der zwar hormonelle aber nicht zwangsläufig chirurgische Maßnahmen beinhalten muss (Vetter, 2007).

Die Ergebnisse der Untersuchung konnten belegen, dass eine Psychotherapie für die Annahme des Körpers als nicht wirksam erachtet wird. Chirurgische Maßnahmen hingegen erscheinen den Klienten als einzige Möglichkeit. Gleichzeitig konnte erläutert werden, dass eine Psychotherapie für den einzelnen Probanden vielleicht als unnötig empfunden wird (Vetter, 2007), letztlich aber dennoch einen Beitrag zu einer positiven Entwicklung des Wunsches, in Bezug auf Umgang und Intensität, beitragen kann.

Zu Hypothese 18:

Für Hypothese 18 konnte die Alternativhypothese angenommen werden. Sowohl die Annahme, erotische Komponenten verstärkten den Wunsch nach einer chirurgischen Körperveränderung (Signifikanz im U-Test: .029, Mittelwert bei BIID: 6,33 und bei Geschlechtsinkongruenz: 3,83), als auch bezogen auf die Rolle erotischer Komponenten (Signifikanz im U-Test: .002, Mittelwert bei BIID: 6,46 und bei Geschlechtsinkongruenz: 3,42, s. Tabelle 35), wurden in der statistischen Auswertung signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen deutlich. Wurden die Mittelwerte der Angaben von Probanden mit BIID und mit Geschlechtsinkongruenz verglichen zeigte sich, dass erotische Komponenten für BIID eher eine Rolle spielen als für geschlechtsinkongruent empfindende Personen, wobei sich der Mittelwert der BIID-Stichprobe auf einer Skala von 0 (Trifft gar nicht zu) bis 100 (Trifft voll zu) eher im mittleren Bereich befanden und somit eher eine indifferente Haltung zu der Erotik einer körperlichen Beeinträchtigung abbildeten.

Unter Bezugnahme der Mittelwerte werden erotische Komponenten als verstärkend für den Wunsch geäußert. In vorangegangenen Studien konn-

te man feststellen, dass Probanden mit BIID die Relevanz der Erotik als für ihren Wunsch ursächlich eher als zweitrangig betrachten und primär Identitätsaspekte im Vordergrund stehen (First, 2005; Blanke et al., 2008). Die in dieser Untersuchung erhobenen Daten sprechen für diese Ergebnisse.

Bei den geschlechtsinkongruent empfindenden Probanden wurden beide Items mit einer verneinenden Tendenz beantwortet. Der Einfluss erotischer Aspekte auf die erwünschte Körperveränderung ist zudem nur bei einem Teil der Probanden mit einer Geschlechtsinkongruenz vorhanden, vorrangig bei jenen mit einem höheren Alter der Erstvorstellung. Die erotischen Komponenten hängen dabei oftmals mit der Geschichte eines transvestitischen Fetischismus zusammen (Vetter, 2007; Beier et al., 2005). Lawrence (2006) kritisierte, dass erotische Komponenten beider Gruppen unter Umständen geleugnet werden, denn es sei auch der Aspekt sozial erwünschten Antwortens zu beachten (Blanchard, Clemmenssen & Steiner, 1985 in: Lawrence, 2006).

Zu Hypothese 19:

Belegt werden konnte auch die Annahme, dass sowohl BIID-Betroffene als auch geschlechtsinkongruent empfindende Personen Gemeinsamkeiten hinsichtlich hohen Leidensdrucks und Einschränkungen in ihrer Lebensqualität erfahren.

Beide Stichproben bestätigten in hohem Maße ohne eine Operation starken Leidensdruck zu erfahren (Signifikanz im U-Test: .066, Mittelwerte: 8,42 bei BIID und 9,63 bei Geschlechtsinkongruenz). Das Item „Auch ohne eine Operation erhalten zu haben, fühle ich mich wohl“ wurde von beiden Stichproben eher verneint (Signifikanz im U-Test: .150, Mittelwerte: 4,29 bei BIID und 3,37 bei Geschlechtsinkongruenz; s. Tabelle 36), wobei die angegebenen Mittelwerte beider Gruppen eine leichte Tendenz zur Mitte aufweisen.

Bei beiden Gruppen kann das Empfinden von Leidensdruck dazu führen, dass bereits vor verschiedenen legitimierten Maßnahmen, im Falle einer Geschlechtsinkongruenz beispielsweise Hormonsubstitution erfolgt die ohne ärztliche Indikation initiiert wird (Beier et al., 2005).

Im Falle von BIID kann der Leidensdruck und die einhergehende Einschränkung der Lebensqualität so hoch sein, dass selbst lebensgefährliche Maßnahmen wie Selbstamputationen oder die Provokation derer herangezogen werden (Stirn et al., 2010).

Zu Hypothese 20:

Für Hypothese 20 die von einem Unterschied zwischen BIID und Geschlechtsinkongruenz ausgeht der sich darauf bezieht, nach operativen Maßnahmen ein unauffälliges (Geschlechtsinkongruenz) beziehungsweise durch eine körperliche Beeinträchtigung auffälliges Leben (BIID) führen zu wollen, konnte kein bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Gruppen aufgedeckt werden (Signifikanz im U-Test: .741, Mittelwerte: 9,88 bei BIID und 9,63 bei Geschlechtsinkongruenz, s. Tabelle 37). Entgegen dieser Annahme könnten hier Gemeinsamkeiten vorliegen. Auch die Probanden mit BIID bestätigten in deutlicher Weise den Wunsch nach einem unauffälligen Leben als körperlich beeinträchtigte Person. Es scheint so zu sein, dass nicht die offensichtliche körperliche Beeinträchtigung erwünscht ist, in der die Personen anderen gegenüber auffällig scheint oder Aufmerksamkeit auf sich zieht (Blanke et al., 2008). An dieser Stelle scheinen andere Aspekte eine Rolle zu spielen, wie beispielsweise das Erfahren einer Herausforderung, verbunden mit dem Wunsch körperlich beeinträchtigt zu sein (Kasten, 2009). Im Falle einer Geschlechtsinkongruenz könnten einhergehend mit dem Wunsch vollständig Frau oder Mann zu sein bereits genannte potentiell offensichtliche Merkmale des biologischen Geschlechts den Wunsch nach vollständiger Unauffälligkeit beeinträchtigen und gleichsam verstärken.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen BIID und Geschlechtsinkongruenz

Tabelle 39: *Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen BIID und Geschlechtsinkongruenz*

	BIID	Geschlechtsinkongruenz
Gemeinsamkeiten	Existenz von Körperteilen, die nicht als zu sich zugehörig empfunden werden.	
	Empfindung eines Gefühls, dass der biologische, zugewiesene Körper nicht dem mentalen Körperbild entspricht.	
	Nachahmung des gewünschten Aussehens zur Annäherung und Erprobung schon lange vor Operationen.	
	Für den Wunsch nach einer Körpervänderung kann keine rationale Erklärung gegeben werden.	
	Empfindung von Schuld- und Schamgefühlen zu manchen Zeitpunkten der Entwicklung.	
	Sammeln von Material bezüglich des Interesses und zur Angleichung an die erlebte Identität.	
	Schamempfinden für das Sammeln des Materials.	
	Entsorgen des Materials in der Hoffnung vom eigenen Wunsch befreit zu werden.	
	Faszination für Personen mit dem gewünschten Aussehen.	
	Erstmanifestation des Wunsches in Kindheit oder früher Jugend.	
	Wissen um lebenslange Einschränkungen und nehmen dies bereitwillig in Kauf.	
	Frühe Nachahmung der gewünschten Identität	
	Empfindung des Gefühls, nur durch chirurgische Maßnahmen im Einklang mit der gewünschten Identität leben zu können.	
	Erfahrung eines hohen Leidensdrucks und Einschränkungen der Lebensqualität.	
	Unauffällige Lebensführung im Anschluss an chirurgische Maßnahmen.	
Unterschiede	Starkes Unbehagen/Unbehagliches Gefühl mit der Anatomie des eigenen Körpers.	
	Überzeugung, nach einer Operation einen (subjektiv) vollkommenen Körper zu besitzen.	
	Übereinstimmungen in den Eigenschaften (z.B. Verhalten) mit der erwünschten Identität.	
	Verstärkung des Wunsches durch eine sexuelle Komponente.	
	Stehen der zu amputierenden Extremität eher gleichgültig gegenüber.	Begegnen den ihnen zugewiesenen Geschlechtsmerkmalen mit Ablehnung.
Inkonsistente Befundlage	Wunsch Betroffener danach, den Körper chirurgisch zu verändern.	

Zusammenfassung

Die Zielsetzung dieser Arbeit war, BIID und Geschlechtsinkongruenz vor dem Hintergrund einer vorliegenden Identitätsproblematik zu untersuchen und einen Beitrag zur Differentialdiagnostik zwischen den beiden Phänomenen zu leisten.

Für die beiden Probandengruppen zeigte sich eine weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich ihres Alters und des Ausbildungsstandes, woraus sich ergab, dass erzielte Unterschiede bei der Überprüfung der Hypothesen nicht auf einen dieser beiden Komponenten zurückzuführen waren.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse dieser Arbeit tendenziell für einen Zusammenhang zwischen einem fest verankerten Identitätsempfinden bei BIID und Geschlechtsinkongruenz. 15 von 21 der überprüften Hypothesen bestätigen einen solchen Zusammenhang und lassen auf grundlegende Gemeinsamkeiten schließen. Eine Hypothese (H2) kann zwar wegen der inkonsistenten Befundlage nicht abschließend belegt oder widerlegt werden, dennoch kann, wie in der Diskussion ausgeführt, auch hier von einer Gemeinsamkeit ausgegangen werden.

Es zeigte sich in der Untersuchung, dass Angehörige beider Gruppen bestimmte Körperteile nicht als zur eigenen Person zugehörig empfinden und insofern eine Inkongruenz zwischen dem biologischen oder gesunden Körper und dem mentalen Körperbild besteht. Diese Inkongruenz sahen die Probanden beider Gruppen zu einem hohen Prozentsatz in biologisch-genetischen Ursachen begründet. Daraus kann sich ergeben haben, dass in beiden Stichproben darüber hinaus keine rationale Erklärung des Wunsches gegeben wurde. Für beide Stichproben konnte eine Erstmanifestation der Symptomatik in Kindheit und Jugend datiert werden, die sich bereits in moderater Häufigkeit des ausgeführten Pretending und Cross-Dressing zeigte.

Angehörige beider Gruppen gehen davon aus, dass sie nur durch chirurgische Maßnahmen im Einklang mit der erwünschten Identität leben können und verneinen, dass Psychotherapie der Annahme ihres biologischen bzw. unversehrten Körpers dienen könnte.

