

Aus der Sektion Medizin
der Universität zu Lübeck

Promotionskommissionsvorsitz: Prof. Dr. K.-F. Klotz

**Befragung zu den Ursachen und Auswirkungen über die Veränderungen
des Körperesbstbildes bei Body Integrity Identity Disorder (BIID)**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Universität zu Lübeck

- Aus der Sektion Medizin –

vorgelegt von

Frederike Schmitt, geb. Spithaler
aus Düren

1. Berichterstatter/ Berichterstatterin: Prof. Dr. phil. Erich Kasten
2. Berichterstatter/ Berichterstatterin: Prof. Dr. rer. nat. Silke Anders

Tag der Mündlichen Prüfung: 28.03.2019

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 28.03.2019

- Promotionskommission der Sektion Medizin -

Befragung zu den Ursachen und Auswirkungen über die Veränderungen des Körperelbstbildes bei Body Integrity Identity Disorder (BIID)

1.1	Einleitung	4-9
	1.1.1 Was bedeutet BIID?	4-5
	1.1.2 Historischer und medizinisch-wissenschaftlicher	5-9
1.2	Fragestellung	10-12
	1.2.1 Mögliche Ursachen und Gründe für BIID	10-11
	1.2.2 Forschungsziele	12
1.3	Forschungsdesign und Methoden	13-16
	1.3.1 Studiendesign	13
	1.3.2 Rekrutierung der Studienteilnehmer	14-15
	1.3.3 Fragebögen, Variablen, Skalenniveau	15-16
1.4	Ergebnisse	17-42
	1.4.1 Reliabilität	17
	1.4.2 Auswertung der persönlichen Daten	17-18
	1.4.3 Allgemeine Lebenssituation und Selbsteinschätzung	18-23
	1.4.4 Gesundheitliche Situation	23-24
	1.4.5 Der Amputationswunsch	24-38
	1.4.6 Auswertung des MMPI und BDI unter den deutschsprachigen Teilnehmern	38-42
1.5	Diskussion	43-55
1.6	Fazit	56-57
2	Literatur und Internetquellen	58-61
3	Anhang (Abbildungen, Tabellen, Fragebogen, Ethikgenehmigung)	62-94
4	Danksagung	95
5	Lebenslauf	96-99

Befragung zu den Ursachen und Auswirkungen über die Veränderungen des Körper selbstbildes bei Body Integrity Identity Disorder (BIID)

1.1 Einleitung

1.1.1 Was bedeutet BIID?

BIID ist eine seltene Störung, bei der Menschen Teile des eigenen Körpers als nicht zu sich gehörig empfinden. Dies resultiert oft aus dem Wunsch, diesen Teil amputiert haben zu möchten. Aktuell gibt es keine genauen Angaben, wie viele Betroffene es konkret gibt. Im deutschsprachigen Raum wurde eine Pilotstudie durchgeführt bei der unter 618 Befragten lediglich einer den Kriterien für BIID entsprach. Dies lässt jedoch keine sinnvolle Angabe über die Häufigkeit von BIID zu (Spithaler&Kasten 2008). BIID Betroffene haben den konkreten Wunsch ihren Körper in eine äußere Form zu bringen, wie sie sich ihn vorstellen bzw. wie sie ihn fühlen. Die betroffenen Personen sind der festen Überzeugung, dass ihr Körper erst „komplett“ und „vollständig“ ist, wenn der entsprechende Körperteil amputiert wurde. Was für uns unvorstellbar erscheint, bedeutet für die Betroffenen eine leidvolle Auseinandersetzung mit ihrem Denken und Fühlen, ihrem Körper und der Geheimhaltung ihres ungewöhnlichen Wunsches. Denn nur durch die Erlangung der Behinderung glauben sie den äußeren Körper in Einklang mit der inneren Identität bringen zu können. Bei dem überwiegenden Teil bezieht sich der Wunsch auf die Amputation eines Armes oder eines Beines, weniger häufig auf mehrere Gliedmaßen gleichzeitig oder auf die Lähmung eines Körperteils oder beider Beine. In Form des *Pretenden* (engl *pretend* = so tun als ob) leben sie den Alltag mit ihrer Behinderung nach, binden sich beispielsweise das Bein oder den Arm hoch oder setzen sich in den Rollstuhl. In der Diskussion um den Wunsch nach einer körperlichen Behinderung, die eine Amputation oder Querschnittlähmung nach sich ziehen würde, stehen neben neurologischen auch entwicklungspsychologische und soziopsychologische Erklärungsansätze. Selbst eine sexuelle Komponente wird als Motiv zur Entstehung des Amputationswunsches herangezogen, da z.B. von einem Teil der Betroffenen geschildert wird, dass der Stumpf eines amputierten Beines als sexuell erregend empfunden wird. Da den Betroffenen selbst diese Identitätsstörung mit ihrem Körper unheimlich erscheint, leiden sie unter dem Zwang zur ständigen