Für das Sammeln von Material zur Angleichung an die erwünschte Identität zeigte sich in beiden Gruppen Scham. Ein Entsorgen dieses Materials

konnte nicht zu einer Entlastung beitragen, was die Annahme einer festen Verankerung des Identitätsempfindens unterstützt. Auch sind die Probanden beider Gruppen dazu bereit, lebenslange Einschränkungen in Kauf zu nehmen um ihren Wunsch vollständig umzusetzen. Nicht zuletzt deuteten die Daten an, dass eine nicht zu realisierende oder ausstehende operative Maßnahme zu hohem Leidensdruck und eingeschränkter Lebensqualität führt.

Angehörige beider Gruppen gaben an, in der erzielten, erwünschten Identität ein unauffälliges Leben führen zu wollen. Das bedeutet, auch BIID Betroffene wollen letztlich nicht durch ihre angestrebte Behinderung auffallen, sondern lediglich als Behinderte akzeptiert werden.

Bei der Untersuchung wurden jedoch auch einige signifikante Unterschiede zwischen BIID und Geschlechtsinkongruenz deutlich.

So wurde bestätigt, dass BIID Betroffene ihrem eigenen unversehrten Körper eher indifferent gegenüberstehen, geschlechtsinkongruente Personen aber ein sehr starkes Unbehagen an der Anatomie des eigenen Körpers empfinden; dass BIID Betroffene der zu amputierenden Extremität eher gleichgültig gegenüberstehen, während geschlechtsinkongruente Personen ihren biologischen Geschlechtsmerkmalen mit Ablehnung begegnen (vgl. Hyp.3 und Hyp.21).

Lediglich die BIID Betroffenen waren in der Untersuchung überdurchschnittlich häufig davon überzeugt, im Anschluss an operative Maßnahmen einen (subjektiv) vollkommenen Körper zu besitzen. Die geschlechtsinkongruent empfindende Gruppe bestätigte diese Hypothese nicht (vgl. Hyp.12). Da die Geschlechtsangleichung aber auch nach einer Operation tatsächlich nicht vollkommen ist, und die betroffenen Personen sehr oft auch dann noch als Angehörige ihres biologischen Geschlechtes erkannt werden können, entspricht dieses Ergebnis einer realistischen Einschätzung der Möglichkeiten, die eine Operation eröffnet.

Einen großen Unterschied gab es auch hinsichtlich der Orientierung am Verhalten an Personen mit der erwünschten Identität bzw. der erwünschten Behinderung. Während die geschlechtsinkongruente Gruppe diese Hypothese bestätigte, lag der Wert bei BIID Betroffenen eher im mittleren Bereich. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu bedenken, dass Pre-

tending-Verhalten gesellschaftlich nicht toleriert wird, und in hohem Maße auf Ablehnung stößt (vgl. Hyp.15).

Ein letzter Unterschied ließ sich bei der Bewertung der erotischen Komponenten hinsichtlich des Wunsches nach einer chirurgischen Körperveränderung feststellen. Während bei der geschlechtsinkongruent empfindenden Gruppe hier eher eine verneinende Tendenz festzustellen war, ergab sich bei den BIID Betroffenen ein Ergebnis im mittleren, indifferenten Bereich. Bezüglich dieses Ergebnisses muss darauf hingewiesen werden, dass der Aspekt einer sozial erwünschten Antwort durchaus auch eine Rolle spielen kann (vgl. Hyp.18).

Einschränkungen der Arbeit

Zunächst einmal schränken die geringe Stichprobengröße (BIID: N=24 und Geschlechtsinkongruenz: N=19) sowie das Geschlechterverhältnis die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein. In der Stichprobe der BIID-Betroffenen konnte lediglich eine weibliche Probandin in die Erhebung eingeschlossen werden, sowie in der Stichprobe der geschlechtsinkongruent empfindenden Personen 12 geburtlich zugewiesene, weibliche Probanden und nur sieben männliche. Dies könnte daran liegen, dass eine der beteiligten Selbsthilfegruppen auf Frau-zu-Mann Transidente ausgerichtet war.

Zusätzlich waren die Probanden dazu aufgefordert, im Falle einer bereits erfolgten geschlechtstransformierenden Operation oder erwirkter Amputation/Beeinträchtigung alle Items in der Rückschau von einem Zeitpunkt vor dem jeweiligen Eingriff zu beurteilen. Dies birgt die Gefahr verzerrter Antworten und kann eine eingeschränkte Beurteilbarkeit der Antworten mit sich bringen. Zudem kann das Item „Wie häufig haben sie in den vergangenen 12 Monaten (im Rückblick: 12 Monate vor operativen Maßnahmen) vorwiegend die Kleidung des erwünschten Geschlechts getragen? Anzahl der Stunden pro Monat:“ nur vorsichtig bewertet werden, da der erforderliche Alltagstest bei einer Geschlechtsinkongruenz etwa anderthalb Jahre vor operativen Maßnahmen beginnt und somit davon auszugehen ist, dass alle Probanden eine besonders hohe Stundenanzahl für Cross-Dressing angeben.

Mögliche Erkenntnisse zu kindlichem Verhalten hinsichtlich einer Geschlechtsinkongruenz können überdies im Zusammenhang mit dieser Erhebung nicht unter dem Gesichtspunkt eines Vorliegens im Kindesalter betrachtet werden. Sie können lediglich einen Hinweis darauf liefern.

Ferner kann nicht ausgeschlossen werden, dass in der Vorgeschichte der Probanden ein transvestitischer Fetischismus (Vetter, 2007; Beier et al., 2005) vorgelegen hat, der in eine Geschlechtsinkongruenz übergegangen sein könnte.

5. Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2013). Gender Dysphoria. In: American Psychiatric Publishing. Zugriff am 08.08.2013. Verfügbar unter www.dsm5.org/Documents/Gender%20Dysphoria%20Fact%20Sheet.pdf
- Becker, S. (2012). Transsexualität - Geschlechtsidentitätsstörung - Geschlechtsdysphorie. *HIV&more*, 2/2012, 26-35. Zugriff am 13.08.2013. Verfügbar unter http://www.hivandmore.de/archiv/2012-2/HIVm2_12_FoBi_Becker.pdf
- Beier, K. M., Bosinski, H. & Loewit, K. (2005). *Sexualmedizin* (Vol. 2). München, Jena: Urban & Fischer Verlag, Elsevier GmbH.
- Blanke, O., Morgenthaler, F. D., Brugger, P. & Overney, L. S. (2008). Preliminary evidence for a fronto-parietal dysfunction in able bodied participants with a desire for limb amputation. *Journal of Neuropsychology*, 124, 1-13.
- Blom, R. M., Hennekam R. C. & Denys, D. (2012). Body Integrity Identity Disorder. *PLoS ONE*, 7, 1-6.
- Brang, D., McGeoch, P. & Ramachandran, V. S. (2008). Apotemnophilia: a neurological disorder. *NeuroReport*, 19, 1305-1306.
- Brugger, P., Lenggenhager, B. & Giummarra, M. J. (2013). Xenomelia: a social neuroscience view of altered bodily self-consciousness. *Frontiers in Psychology*, 4, 1-7.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2011). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (Vol. 1.). Bern: Verlag Hans Huber. World Health Organization.
- Drescher, J. (2013). Controversies in Gender Diagnoses. *LGBT Health*, 1/2013, 9-13. Zugriff am 13.08.2013. Verfügbar unter <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/lgbt.2013.1500>
- Dua, A. (2010). Apotemnophilia: ethical considerations of amputating a healthy limb. *J Med Ethics*, 36, 75-78.
- First, M. (2005). Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder. *Psychological Medicine*, 35, 919-928.
- First, M. & Fisher, C. (2012). Body Integrity Identity Disorder: The Persistent Desire to Acquire a Physical Disability. *Psychopathology*, 45, 3-14.
- Garcia-Falgueras, A. & Swaab, D. F. (2008). A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity. *Brain*, 131, 3132-3146.
- Giummarra, M. J., Bradshaw, J. L., Nicholls, M. E. R., Hilti, L. M. & Brugger, P. (2011). Body Integrity Identity Disorder: Deranged Body Processing, Right Fronto-Parietal Dysfunction, and Phenomenological Experience of Body Incongruity. *Neuropsychol Rev*, 21, 320-333.
- Hare, L., Bernard, P., Sánchez, F. J., Baird, P. N., Vilain, E., Kennedy, T. et al. (2009). Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism. *Biol Psychiatry*, 65, 93-96.

- Haupt, H.-J. (2012). "Sie sind ihr Gehirn - Transsexualität im Spannungsfeld von Neurowissenschaft und Transphobie". Fachvortrag präsentiert bei Trans*Identitäten, Wien. Zugriff am 11.08.2013. Verfügbar unter http://www.trans-evidence.com/Neuro_Transphobie.pdf
- Hilti, L. M. & Brugger, P. (2010). Incarnation and animation: physical versus representational deficits of body integrity. *Exp Brain Res*, 204, 315-326.
- Hilti, L. M., Hänggi, J., Vitacco, D. A., Kraemer, B., Palla, A., Luechinger, R. et al. (2013). The desire for healthy limb amputation: structural brain correlates and clinical features of xenomelia. *Brain*, 136, 318-329.
- Hines, M. (2011). Gender Development and the Human Brain. *Annu. Rev. Neurosci.*, 34, 69-88.
- Kasten, E. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 77, 16-24.
- Kasten, E. (2012). Body Integrity Identity Disorder - Körperidentität durch erwünschte Behinderung. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 6 (3), 165-176.
- Kasten, E. & Stirn, A. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID). *Z. Psychiatr., Psychol. Psychothe.*, 57 (1), 55-61.
- Lawrence, A. A. (2006). Clinical and Theoretical Parallels Between Desire for Limb Amputation and Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 35, No. 3, 263-278
- Luders, E., Sánchez, F. J., Gaser, C., Toga, A. W., Narr, K. L., Hamilton, L. S. et al. (2009). Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *NeuroImage*, 46, 904-907.
- McGeoch, P., Brang, D., Song, T., Lee, R. R., Huang, M. & Ramachandran, V. S. (2009). *Apotemnophilia - the Neurological Basis of a "Psychological" Disorder*. Nature Precedings, (2954.1).
- McGeoch, P., Brang, D., Song, T., Lee, R. R., Huang, M. & Ramachandran, V. S. (2011). Xenomelia: a new right parietal lobe syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 82, 1314-1319.
- Möller, B., Schreier, H. & Romer, G. (2009). Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Z Sexualforsch*, 22, 227-254.
- Money, J., Jobaris, R. & Furth, G. (1977). Apotemnophilia: Two Cases of Self-Demand Amputation as a Paraphilia. *The Journal of Sex Research*, 13, 115-125.
- Money, J. & Sirncoe, K. W. (1986). Acrotomophilia, Sex and Disability: New Concepts and Case Report. *Sexuality and Disability*, 7, No. 1/2, 43-50.
- Moran, M. (2013). New Gender Dysphoria Criteria Replace GID. *Psychiatric News*, 48, 9-14. Zugriff am 13.08.2013. Verfügbar unter <http://psychnews.psychiatryonline.org/newsArticle.aspx?articleid=1676226>
- Neff, D. & Kasten, E. (2010). Body Integrity Identity Disorder (BIID): What do health professionals know? *Eur J Counselling Psychol*, 1, 16-30.
- Nieder, T., Herff, M., Cerwenka, S., Preuss, W. F., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G. et al. (2011). Age of Onset and Sexual Orientation in Transsexual Males and Females. *J Sex Med*, 8, 783-791.

- Nieder, T. O. & Richter-Appelt, H. (2009). Parallels and Differences between Gender Identity Disorders (GID) and Body Integrity Identity Disorder (BIID) and Implications for Research and Treatment of BIID. In Stirn A., Thiel A. & Oddo S. (Ed.), *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects* (pp. 133-138). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Nieder, T. O. & Richter-Appelt, H. (2010). Differentialdiagnostik der Gender Identity Disorder (GID, resp. Transsexualität). In Stirn A., Thiel A. & Oddo S. (Ed.), *Body Integrity Identity Disorder (BIID). Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze* (Vol. 1, pp. 36-44). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Nieder, T. O., Jordan, K. & Richter-Appelt, H. (2011). Zur Neurobiologie transsexueller Entwicklungen. *Z Sexualforsch*, 24, 199-227.
- Ramachandran, V. S. & McGeoch, P. D. (2008). Phantom Penises in Transsexuals. *Journal of Consciousness Studies*, 15, 5-16.
- Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Segovia, S., Gomez, Á. et al. (2011). White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 199-204.
- Rauchfleisch, U. (2012, 2006). *Transsexualität - Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie* (Vol. 3). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Sedda, A. (2011). Body Integrity Identity Disorder: From a Psychological to a Neurological Syndrome. *Neuropsychol Rev*, 21, 334-336.
- Smith, R. C. (2009). Body Integrity Identity Disorder: The Surgeon's Perspective. In Stirn, A., Thiel, A. & Oddo, S. (Ed.), *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects* (pp. 41-48). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Stirn, A., Thiel, A. & Oddo, S. (2009). *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Stirn A., Thiel A. & Oddo S. (2010). *Body Integrity Identity Disorder (BIID). Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze* (Vol. 1). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Söder, M. (1998). *Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität*. In: Die Strukturen der Herkunftsfamilien weiblicher Transsexueller und deren Vergleich mit einer Stichprobe von Frauen kongruenter Geschlechtsidentität. *Unveröffentlichte Diplomarbeit*, Psychologisches Institut der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Vetter, B. (2007). *Sexualität: Störungen, Abweichungen, Transsexualität* (Vol. 1). Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.
- World Health Organization. (2013). Gender incongruence of adolescence and adulthood. Zugriff am 03.06.2013. Unter apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f90875286 (Dokument auf dem Server nicht mehr verfügbar)
- Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gómez-Gil, E., Segovia, S., Carrillo, B., Rametti, G. et al. (2012). Cortical Thickness in Untreated Transsexuals. *Cerebral Cortex*, 1-8.

6. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Alter und Ausbildungsjahre der Probanden	29
Tabelle 2:	Korrelation der Reliabilitätsitems zur Körperakzeptanz (BIID)	30
Tabelle 3:	Korrelation der Reliabilitätsitems zur Intensität des Operationswunsches (BIID)	30
Tabelle 4:	Korrelation der Reliabilitätsitems zum eigenen Verhalten (BIID)	30
Tabelle 5:	Korrelation der Reliabilitätsitems zum Leidensdruck (BIID)	31
Tabelle 6:	Korrelation der Reliabilitätsitems zur Körperakzeptanz (Transidentität)	31
Tabelle 7:	Korrelation der Reliabilitätsitems zur Intensität des Operationswunsches (Transidentität)	31
Tabelle 8:	Korrelation der Reliabilitätsitems zum eigenen Verhalten (Transidentität)	32
Tabelle 9:	Korrelation der Reliabilitätsitems zum Leidensdruck (Transidentität)	32
Tabelle 10:	Zugehörigkeit der Körperteile	32
Tabelle 11:	Wunsch nach chirurgischer Körperveränderung	33
Tabelle 12:	Empfinden gegenüber der eigenen Körperanatomie	34
Tabelle 13:	Mentales Körperbild	34
Tabelle 14:	Ausführen von Pretending und Cross-Dressing	35
Tabelle 15:	Ursachen der Entstehung von BIID und Transidentität	36
Tabelle 16:	Abweichende Ursachen der Entstehung	36
Tabelle 17:	Eigene Wunschbegründung	37
Tabelle 18:	Scham- und Schuldgefühle in den einzelnen Entwicklungsstufen	38/39
Tabelle 19:	(Prozentuale) Häufigkeiten zur Entwicklung von Scham (BIID)	39

Tabelle 20:	(Prozentuale) Häufigkeiten zur Entwicklung von Schuld (BIID)	39
Tabelle 21:	(Prozentuale) Häufigkeiten zur Entwicklung von Schuld (Transidentität)	39/40
Tabelle 22:	Erste aktive Informationssuche, Erwerb von Materialien zur Angleichung	40
Tabelle 23:	(Prozentuale) Häufigkeiten probandenspezifischen Materialienerwerbs	41
Tabelle 24:	Erworbene Materialien der Probanden mit BIID	41
Tabelle 25:	Schamgefühl aufgrund des Erwerbs von Materialien zur Angleichung	42
Tabelle 26:	Entlastung durch Materialentsorgung	42
Tabelle 27:	Umgesetzte Materialentsorgung	43
Tabelle 28:	Attraktivität von Personen mit der erwünschten Körpererscheinung	44
Tabelle 29:	Vollkommenheit des Körpers durch Operation	44
Tabelle 30:	Alter von Zweifel an und Wunsch nach spezifischer Identität	45
Tabelle 31:	Verfolgen des Wunsches trotz lebenslanger Einschränkungen	46
Tabelle 32:	Übereinstimmungen mit erwünschter Identität	46
Tabelle 33:	Frühe Nachahmung der erwünschten Identität	47
Tabelle 34:	Chirurgische Maßnahmen versus Psychotherapie	47
Tabelle 35:	Erotische Komponenten der Körperversänderung	48
Tabelle 36:	Leidensdruck bei Operationswunsch	48/49
Tabelle 37:	Leben als identifizierte Person	49
Tabelle 38:	Ablehnung gegenüber zu verändernden Körpermerkmalen	50
Tabelle 39:	Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen BIID und Geschlechtsinkongruenz	71

7. Anhang

Anhang 1:	Gender incongruence of adolescence and adulthood (World Health Organization)	82
Anhang 2:	E-Mail - Freigabe des Fragebogens (DFTI) durch den Verfasser	83
Anhang 3:	Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität (DFTI)	85
Anhang 4:	Selbst konstruierter Fragebogen der Studie für BIID-Betroffene	109
Anhang 5:	Selbst konstruierter Fragebogen der Studie für Geschlechtsinkongruenz	121
Anhang 6:	Eigenständigkeitserklärung	132

Anhang 2

Re: Re: Bachelorarbeit Psychologie

Von: "Dipl.-Psych. Manfred Soeder" <praxis@manfred-soeder.de>
An: "Antonia Ostgathe" <aostgathe@web.de>
Datum: 20.03.2013 15:35:11

Sehr geehrte Frau Ostgathe,

Sie dürfen den Fragebogen mit Quellenangabe vollumfänglich oder ausschnittsweise nutzen.

Mit freundlichen Grüßen
Manfred Söder

----- Original Message -----

From: [Antonia Ostgathe](#)
To: [Dipl.-Psych. Manfred Soeder](#)
Sent: Wednesday, March 20, 2013 9:53 AM
Subject: Aw: Re: Bachelorarbeit Psychologie

Guten Morgen Herr Söder,

vielen Dank für Ihre schnelle Antwort.

Werde ich den Fragebogen denn ohne weiteres nutzen können? Oder bei wem muss ich mir eine Erlaubnis dazu einholen?

Ich würde ihn allgemein nicht vollständig verwenden, sondern spezifische Items daraus entnehmen wollen um sie umzuformulieren.

Mit freundlichem Gruß,
Antonia Ostgathe

Gesendet: Dienstag, 19. März 2013 um 21:11 Uhr
Von: "Dipl.-Psych. Manfred Soeder" <praxis@manfred-soeder.de>
An: "Antonia Ostgathe" <aostgathe@web.de>
Betreff: Re: Bachelorarbeit Psychologie

Sehr geehrte Frau Ostgathe,

beim Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität handelt es sich um ein Erhebungsinstrument, welches 1997 speziell für zwei Diplomarbeiten über die Herkunftsfamilien von Transidenten entwickelt wurde. Es ist daher nicht umfassend, sondern erfasst nur strukturiert bestimmte Aspekte der Transsexualität. Der Bogen ist in meiner Diplomarbeit ab Seite 95 vollständig abgebildet:

[www.praxis-fuer-paare.de/organisation/pdf/Diplomarbeit Transsex.pdf](http://www.praxis-fuer-paare.de/organisation/pdf/Diplomarbeit%20Transsex.pdf)

Viel Erfolg und alles Gute!

Mit freundlichen Grüßen

Manfred Söder
Dipl.-Psych.

DYADE - die Praxis für Paare
Psychologische Praxisgemeinschaft

Anhang 2

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

Fon: 0211 / 44 57 52
Fax: 0211 / 484 67 82

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

----- Original Message -----

From: Antonia Ostgathe
To: soeder@praxis-fuer-paare.de
Sent: Tuesday, March 19, 2013 6:27 PM
Subject: Bachelorarbeit Psychologie

Sehr geehrter Herr Söder,

Mein Name ist Antonia Ostgathe. Ich bin Psychologie Studentin, 26 Jahre alt und beschäftige mich gerade im Rahmen meiner Bachelorarbeit mit der Transidentität. Im Fokus der Arbeit steht das Phänomen der „Body Integrity Identity Disorder“ (BIID).

Bei BIID handelt es sich ja um ein Phänomen, bei welchem die betroffenen Personen ein bestimmtes Körperteil (z.B. Arm oder Bein) nicht als zu sich zugehörig empfinden und daher oft eine Amputation erwünscht wird.

Da es bisher nur unzureichende Studien gibt, konnte bislang keine Aufnahme in die gängigen Klassifikationssysteme stattfinden. Meine Arbeit soll dazu beitragen weitere relevante Ergebnisse zu erzielen, um zukünftig eine ebensolche Aufnahme erreichen zu können und um den betroffenen Personen, ihren Angehörigen und unterstützenden Therapeuten in Zukunft ein besseres Verständnis für BIID zu eröffnen und damit einen adäquateren Umgang mit dieser subjektiv empfundenen Identität zu ermöglichen.

Hierzu ist es notwendig, zunächst einmal eine Abgrenzung von der Transidentität bzw. eventuelle Übereinstimmungen festzustellen. Dazu wäre es sehr hilfreich, wenn ich einen Fragebogen hätte, welcher diagnostisch zur Erfassung relevanter Angaben genutzt werden kann.