Geheimhaltung ihres Wunsches und tauschen sich meist anonym mit Gleichgesinnten über einschlägige Internetforen aus.

1.1.2 Historischer und medizinisch-wissenschaftlicher Hintergrund

BIID wurde 1977 erstmalig ausführlich beschrieben und damals zunächst als *Apotemnophilie* (griechisch: „die Lust/Liebe am/zum Abschneiden“) bezeichnet (Money et al., 1977). *Apotemnophilie* beschreibt das Motiv, sich durch die eigene Amputation sexuell erregt zu fühlen. Im Gegensatz dazu beschreibt die *Akrotomophilie* den Wunsch nach einem amputierten Sexualpartner bzw. die Liebe zu Menschen mit körperlicher Behinderung (auch *Mancophilie*). Da für die meisten Betroffenen die sexuelle Komponente bei BIID nicht im Vordergrund steht, wurde von dem Psychoanalytiker Gregg Furth im Jahr 2000 der Begriff *Amputee Identity Disorder* vorgeschlagen (Furth et al. 2000). Heute gibt man der Bezeichnung *BIID* ("Body Integrity Identity Disorder") den Vorrang, die – zur Abgrenzung von Begriffen wie *Apotemnophilie* und *Akrotomophilie/ Mancophilie* – 2005 von Michael First, Professor für Psychiatrie an der Columbia University in New York, eingeführt wurde. McGeoch (2011) führte später einen weiteren Begriff ein: *Xenomelia* (von *xeno* = „fremd“ und *melia* = „Gliedmaß“ abgeleitet). Die BIID-Betroffenen bezeichnen sich jedoch selbst als *Wannabe* (von engl. *want to be*: „etwas sein wollen. *Apotemnophilie* bzw. BIID wurde zunächst weitgehend als psychotisch eingestuft (Schlozman, 1998; Tavcar et al., 1999; Brenner, 1999; Derfner, 2000; Kobayashi et al., 2002) oder gar als „Besessenheit“ (Bensler et al., 2003). Das Ergebnis einer sehr breiten Studie von First (2004) an 52 Betroffenen, überwiegend als Telefon-Interviews durchgeführt, widersprach dieser Annahme. Bei den meisten der von First befragten Personen wurden keine Hinweise auf psychische Störungen, Drogen- oder Alkoholprobleme gefunden. Die Symptomatik trat schon sehr früh auf. Übereinstimmend berichten die meisten Arbeiten, dass die Patienten schon als Kinder Menschen mit Amputationen bewundert haben und amputiert sein wollten (u.a. Beresford, 1980; Kasten, 2002, 2009; Kasten & Spithaler, 2009; Obernolte et al., 2015; Pregartbauer 2014, Thiel et al., 2011). Dies unterscheidet sie von Psychotikern, bei denen eine Selbstamputation, z.B. einer Hand, akut im schizophrenen Schub erfolgt. BIID-Betroffene leiden dagegen oft über Jahrzehnte, zumeist seit der frühen Kindheit, unter ihrem Wunsch. Sie wissen,