Ich habe nun auf der Internetseite einer Selbsthilfegruppe den „Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität“ gefunden von dem ich glaube, das er mir bei meiner Arbeit nützlich sein kann. Ich könnte mit der modifizierten Anwendung des Bogens relevante Angaben zu Aspekten von Identitätsstörungen erfassen und somit einen Vergleich zwischen der Transidentität und Body Integrity Identity Disorder ziehen.

Ich habe die Selbsthilfegruppe angeschrieben und wurde auf ihre Diplomarbeit verwiesen. Leider kann ich nicht herausfinden, an wen ich mich wenden kann um einen vertiefenden Einblick in diesen Fragebogen zu erhalten oder um zu erfragen, ob ich diesen Bogen für meine Arbeit verwenden kann. Können Sie mir an dieser Stelle vielleicht weiterhelfen?

Eine weitere Frage an Sie wäre, ob der von Ihnen in der veröffentlichten Diplomarbeit abgebildete Fragebogen vollständig ist?

Über eine positive Antwort würde ich mich sehr freuen,

Antonia Ostgathe

Düsseldorfer Fragebogen zur Transidentität

In diesem Fragebogen werden Ihnen einige Frage gestellt, die im Zusammenhang mit Ihrer Problematik stehen und deren durchgängige Beantwortung für eine genaue Diagnostik und Prognostik wesentlich erscheinen. Es handelt sich dabei um 108 Fragen zu den folgenden Themenbereichen:

I.	Soziodemographischer und soziokultureller Hintergrund
II.	Psychosexuelle Entwicklung und Status
III.	Sexuelle Orientierung und Zukunftsplanung
IV.	Individualpsychologischer Hintergrund und Prognostik
V.	Beurteilung des Fragebogens

Da sich der Fragebogen in einer Erprobungsphase befindet, ist es uns wichtig, auch Ihre Meinung darüber zu hören, damit den Bedürfnissen von Transidenten in Zukunft besser Rechnung getragen werden kann.

Datenschutz

Zum Schutz Ihrer persönlichen Daten wird von den Untersuchern die größtmögliche Sorgfalt im Umgang mit diesem Material angewandt:

1. Das Ausfüllen der Bögen erfolgt anonym. Sie müssen keinen Namen, keine Anschrift, kein Geburtsdatum o.ä. angeben, so daß es nicht möglich ist, nach der Erhebung den ausgefüllten Fragebogen mit Ihrer Person in Verbindung zu bringen.
2. Auf diesem Bogen, sowie auf allen anderen von Ihnen während der Untersuchung ausgefüllten Fragebögen und Protokollen, tragen Sie ein Codewort ein, welches gewährleistet, daß diese Bögen als zu ein und derselben Person zugehörig erkannt werden können. Dieses Codewort bestimmen Sie selbst. Es sollte ein Wort sein, das nicht so häufig vorkommt.
3. Die ausgefüllten Fragebögen werden nach der Untersuchung (auch weiterhin in anonymisierter Form) dem Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf als Grundlage weiterer statistischer Forschungsarbeit auf diesem Gebiet zur Verfügung gestellt.
4. Durch diese Verfahrensrichtlinien ist sichergestellt, daß die Daten in keiner Weise mißbräuchlich oder gegen Ihre eigenen Interessen verwendet werden können.

Testanweisung

Bitte lesen Sie sich jede Frage des Bogens aufmerksam durch und beantworten Sie sie, bevor Sie zur nächsten Frage weitergehen. Verwenden Sie die Zeit zur Beantwortung der Fragen, die sie dafür benötigen. Sollte eine Frage nicht verstanden werden, so wenden Sie sich bitte damit an den Testleiter oder die Testleiterin.

Die meisten Fragen werden schnell zu beantworten sein, da es darum geht eine Antwort aus einer vorgegebenen Anzahl von Alternativen anzukreuzen:

xxxxxxxx ☐
 xxxxxxxxxxx ☐
 xxxxxxxxx ☐

Sollten mehrere Antworten infrage kommen, so ist unten vermerkt, daß mehrere Felder gleichzeitig angekreuzt werden können:

xxxxxxxx ☐
 xxxxxxxxxxx ☐
 xxxxxxxxx ☐

(Mehrfachauswahl möglich)

Ankreuzen müssen Sie auch die Kästchen, wenn sie in der folgenden Form angeordnet sind:

	xxx	xxx	xxx	xxx
xxxxxxxx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xxxxxxxxxxx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xxxxxxxx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hier darf in jede Zeile nur höchstens ein Kreuz gemacht werden, wobei evtl. nicht alle Zeilen ausgefüllt werden können.

Daneben gibt es aber auch Felder, in denen Zahlen, Daten oder Text eingetragen werden muß:

Bei den nächsten Feldern handelt es sich um eine differenziertere Möglichkeit der Auswahl. Hier soll die emotionale Bedeutung eines Sachverhaltes von Ihnen durch ankreuzen eingestuft werden in positiv, neutral oder negativ:

xxxxxx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xxxxxxx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xxxxx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei der letzten Art von Feldern handelt es sich um eine Skala (ähnlich einem Thermometer), in der Sie einzeichnen sollen, wie Sie einen bestimmten Sachverhalt einschätzen. Zeichnen sie einfach einen Strich an einem beliebigen Punkt der Skala:

kalt 0 1 2 3 4 5 heiß

Haben Sie noch Fragen bezüglich des Fragebogens an den Testleiter / die Testleiterin, so haben Sie nun die Gelegenheit, diese zu klären. Wenn Sie die Testanweisung verstanden haben, können Sie mit dem Ausfüllen des Bogens beginnen.

TESTDAUER: CA. 30 MINUTEN

I. Soziodemographischer und soziokultureller Hintergrund

1. Alter:

2. Geburtsurkundliches Zuweisungsgeschlecht:

männlich ☐
weiblich ☐

3. Letzter Schulabschluß:

Hauptschule ☐
Realschule ☐
Gymnasium ☐
Gesamtschule ☐
Berufsfachschule ☐
Fachoberschule ☐
Fachhochschule ☐
Universität ☐
Kein Abschluß ☐

Sonstiger Abschluß:

4. Letzter berufsqualifizierender Abschluß:

Lehrberuf ☐
Fachhochschulabschluß ☐
Akademischer Abschluß ☐
Keine Berufsausbildung ☐

Sonstiger Berufsabschluß:

5. Letzte ausgeübte Berufstätigkeit:

Arbeiter/in ☐
Facharbeiter/in ☐
Angestellte/r, Beamte/er/in ☐
leitende/r Angestellte/r, höhere/r Beamte/er/in ☐
Selbstständige/r Gewerbetreibende/r ☐
Angehörige/r eines freien Berufes ☐

6. Falls Sie nicht mehr oder noch nicht berufstätig sind, geben Sie bitte auch den jetzigen Status an:

Hausfrau/mann ☐
Schüler/in, Lehrling, Student/in, Umschüler/in ☐
Rentner/in, Pensionär/in ☐
arbeitssuchend ☐

7. Einwohnerzahl der Wohngemeinde, in der Sie vorrangig Ihre Schulzeit verbracht haben:

- bis 5.000 Einwohner ☐
 bis 50.000 Einwohner ☐
 bis 300.000 Einwohner ☐
 über 300.000 Einwohner ☐

8. Falls Sie zusammen mit Geschwistern aufgewachsen sind (auch Stiefgeschwister), geben Sie bitte jeweils die Anzahl an:

Ältere Schwestern	<input type="text"/>
Jüngere Schwestern	<input type="text"/>
Ältere Brüder	<input type="text"/>
Jüngere Brüder	<input type="text"/>

9. Haben Sie während Ihrer gesamten Kindheit und Jugend mit beiden leiblichen Eltern in einem Haushalt gelebt?

- Ja ☐
 Nein ☐

10. Falls Nein: Welcher leibliche Elternteil war abwesend (z.B. durch Trennung oder Tod)? In welcher Altersperiode Ihrer Kindheit und Jugend hat er gefehlt?

Elternteil	Alter (von / bis)
Vater	<input type="text"/>
Mutter	<input type="text"/>

11. Falls ein oder beide leiblichen Elternteile zeitweise nicht vorhanden waren: Wer hat die entsprechenden Erziehungsaufgaben übernommen?

Verantwortliche/r	Alter (von / bis)
Stiefmutter	<input type="text"/>
Stiefvater	<input type="text"/>
Großmutter	<input type="text"/>
Großvater	<input type="text"/>
Tante	<input type="text"/>
Onkel	<input type="text"/>
Ältere Schwester	<input type="text"/>
Älterer Bruder	<input type="text"/>
Pflegeeltern	<input type="text"/>
Pflegeheim	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Niemand	<input type="text"/>

12. In welchem Alter haben Sie ggf. das Elternhaus verlassen und einen eigenen Haushalt gegründet (bzw. Einzug in den Haushalt des Partners)?

_____ Jahre

13. Familienstand:

ledig ☐
verheiratet ☐
geschieden ☐

14. Wohnsituation:

alleinlebend ☐
in Haushaltsgemeinschaft mit dem/der derzeitigen Partner/in ☐
bei den Eltern wohnend ☐
in einer Wohngemeinschaft lebend ☐

15. Kinder: Haben Sie eigene leibliche Kinder? Falls Ja: Wieviele?

Nein ☐ Ja: _____

Alter des Letztgeborenen: _____

II. Psychosexuelle Entwicklung und Status

1. Falls eine Transsexualität vorliegt: Welche Stationen des transsexuellen Weges haben Sie bisher erreicht? In welchem Alter?

- ☐ Orientierung und Informationssuche
 - ☐ Kontakt Selbsthilfegruppe
 - ☐ Therapeutische Begleitung

 - ☐ Offenbarung in der Therapie
 - ☐ Offenbarung in der Herkunftsfamilie
 - ☐ Offenbarung in der Partnerschaft
 - ☐ Offenbarung im Freundeskreis
 - ☐ Offenbarung am Arbeitsplatz

 - ☐ Kleidung des angestrebten Geschlechts allein in der Wohnung
 - ☐ Kleidung des angestrebten Geschlechts allein unterwegs
 - ☐ Kleidung des angestrebten Geschlechts in der Herkunftsfamilie
 - ☐ Kleidung des angestrebten Geschlechts in der Partnerschaft
 - ☐ Kleidung des angestrebten Geschlechts im Freundeskreis
 - ☐ Kleidung des angestrebten Geschlechts am Arbeitsplatz

 - ☐ Namensänderung
 - ☐ Hormonbehandlung
 - ☐ Epilation des Bartes
 - ☐ Brustoperation
 - ☐ Genitaloperation
 - ☐ Personenstandsänderung
- (Mehrfachauswahl möglich)*

2. Falls Sie jemals Zweifel an Ihrer geschlechtlichen Identität hatten: In welchem Alter hatten Sie diese Zweifel zum ersten Mal?

_____ Jahre

3. In welchem Alter hatten Sie zum ersten Mal den Wunsch, im anderen Geschlecht zu leben?

_____ Jahre

4. In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal von Transsexualität gehört?

_____ Jahre

5. In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal aktiv Informationen über das Thema Transsexualität eingeholt?

_____ Jahre

6. Sind Sie als Kind oder Jugendliche/r von bekannten Personen schon einmal in Ihrer gewünschten Geschlechtsrolle anerkannt worden?

- nie ☐
- selten ☐
- manchmal ☐
- oft ☐

7. Sind Sie als Kind oder Jugendliche/r schon einmal von fremden Personen als Junge oder Mädchen verwechselt worden?

- nie ☐
- selten ☐
- manchmal ☐
- oft ☐

8. Wären Sie als Junge bzw. Mädchen geboren worden (mit dem Geschlecht, das Sie sich gewünscht hätten), wie hätten Ihre Eltern darauf reagiert?

Mutter									
	erfreut	0	1	2	3	4	5	enttäuscht	
Vater									
	erfreut	0	1	2	3	4	5	enttäuscht	

9. Falls Sie sich manchmal während Ihrer Kindheit wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts verhielten: Wie reagierten die Mitglieder Ihrer Familie darauf (soweit Sie mit Ihnen in einem Haushalt lebten)?

Vater	fördernd	0	1	2	3	4	5	ablehnend
Mutter	fördernd	0	1	2	3	4	5	ablehnend
Großvater	fördernd	0	1	2	3	4	5	ablehnend
Großmutter	fördernd	0	1	2	3	4	5	ablehnend
Geschwister	fördernd	0	1	2	3	4	5	ablehnend

10. Welche anderen Personen in Ihrem Umfeld haben Ihrem Verhalten besonders ablehnend oder besonders fördernd gegenüber gestanden?

<hr/>								
fördernd	0	1	2	3	4	5	ablehnend	
<hr/>								
fördernd	0	1	2	3	4	5	ablehnend	

11. Welche Personen waren während Ihrer Kindheit und Jugend ein Vorbild für Sie?

Kindheit:

Jugend:

12. Hätten Sie sich früher mehr Kontakte zu Gleichaltrigen gewünscht?

	Ja	Nein
in der Vorschulzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Schulzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Mit welchen Kindern haben Sie sich vor Beginn der Pubertät besser verstanden?

Jungen	<input type="checkbox"/>
Mädchen	<input type="checkbox"/>

14. Von welchem Geschlecht fühlen Sie sich heute besser verstanden?

Frauen	<input type="checkbox"/>
Männer	<input type="checkbox"/>

15. Falls Sie schon einmal gegengeschlechtliche Kleidung getragen haben: In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal ein für das andere Geschlecht typisches Kleidungsstück getragen?

heimlich:

 Jahre

offen:

 Jahre

16. Welche Kleidung haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten vorwiegend getragen?

- immer eindeutig weibliche Kleidung ☐
- überwiegend eindeutig weibliche Kleidung ☐
- überwiegend geschlechtsneutrale Kleidung ☐
- gleichrangig sowohl männliche als auch weibliche Kleidung ☐
- überwiegend männliche Kleidung ☐
- immer eindeutig männliche Kleidung ☐

17. Welche geschlechtstypischen Spielzeuge bzw. Spiele haben Sie in Ihrer Kindheit bevorzugt?

	häufig	selten	nie
Waffen- und Kriegsspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisier- und Schminkspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüpfkästchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Mehrfachauswahl möglich)

18. Welches sind heute Ihre drei wichtigsten Hobbies?

19. Welche Berufsausbildungen haben Sie bisher absolviert (Bitte die Reihenfolge einhalten)?

20. Welche Berufe haben Sie bisher ausgeübt (Bitte die Reihenfolge einhalten)?

21. Welchen Beruf würden Sie gerne ausüben, wenn Sie die Möglichkeit dazu hätten?

22. Wie verhalten Sie sich, wenn Sie während eines einsamen Spazierganges in freier Natur plötzlich einen Harndrang verspüren?

	immer	meistens	selten	nie
Urinieren im Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinieren in der Hocke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Welche der folgenden Techniken wenden Sie an, um äußerliche Geschlechtsmerkmale zu verdecken?

	nie	selten	oft	immer
Weite Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustbinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegbinden von Penis und Hoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zurückschieben der Hoden in den Leistenkanal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enthaarungsmittel / Epilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Wie kleiden Sie sich zur Zeit?

	nie	selten	oft	immer
Kleidung entsprechend den äußerlichen Geschlechtsmerkmalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleidung des gewünschten Geschlechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsneutrale Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Welche der folgenden Techniken wenden Sie an, um neben der Kleidung äußerlich die Geschlechtsmerkmale des gewünschten Geschlechts aufzuweisen?

	nie	selten	oft	immer
Atrappen (BH, Penis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perücke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Make-up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Haben Sie schon einmal versucht, sich zu verstümmeln? Falls Ja: In welchem Alter war das?

Zuerst _____ Jahre

Zuletzt _____ Jahre

27. An welchen Körperteilen haben Sie sich die Verletzungen beigebracht?

- Brust ☐
Penis ☐
Hoden ☐

(Mehrfachauswahl möglich)

28. Haben Sie sich schon einmal auf dem Schwarzmarkt mit Hormonpräparat versorgt, um Ihrem Wunschgeschlecht näher zu kommen?

- oft ☐
manchmal ☐
selten ☐
nie ☐

29. In welchem Alter haben Sie sich zum ersten Mal Hormone verabreicht oder verabreichen lassen (legal oder illegal)?

30. Haben Sie als Kind oder Jugendliche/r einmal einen sexuellen Übergriff eines Erwachsenen erdulden müssen oder sind sexuell mißbraucht oder mißhandelt worden? Falls Ja: In welchem Alter war das?

- nie ☐
einmalig ☐
mehrmalig ☐

31. Falls Sie diese Erfahrung gemacht haben: War der Täter ein Mitglied Ihrer Familie oder eine fremde Person, Frau oder Mann?

- | | | | |
|------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Frau | <input type="checkbox"/> | familiär | <input type="checkbox"/> |
| Mann | <input type="checkbox"/> | fremd | <input type="checkbox"/> |

32. Wie empfinden Sie Ihren nackten Körper auf den folgenden Dimensionen?

erregend 0 1 2 3 4 5 abstoßend

33. Wie gehen Sie in der Regel mit Ihrem Körper um?

pfleglich 0 1 2 3 4 5 nachlässig

III. Sexuelle Orientierung und Zukunftsplanung

1. Mit welchen Partnern / Partnerinnen leben oder lebten Sie zusammen, bzw. möchten Sie gerne zusammenleben?

	derzeitige/r oder letzte/r Partner/in	gewünschte/r Partner/in
Heterosexueller Mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heterosexuelle Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homosexueller Mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homosexuelle Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mann ohne sexuelles Interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frau ohne sexuelles Interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein Zusammenleben angestrebt		<input type="checkbox"/>

(Mehrfachauswahl möglich)

2. Mit welchen Partnern / Partnerinnen haben oder hatten Sie bisher sexuelle Kontakte, bzw. stellen Sie sich bei der Masturbation vor?

	erlebte Erfahrungen	phantasierte Erfahrungen
Heterosexueller Mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heterosexuelle Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homosexueller Mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homosexuelle Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Mehrfachauswahl möglich)

3. Welche sexuelle Orientierung schreiben Sie sich selbst zu?

heterosexuell	<input type="checkbox"/>
homosexuell	<input type="checkbox"/>
bisexuell	<input type="checkbox"/>
asexuell (ohne sexuelles Interesse)	<input type="checkbox"/>
autosexuell (ausschließlich Masturbation)	<input type="checkbox"/>

4. Welche der folgenden sexuellen Handlungen haben Sie bereits in aktiver Rolle ausgeführt:

	nie	einmal	mehrmals
Zungenkuß mit einer Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation einer weiblichen Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation einer weiblichen Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation eines weiblichen Genitals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation eines weiblichen Genitals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zungenkuß mit einem Mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation eines männlichen Genitals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation eines männlichen Genitals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Mehrfachauswahl möglich)

5. Falls Sie körperlich das Erscheinungsbild eines Mannes haben: Welche sexuellen Erfahrungen haben Sie außer den oben bereits genannten noch gemacht:

	nie	einmal	mehrmals
Penis-vaginaler Verkehr mit einer weiblichen Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation Ihres Genitals durch eine weibliche Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation Ihres Genitals durch eine weiblichen Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation Ihres Genitals durch einen männlichen Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation Ihres Genitals durch einen männlichen Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penis-analer Verkehr mit einem männlichen Partner (passiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penis-analer Verkehr mit einem männlichen Partner (aktiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Mehrfachauswahl möglich)

6. Falls Sie körperlich das Erscheinungsbild einer Frau haben: Welche sexuellen Erfahrungen haben Sie außer den oben bereits genannten noch gemacht:

	nie	einmal	mehrmals
Penis-vaginaler Verkehr mit einem männlichen Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation Ihrer Brust durch einen männliche Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation Ihrer Brust durch einen männlichen Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation Ihres Genitals durch einen männlichen Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation Ihres Genitals durch einen männlichen Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation Ihrer Brust durch eine weibliche Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation Ihrer Brust durch eine weibliche Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Stimulation Ihres Genitals durch eine weibliche Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orale Stimulation Ihres Genitals durch eine weibliche Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Mehrfachauswahl möglich)

7. Falls Sie bereits penis-vaginalen oder penis-analen Verkehr erfahren haben: In welcher Rolle haben Sie sich dabei gefühlt?

Ich empfinde als Frau	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde als Mann	<input type="checkbox"/>
Ich kann beides empfinden	<input type="checkbox"/>
Ich versuche Gefühle abzuschalten	<input type="checkbox"/>

8. Welchen Stellenwert hat für Sie die Sexualität?

unwichtig 0 1 2 3 4 5 wichtig

9. Würden Sie gerne eher mehr oder eher weniger Sexualität erleben als zur Zeit?

mehr 0 1 2 3 4 5 weniger

10. Wie oft masturbieren Sie durchschnittlich innerhalb eines Monats?

ca. _____ Mal

11. Falls Sie das körperliche Erscheinungsbild eines Mannes haben: Wenden Sie die folgenden Techniken vor oder während der Masturbation zur Stimulierung an?

	nie	selten	manchmal	oft	immer
Tragen weiblicher Wäsche (ggf. vor dem Spiegel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schminken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Welche Einstellung haben Sie gegenüber Homosexuellen, welche gegenüber Transvestiten?

	Ablehnung		Toleranz		Sympathie	
Homosexuelle Frauen	0	1	2	3	4	5
Homosexuelle Männer	0	1	2	3	4	5
Transvestiten	0	1	2	3	4	5

13. Wie schätzen Sie das Verhältnis Ihrer weiblichen und männlichen Anteile zueinander ein?

extrem weiblich 0 1 2 3 4 5 extrem männlich

14. Wie lange dauerte Ihre letzte partnerschaftliche Beziehung?

_____ Monate

15. Haben Sie jemals, auch nur gelegentlich, als Prostituierte gearbeitet?

Ja ☐
Nein ☐

16. Haben Sie aufgrund Ihrer geschlechtlichen Problematik sexuelle Kontakte vermieden?

- nie ☐
- selten ☐
- manchmal ☐
- oft ☐
- immer ☐

17. Falls Sie schon einmal sexuelle Kontakte aufgrund Ihrer geschlechtlichen Problematik vermieden haben: Glauben Sie, daß sich diese Kontaktschwierigkeiten im Laufe Ihrer Umgestaltung verbessern werden?

- Ja ☐
- Nein ☐

18. Haben Sie schon einmal an einer sexuellen Funktionsstörung gelitten (z.B. Beeinträchtigung der Gliedsteife oder der Orgasmusfähigkeit, Scheidenkrämpfe o.ä.)?

- nie ☐
- selten ☐
- manchmal ☐
- oft ☐
- dauernd ☐

19. Falls derartige Probleme einmal aufgetreten sind: In welchen Partnerschaften haben sie bestanden?

- Partnerschaft mit einem Mann ☐
- Partnerschaft mit einer Frau ☐

20. Kommen Sie bei der Selbstbefriedigung zum Orgasmus?

- nie ☐
- selten ☐
- manchmal ☐
- oft ☐
- dauernd ☐

21. Falls Sie eine biologische Frau sind: Waren Sie jemals einmal schwanger?

- Ja ☐
- Nein ☐

IV. Individualpsychologischer Hintergrund und Prognostik

1. Fanden Sie den sozialen Rollenwechsel, soweit Sie ihn bisher vollzogen haben, eher leichter oder eher schwieriger als Sie erwartet hätten?

leichter 0 1 2 3 4 5 schwieriger

2. Glauben Sie, daß Sie für den sozialen Rollenwechsel eher mehr oder eher weniger Zeit als andere Transidenten benötigen?

weniger 0 1 2 3 4 5 mehr

3. Meinen Sie, daß sich Ihr sozialer Status oder Ihre berufliche Position durch den Rollenwechsel eher verschlechtern oder eher verbessern wird?

verbessern 0 1 2 3 4 5 verschlechtern

4. Wie schätzen Sie Ihre derzeitige allgemeine Lebensqualität ein?

sehr niedrig 0 1 2 3 4 5 sehr hoch

5. Wie hoch schätzen Sie zur Zeit Ihre Lebenszufriedenheit in den folgenden Bereichen ein?

	sehr niedrig				sehr hoch	
Partnerschaft	0	1	2	3	4	5
Beruf	0	1	2	3	4	5
Freundeskreis	0	1	2	3	4	5
Elternhaus	0	1	2	3	4	5

6. Hatten Sie im letzten Jahr wegen Ihrer Problematik Schwierigkeiten mit den folgenden Personengruppen?

	nie	selten	machmal	oft	dauernd
Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie schätzen Sie heute Ihre Wirkung auf die Menschen ein, wenn Sie in der Aufmachung des neuen Geschlechts unterwegs sind?

männlich 0 1 2 3 4 5 weiblich

8. Wie oft sorgen Sie sich darüber, daß Sie von neueren Bekannten trotz Ihrer Kleidung Ihrem früheren Geschlecht zugeordnet werden könnten?

- nie ☐
 selten ☐
 manchmal ☐
 oft ☐
 dauernd ☐

9. Wie schätzen Sie ein, daß sich die Geschlechtsangleichung auf Ihre Attraktivität und damit auf die Möglichkeit, leichter einen Partner zu finden, auswirken wird?

- eher positiv ☐
 gleichbleibend ☐
 eher negativ ☐

10. Welche sozialen Beziehungen werden durch ihren bisher vollzogenen Geschlechtsrollenwechsel beeinträchtigt, so daß Sie evtl. sogar aufgegeben werden müssen?

	Abbruch unwahrscheinlich				Abbruch wahrscheinlich	
	0	1	2	3	4	5
Partner/in	0	1	2	3	4	5
Eltern	0	1	2	3	4	5
Geschwister	0	1	2	3	4	5
Berufskollegen	0	1	2	3	4	5
Arbeitgeber	0	1	2	3	4	5
Mitschüler, Mitstudierende	0	1	2	3	4	5
Vereinskollegen	0	1	2	3	4	5
Freundeskreis	0	1	2	3	4	5
Nachbarn	0	1	2	3	4	5

11. Vor wievielen Monaten haben Sie zum letzten Mal im Zusammenhang mit Ihrer Geschlechtsproblematik an einen Selbstmord gedacht?

_____ Monate

12. Falls es jemals zu Selbstmordversuchen gekommen ist: Wie häufig wurde von Ihnen bisher ein solcher Versuch unternommen?

_____ Mal

13. Wie schätzen Sie über die Dauer der letzten zwölf Monate Ihren psychischen Allgemeinzustand ein?

sehr schlecht 0 1 2 3 4 5 sehr gut

14. Besteht bei Ihnen eine Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit, oder eine Abhängigkeit von harten Drogen? Falls Ja: Von welchem Stoff?

Nein ☐ Ja ☐ _____

15. Waren Sie einmal wegen psychischer Beschwerden in Behandlung? Falls Ja: In welcher Art von Einrichtung?

- Allgemeinarzt oder Gynäkologe ☐
- Praxis eines Psychotherapeuten ☐
- Suchtklinik ☐
- Psychosomatische Fachklinik ☐
- Psychiatrischen Krankenhauses ☐

(Mehrfachauswahl möglich)

16. Falls Sie einmal wegen psychischer Probleme in stationärer Behandlung waren: Vor wievielen Monaten hat diese zum letzten Mal stattgefunden?

_____ Monate

_____ (Art des Problems)

17. Wenn Sie traurig und niedergeschlagen sind, versuchen Sie dann mit jemanden darüber zu reden?

- Nein, ich kann mir selbst am besten helfen. ☐
- Ich würde gern, aber ich habe niemanden dafür. ☐
- Ja, ich habe jemanden, dem ich vertrauen kann. ☐

18. Mit wievielen Freunden oder Familienangehörigen können Sie über Ihre Problematik in aller Ausführlichkeit sprechen?

19. Hatten Sie früher einmal Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe oder haben Sie diesen Kontakt noch?

	früher	zur Zeit
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Wie oft fragen Sie sich, ob der von Ihnen eingeschlagene Weg der Geschlechtsumwandlung wirklich der richtige ist?

nie	<input type="checkbox"/>
selten	<input type="checkbox"/>
manchmal	<input type="checkbox"/>
oft	<input type="checkbox"/>
dauernd	<input type="checkbox"/>

21. Könnten Sie sich für sich auch einen Lebensstil vorstellen, bei dem Sie durch Kleidung und Aussehen nicht eindeutig dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zugeordnet werden könnten?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

22. Könnten Sie sich vorstellen, daß eine Psychotherapie Ihnen die Annahme Ihres Körpers erleichtern würde?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

V. Beurteilung des Fragebogens

1. Welches sind Ihrer Meinung nach die Gründe für die Entstehung von Transsexualität?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| eher biologisch-genetische Ursachen | <input type="checkbox"/> |
| unentschieden | <input type="checkbox"/> |
| eher sozial-familiäre Ursachen | <input type="checkbox"/> |

2. Glauben Sie, daß dieser Fragebogen dazu geeignet ist, Ihre Geschlechtsproblematik hinlänglich darzulegen?

überhaupt nicht 0 1 2 3 4 5 voll und ganz

3. Welche Themen, die Ihnen noch wichtig erscheinen, wurden nicht erfaßt?

4. Waren die Fragen verständlich und eindeutig gestellt?

- | | |
|----------|--------------------------|
| immer | <input type="checkbox"/> |
| meistens | <input type="checkbox"/> |
| manchmal | <input type="checkbox"/> |
| selten | <input type="checkbox"/> |
| nie | <input type="checkbox"/> |

5. Meinen Sie, daß die Fragen, insbesondere solche zum Intimbereich, für die Betroffenen zumutbar sind?

- | | |
|--------|--------------------------|
| alle | <input type="checkbox"/> |
| viele | <input type="checkbox"/> |
| wenige | <input type="checkbox"/> |
| keine | <input type="checkbox"/> |

6. Halten Sie es allgemein für sinnvoll, daß vom Gesetzgeber Bedingungen an die Anerkennung im anderen Geschlecht gefordert werden?

- | | |
|------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> |

7. Welche Erfahrungen haben Sie im Zusammenhang mit Ihrer Geschlechtsproblematik mit den folgenden Personengruppen gemacht?

Ärzte / Psychiater	☺	☹	☹
Psychologen / Therapeuten	☺	☹	☹
Sozialarbeiter	☺	☹	☹
Selbsthilfegruppen	☺	☹	☹

Blättern Sie den ausgefüllten Fragebogen jetzt bitte noch einmal schnell durch, um ganz sicher zu sein, daß Sie alle Fragen beantwortet haben.

WIR DANKEN IHNEN FÜR IHRE MITARBEIT UND UNTERSTÜTZUNG!



Korrekturfahne

Die Korrekturfahne zeigt alle Seiten des Fragebogens als Übersicht im gewählten Layout. Wie im Debug-Modus sind die Kennungen der Fragen eingeblendet.

Bitte beachten Sie folgende Unterschiede zum tatsächlichen Fragebogen:

- Filter können prinzipbedingt nicht funktionieren,
- Fragen im PHP-Code werden nur angezeigt, wenn die Kennung statisch vorliegt,
- die Anzeige der Fragen kann abweichen, weil die Frage-Kennungen eingeblendet werden, und
- Platzhalter und andere dynamische Elemente können prinzipbedingt nicht dargestellt werden.

[Druckansicht](#) [Variablenansicht](#)

Seite 01

Lieber Teilnehmer, liebe Teilnehmerin,

mein Name ist Antonia Ostgathe, ich bin Psychologiestudentin an der MSH - Medical School Hamburg im sechsten Semester. Im Zusammenhang mit meiner Bachelorarbeit möchte ich mittels dieses Fragebogens Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen dem Phänomen der Body Integrity Identity Disorder und der Transidentität herausarbeiten. Im Fokus der Arbeit und gleichermaßen Ziel der Arbeit soll es sein, relevante Aspekte des Identitätsempfindens darzustellen.

Betreuer meiner Arbeit ist Herr Prof. Dr. Kasten (www.erich-kasten.de), der sich seit einigen Jahren im Rahmen von Forschungsprojekten mit dem Phänomen der Body Integrity Identity Disorder beschäftigt.

Die folgenden Fragestellungen und Aussagen stehen nun im Zusammenhang mit Ihrem persönlichen Erleben gegenüber Ihrer empfundenen Identität.

Bitte lesen Sie sich jede Frage oder Aussage aufmerksam durch und beantworten Sie sie bevor Sie zur nächsten Frage übergehen. Beantworten Sie bitte, falls auf Sie zutreffend, alle Fragen rückblickend auf die Zeit bevor Sie sich einer operativen Maßnahme unterzogen haben. Ausnahmen sind Fragen, die auf die gegenwärtige Situation bezogen zu beantworten sind.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie bitte in Ihrem Tempo auf die einzelnen Fragestellungen oder Aussagen.

In den meisten Fällen werden Ihnen die Antwortmöglichkeiten anhand einer Skala präsentiert (ähnlich einem Thermometer). Sie sind dazu angehalten in dieser Skala das Ausmaß, beispielsweise Ihrer Zustimmung oder Ihrer Einschätzung, anzukreuzen.

Beispiel:

Trifft gar nicht zu 0 - 10 - 20 - 30 - 40 - X - 60 - 70 - 80 - 90 - 100 Trifft voll zu

Wenn Sie aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auswählen und Mehrfachauswahl möglich ist, so ist dies gekennzeichnet: (Mehrfachauswahl möglich)

Daneben gibt es auch Felder bei denen Sie gebeten werden, zu verschiedenen Aspekten Ihrer

erwünschten Identität persönliche Angaben zu machen. Das bedeutet, dass Ihnen freie Antwortmöglichkeiten eingeräumt werden. Hier werden in der Regel Zahlen, Daten oder Text eingetragen:

Datenschutz

1. Zum Schutz Ihrer persönlichen Daten erfolgen die Angaben auf den Fragebögen anonym. Sie müssen keinen Namen, keine Anschrift und kein Geburtsdatum angeben. Das bedeutet, dass es nicht möglich sein wird den beantworteten Fragebogen nach der Erhebung mit Ihnen in Verbindung zu bringen.
2. Bitte tragen Sie ein selbst gewähltes Codewort in den Fragebogen ein um sicherzustellen, dass die einzelnen Bögen ein und derselben Person zugeordnet werden können. Dieses Wort sollte nicht so häufig vorkommen.
3. Die erhobenen Daten werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Seite 02

1. Persönliches Codewort: [SD01]

2. Alter: [SD02]

 Jahre

3. Geschlecht: [SD03]

- ☐ Männlich
☐ Weiblich

4. Familienstand: [SD04]

- ☐ Ledig
☐ Verheiratet/In Partnerschaft lebend
☐ Geschieden
☐ Verwitwet

5. Anzahl der Ausbildungsjahre: [SD05]

(das heißt zum Beispiel: Grundschule (4 Jahre) + Realschule (6 Jahre) + Ausbildung (3 Jahre) = 13 Jahre oder Grundschule (4 Jahre) + Gymnasium (9 Jahre) + Studium (5 Jahre) = 18 Jahre)

Ihre Anzahl der Ausbildungsjahre: Jahre

6. Haben Sie bereits eine Amputation durchführen lassen, oder mittels anderer Maßnahmen Ihre gewünschte körperliche Beeinträchtigung erzielt? [SD06]

- ☐ Ja
☐ Nein

7. Welche Art der Amputation/körperlichen Beeinträchtigung streben Sie an/konnten Sie bisher erzielen, um eine Übereinstimmung mit Ihrer gewünschten Identität zu erreichen? [SD07]

(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Unterschenkelamputation links
☐ Unterschenkelamputation rechts
☐ Oberschenkelamputation links
☐ Oberschenkelamputation rechts
☐ Amputation des Unterarms links
☐ Amputation des Unterarms rechts
☐ Amputation des Oberarms links
☐ Amputation des Oberarms rechts
☐ Versteifung des rechten Beines
☐ Versteifung des linken Beines
☐ Querschnittslähmung
☐ Blindheit
☐ Taubheit
☐ Anderes

Seite 03

Frage [H101]

Trifft gar nicht zu Trifft voll zu
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich empfinde, dass die Körperteile, die ich zu verändern wünsche, nicht zu meinem Körper gehören.

Frage [H201]

Trifft gar nicht zu Trifft voll zu
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich empfinde einen intensiven Wunsch nach einer chirurgischen Veränderung meines Körpers.

Frage [H202]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich kann meinen gesunden Körper akzeptieren, ohne eine chirurgische Maßnahme in Betracht zu ziehen.

Frage [H301]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich empfinde meinen nackten Körper als abstoßend.

Frage [H401]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich fühle, dass mein physisches, sichtbares Körperbild nicht meiner Vorstellung entspricht.

Frage [H501]

Pretending

Falls Sie schon einmal eine körperliche Behinderung vorgetäuscht haben: In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal für die gewünschte Behinderung spezifische Hilfsmittel eingesetzt?

Heimlich:

Jahre

In der Öffentlichkeit:

Jahre

Frage [H502]

Wie häufig haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten (im Rückblick: 12 Monate vor operativen Maßnahmen) vorwiegend Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehstützen) genutzt?

Anzahl der Stunden pro Monat:

Frage [H503]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Mein Verhalten richtet sich eher nach dem
einer körperlich gesunden,
unbeeinträchtigten Person.

Seite 04

Frage [H601]

Welches sind Ihrer Meinung nach die Gründe für die Entstehung von BIID?

☐ Eher biologisch-genetische Ursachen

☐ Anderes

☐ Eher sozial-familiäre Ursachen

Frage [H602]

Wie würden Sie Ihren Wunsch
begründen?

Frage [H603]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Auch ohne eine Operation erhalten zu
haben, fühle ich mich wohl.

Frage [H701]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

In den verschiedenen Entwicklungsstufen
(Kind, Jugendliche/r, Erwachsene/r) habe
ich ein Schamgefühl für meinen Wunsch
entwickelt.

Frage [H702]

Falls ja, in welcher Entwicklungsstufe?

Frage [H703]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Aktuell schäme ich mich für meinen Wunsch nach einer körperlichen Beeinträchtigung.

Frage [H704]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

In den verschiedenen Entwicklungsstufen (Kind, Jugendliche/r, Erwachsene/r) habe ich ein Schuldgefühl für meinen Wunsch entwickelt.

Frage [H705]

Falls ja, in welcher Entwicklungsstufe?

Seite 05

Frage [H706]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Aktuell empfinde ich ein Schuldgefühl aufgrund meines Wunsches nach einer körperlichen Beeinträchtigung.

8. [H801]

In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal aktiv Informationen über das Thema „Body Integrity Identity Disorder“ eingeholt?

Jahre

Frage [H802]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Anhang 4

Fragebogen

14.07.13 21:55

Ich sammle und erwerbe Gegenstände,
die der Angleichung an meine gewünschte
Identität dienlich sein sollen.

Frage [H803]

Falls ja, welcher Art sind diese Materialien?
(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Rollstuhl
- ☐ Gehstützen
- ☐ Armschienen
- ☐ Beinschienen
- ☐ Informationsbroschüren
- ☐ Anderes

Frage [H901]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich habe mich schon einmal dafür
geschämt, Material hinsichtlich meiner
subjektiv empfundenen Identität oder zur
Angleichung an den gewünschten
körperlichen Zustand gesammelt zu
haben.

Frage [H902]

Sehr geringe
Intensität

Sehr starke
Intensität

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie intensiv war dieses Schamgefühl?

Frage [E101]

Keine dauerhafte
Entlastung möglich

Dauerhafte
Entlastung möglich

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Denken Sie in solchen Situationen, dass
Sie sich durch das Entfernen
entsprechender Materialien dauerhaft
entlastet fühlen können?

Frage [E104]

nein ja

☐ ☐

Haben Sie die gesammelten Materialien schon einmal entsorgt?

Seite 06

Frage [E103]

Nie

Immer

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Falls ja, haben Sie, nachdem Sie die Materialien entsorgt haben, bereits einmal längerfristig Entlastung von Ihrem Wunsch erfahren können?

Frage [A101]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Finden Sie Personen, die amputiert sind oder körperliche Beeinträchtigungen haben, attraktiver als Personen mit einem unversehrten Körper?

Frage [V101]

Sehr gering

In hohem Maße

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

In welchem Maße kann nach Ihrem Empfinden durch eine Operation Vollkommenheit des gewünschten Körpers erreicht werden?

9. [Z101]

Falls Sie jemals Zweifel an der Identität als unversehrter Mensch hatten: In welchem Alter hatten Sie diese Zweifel zum ersten Mal?

Jahre

10. [Z102]

In welchem Alter hatten Sie zum ersten Mal den Wunsch im Körper einer körperlich beeinträchtigten

Person zu leben?

Jahre

Frage [E201]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Trotz folgender lebenslanger
Einschränkungen bin ich dazu bereit,
meinem Wunsch nach operativen
Maßnahmen zu folgen.

Frage [E202]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ohne eine operative Maßnahme zu
erhalten, kann ich keine Akzeptanz
gegenüber meinem gesunden Körper
empfinden.

Frage [K101]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich orientiere mich in meinem Verhalten
eher an dem von Personen, die meine
gewünschte körperliche Beeinträchtigung
haben.

Seite 07

Frage [A201]

Sehr selten

Sehr oft

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Falls sie bereits als Kind oder
Jugendliche/r in Ihre gewünschte Rolle der
amputierten Person oder des körperlich
eingeschränkten Menschen gewechselt
haben, wie häufig hat dieses Ausprobieren
stattgefunden?

Frage [I101]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

In einer chirurgischen Maßnahme sehe ich die einzige Möglichkeit, im Einklang mit meiner gewünschten Identität zu leben.

Frage [I102]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Eine Psychotherapie könnte mir die Annahme meines Körpers erleichtern.

Frage [E301]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Erotische Komponenten spielen eine Rolle im Zusammenhang mit meinem Wunsch.

Frage [E302]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Erotische Komponenten verstärken den Wunsch nach der erwünschten Körperveränderung.

Frage [E303]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Der Wunsch nach operativen Maßnahmen erscheint mir von sehr geringer Intensität.

Frage [P101]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich empfinde starken Leidensdruck,
solange ich nicht operiert bin.

Frage [E401]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich empfinde starke Ablehnung gegenüber
den Körpermerkmalen, die ich zu
verändern wünsche.

Frage [I201]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich möchte in meiner Identität als
körperlich beeinträchtigte Person mein
Leben unauffällig weiterführen.

Letzte Seite

**Vielen Dank, dass Sie an der Befragung teilgenommen
haben!**

Einladung zum SoSci Panel

Liebe Teilnehmerin,
lieber Teilnehmer,

das nicht-kommerzielle **SoSci Panel** würde Sie gerne zu weiteren wissenschaftlichen Befragungen einladen. Das Panel achtet Ihre Privatsphäre, gibt Ihre E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter und wird Ihnen pro Jahr maximal vier Einladungen zu qualitativ hochwertigen Studien zusenden.

E-Mail: Am Panel teilnehmen

Sie erhalten eine Bestätigungsmail, bevor Ihre E-Mail-Adresse in das Panel aufgenommen wird. So wird sichergestellt, dass niemand außer Ihnen Ihre E-Mail-Adresse einträgt.

Der Fragebogen, den Sie gerade ausgefüllt haben, wurde gespeichert. Sie können das Browserfenster selbstverständlich auch schließen, ohne am SoSci Panel teilzunehmen.

Anhang 4

Fragebogen

14.07.13 21:55

Antonia Ostgathe, Psychologie, MSH Medical School
Hamburg - Fachhochschule für Gesundheit und Medizin -
2013



Korrekturfahne

Die Korrekturfahne zeigt alle Seiten des Fragebogens als Übersicht im gewählten Layout. Wie im Debug-Modus sind die Kennungen der Fragen eingeblendet.

Bitte beachten Sie folgende Unterschiede zum tatsächlichen Fragebogen:

- Filter können prinzipbedingt nicht funktionieren,
- Fragen im PHP-Code werden nur angezeigt, wenn die Kennung statisch vorliegt,
- die Anzeige der Fragen kann abweichen, weil die Frage-Kennungen eingeblendet werden, und
- Platzhalter und andere dynamische Elemente können prinzipbedingt nicht dargestellt werden.

➡ **Druckansicht** ➡ **Variablenansicht**

Seite 01
Anweisung

Lieber Teilnehmer, liebe Teilnehmerin,

mein Name ist Antonia Ostgathe, ich bin Psychologiestudentin an der MSH - Medical School Hamburg im sechsten Semester. Im Zusammenhang mit meiner Bachelorarbeit möchte ich mittels dieses Fragebogens Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen dem Phänomen der Body Integrity Identity Disorder und der Transidentität herausarbeiten. Im Fokus der Arbeit und gleichermaßen Ziel der Arbeit soll es sein, relevante Aspekte des Identitätsempfindens darzustellen.

Betreuer meiner Arbeit ist Herr Prof. Dr. Kasten (www.erich-kasten.de), der sich seit einigen Jahren im Rahmen von Forschungsprojekten mit dem Phänomen der Body Integrity Identity Disorder beschäftigt.

Die folgenden Fragestellungen und Aussagen stehen nun im Zusammenhang mit Ihrem persönlichen Erleben gegenüber Ihrer empfundenen Identität.

Bitte lesen Sie sich jede Frage oder Aussage aufmerksam durch und beantworten Sie sie bevor Sie zur nächsten Frage übergehen. Beantworten Sie bitte, falls auf Sie zutreffend, alle Fragen rückblickend auf die Zeit bevor Sie operative Maßnahmen erhalten haben. Ausnahmen sind Fragen, die auf die gegenwärtige Situation bezogen zu beantworten sind.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie bitte in Ihrem Tempo auf die einzelnen Fragestellungen oder Aussagen.

In den meisten Fällen werden Ihnen die Antwortmöglichkeiten anhand einer Skala präsentiert (ähnlich einem Thermometer). Sie sind dazu angehalten in dieser Skala das Ausmaß, beispielsweise Ihrer Zustimmung oder Ihrer Einschätzung, anzukreuzen.

Beispiel:

Trifft gar nicht zu 0 - 10 - 20 - 30 - 40 - X - 60 - 70 - 80 - 90 - 100 Trifft voll zu

Wenn Sie aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auswählen und Mehrfachauswahl möglich ist, so ist dies gekennzeichnet: (Mehrfachauswahl möglich)

Daneben gibt es auch Felder bei denen Sie gebeten werden, zu verschiedenen Aspekten Ihrer erwünschten Identität persönliche Angaben zu machen. Das bedeutet, dass Ihnen freie Antwortmöglichkeiten eingeräumt werden. Hier werden in der Regel Zahlen, Daten oder Text eingetragen:

Datenschutz

1. Zum Schutz Ihrer persönlichen Daten erfolgen die Angaben auf den Fragebögen anonym. Sie müssen keinen Namen, keine Anschrift und kein Geburtsdatum angeben. Das bedeutet, dass es nicht möglich sein wird den beantworteten Fragebogen nach der Erhebung mit Ihnen in Verbindung zu bringen.
2. Bitte tragen Sie ein selbst gewähltes Codewort in den Fragebogen ein um sicherzustellen, dass die einzelnen Bögen ein und derselben Person zugeordnet werden können. Dieses Wort sollte nicht so häufig vorkommen.
3. Die erhobenen Daten werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Seite 02

1. Persönliches Codewort: [SD02]

2. Alter: [SD01]

 Jahre

3. Geburtsurkundliches Zuweisungsgeschlecht: [SD08]

- ☐ Männlich
☐ Weiblich

4. Familienstand: [SD05]

- ☐ Ledig
☐ Verheiratet/In Partnerschaft lebend
☐ Geschieden
☐ Verwitwet

5. Anzahl der Ausbildungsjahre: [SD04]

(das heißt zum Beispiel: Grundschule (4 Jahre) + Realschule (6 Jahre) + Ausbildung (3 Jahre) = 13 Jahre oder Grundschule (4 Jahre) + Gymnasium (9 Jahre) + Studium (5 Jahre) = 18 Jahre)

Ihre Anzahl der Ausbildungsjahre: Jahre

6. Haben Sie bereits geschlechtsangleichende Maßnahmen durchführen lassen? [SD06]

- ☐ Ja
☐ Nein

7. Welche Maßnahmen wurden bereits durchgeführt oder streben Sie an? [SD07]

(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Namensänderung
☐ Hormonbehandlung
☐ Epilation des Bartes
☐ Brustoperation
☐ Genitaloperation
☐ Personenstandsänderung
☐ Anderes

Seite 03

Frage [H101]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich empfinde, dass die Körperteile, die ich zu verändern wünsche, nicht zu meinem Körper gehören.

Frage [H201]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich empfinde einen intensiven Wunsch nach einer chirurgischen Veränderung meines Körpers.

Frage [H202]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Trifft gar nicht zu Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Trifft gar nicht zu Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Trifft gar nicht zu Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Seite 04

Frage [H601]

Welches sind Ihrer Meinung nach die Gründe für die Entstehung von Transidentität?

☐ Eher biologisch-genetische Ursachen

☐ Anderes

☐ Eher sozial-familiäre Ursachen

Frage [H602]

Wie würden Sie Ihren Wunsch begründen?

Frage [H603]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Auch ohne eine Operation erhalten zu haben, fühle ich mich wohl.

Frage [H701]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

In den verschiedenen Entwicklungsstufen (Kind, Jugendliche/r, Erwachsene/r) habe ich ein Schamgefühl für meinen Wunsch entwickelt.

Frage [H702]

Falls ja, in welcher Entwicklungsstufe?

Frage [H703]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Aktuell schäme ich mich für meinen Wunsch dem Gegengeschlecht angehören zu wollen.

Frage [H704]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

In den verschiedenen Entwicklungsstufen (Kind, Jugendliche/r, Erwachsene/r) habe ich ein Schuldgefühl für meinen Wunsch entwickelt.

Frage [H705]

Falls ja, in welcher Entwicklungsstufe?

--

Seite 05

Frage [H706]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Aktuell empfinde ich ein Schuldgefühl aufgrund meines Wunsches dem Gegengeschlecht angehören zu wollen.

8. [H801]

In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal aktiv Informationen über das Thema „Transidentität“ eingeholt?



Jahre

Frage [H802]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich sammle und erwerbe Gegenstände, die der Angleichung an meine gewünschte Identität dienlich sein sollen.

☐ Bekleidung

☐ Make-Up

☐ Informationsbroschüren

☐ Attrappen (BH, Penis)

☐ Perücken

☐ Anderes

Haben Sie die gesammelten Materialien schon einmal entsorgt?

☐ ☐

Seite 06

Frage [E103]

Nie Immer
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Falls ja, haben Sie, nachdem Sie die Materialien entsorgt haben, bereits einmal längerfristig Entlastung von Ihrem Wunsch erfahren können?

Frage [A101]

Trifft gar nicht zu Trifft voll zu
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Finden Sie Personen, die dem erwünschten Geschlecht angehören attraktiver als Personen des nicht erwünschten Geschlechts?

Frage [V101]

Sehr gering In hohem Maße
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

In welchem Maße kann nach Ihrem Empfinden durch eine Operation Vollkommenheit des gewünschten Körpers erreicht werden?

9. [Z101]

Falls Sie jemals Zweifel an Ihrer geschlechtlichen Identität hatten: In welchem Alter hatten Sie diese Zweifel zum ersten Mal?

Jahre

10. [Z102]

In welchem Alter hatten Sie zum ersten Mal den Wunsch im anderen Geschlecht zu leben?

Jahre

Frage [B101]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Trotz folgender lebenslanger
Einschränkungen bin ich dazu bereit,
meinem Wunsch nach operativen
Maßnahmen zu folgen.

Frage [B102]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ohne eine operative Maßnahme zu
erhalten, kann ich keine Akzeptanz
gegenüber meinem biologischen Körper
empfinden.

Frage [W101]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich orientiere mich in meinem Verhalten
eher an dem von Personen, die mein
Wunschgeschlecht haben.

Seite 07

Frage [W201]

Sehr selten

Sehr oft

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Falls Sie bereits als Kind oder
Jugendliche/r in die Rolle Ihres
gewünschten Geschlechts gewechselt
haben, wie häufig hat dieses Ausprobieren
stattgefunden?

Frage [C101]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

In einer chirurgischen Maßnahme sehe ich die einzige Möglichkeit, im Einklang mit meiner gewünschten Identität zu leben.

Frage [C103]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Eine Psychotherapie könnte mir die
Annahme meines Körpers erleichtern.

Frage [E201]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Erotische Komponenten spielen eine Rolle im Zusammenhang mit meinem Wunsch.

Frage [E202]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Erotische Komponenten verstärken den Wunsch nach der erwünschten Körperveränderung.

Frage [E203]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Der Wunsch nach operativen Maßnahmen erscheint mir von sehr geringer Intensität.

Frage [P101]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich empfinde starken Leidensdruck,
solange ich nicht operiert bin.

Frage [E301]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich empfinde starke Ablehnung gegenüber
den Körpermerkmalen, die ich zu
verändern wünsche.

Frage [I101]

Trifft gar nicht zu

Trifft voll zu

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ich möchte in meiner Identität als Person
des Gegengeschlechts mein Leben
unauffällig weiterführen.

Letzte Seite

**Vielen Dank, dass Sie an der Befragung teilgenommen
haben!**

Einladung zum SoSci Panel

Liebe Teilnehmerin,
lieber Teilnehmer,

das nicht-kommerzielle **SoSci Panel** würde Sie gerne zu weiteren wissenschaftlichen Befragungen
einladen. Das Panel achtet Ihre Privatsphäre, gibt Ihre E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter und
wird Ihnen pro Jahr maximal vier Einladungen zu qualitativ hochwertigen Studien zusenden.

E-Mail: Am Panel teilnehmen

Sie erhalten eine Bestätigungsmail, bevor Ihre E-Mail-Adresse in das Panel aufgenommen wird. So
wird sichergestellt, dass niemand außer Ihnen Ihre E-Mail-Adresse einträgt.

**Der Fragebogen, den Sie gerade ausgefüllt haben, wurde gespeichert. Sie können das
Browserfenster selbstverständlich auch schließen, ohne am SoSci Panel teilzunehmen.**

Antonia Ostgathe, Psychologie, MSH Medical School
Hamburg - Fachhochschule für Gesundheit und Medizin -
2013

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: Antonia Ostgathe

Matrikelnummer: 100201026

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

Ort, Datum: Hamburg, den 13.08.2013

Unterschrift: A. Ostgathe