dass dieser Wunsch nicht „normal“ ist und versuchen ihn zu verdrängen. Dennoch tritt das Verlangen nach einer Amputation phasenhaft immer wieder stark auf. Auch Wahn konnte z.B. von First (2004) ausgeschlossen werden, da die Betroffenen Einsicht in das Seltsame ihres Wunsches hatten und oft von sich aus alles Mögliche ausprobierten, um das Leiden unter ihrer Körperidentitätsstörung zu lindern. In der wissenschaftlichen Literatur wurden schon in den 1970er und 80er Jahren mitunter Zusammenhänge zum sog. *Deformations-Fetischismus* gefunden, bei dem der Anblick amputierter Gliedmaßen sexuell stimulierend wirkt (Wakefield et al., 1977; Money et al., 1977, 1986; Everaerd, 1983). Pregartbauer (2014) konnte im Vergleich zwischen BIIDlern und Mancophilen herausfinden, dass sowohl der Wunsch nach einem Sexualpartner mit einer spezifischen Behinderung, als auch die erotische Vorstellung, Sexualkontakt mit einem behinderten Partner zu haben, gleich stark waren. Beide Gruppen suchten den Kontakt zu amputierten Menschen, weil sie den Anblick als sexuell stimulierend empfinden. Allerdings war dies bei weitem nicht bei allen Betroffenen der Fall. Mitunter wurden sexuelle Begleitphantasien zugegeben, aber es sei hier angemerkt, dass diese als sekundär eingestuft wurden und der Wunsch nach einer Amputation zur Gewinnung des gewünschten Körperbildes im Vordergrund stand (First, 2004; Blanke et al., 2008, Ostgathe, 2014).

Weitgehende Verbreitung hat die Theorie eines entwicklungspsychologischen Ansatzes gefunden, wonach schon zu einem frühen Zeitpunkt in der kindlichen Entwicklung eine Störung des Körperschemas entstehen kann, da sich anamnestisch bei einigen Betroffenen eine Erkrankung des Körperteils in einer frühen Entwicklungsperiode nachweisen lassen konnte (Thiel et al., 2011). Es gibt auch neurologische Ansätze zur Erklärung der Entstehung von Körperidentifikationsstörungen. Eine Theorie besagt, dass der betroffene Körperteil mangelhaft in die hirnorganische Gesamtrepräsentation des eigenen Körpers eingebunden ist (Blanke et al., 2008; McGeoch, 2011). Im Rahmen dieser Studie wurde herausgefunden, dass der Amputationswunsch bei allen Teilnehmern spezifisch lokalisiert war. Dem Amputationswunsch muss daher aufgrund der somatosensorischen Repräsentation der Extremitäten im Gehirn ein abnormer Mechanismus im rechten fronto-parietalen Cortex zugrunde liegen, obwohl der Betroffene das entsprechende Gliedmaß normal bewegen und fühlen kann. Der

schweizer Neurologe Peter Brugger ist der Auffassung, dass BIID auf eine Fehlfunktion im Gehirn zurückzuführen ist, da der betroffene Körperteil neurologisch nicht verankert ist und dadurch dann als „fremd“ wahrgenommen wird (Brugger, 2011, Brugger et al., 2013). Allerdings erklärt eine neurologische Schädigung das Phänomen nur teilweise, da diverse Fälle, bei denen die Präferenz für das zu amputierende Bein von z.B. links nach rechts wechselte, bekannt sind (First, 2004; Kasten & Stirn, 2009). Dieser Wechsel des Amputationswunsches ist mit der Annahme einer frühkindlich-erworbenen, dauerhaften neurologischen Störung nur schwer vereinbar. Darüber hinaus können die Betroffenen den in Frage kommenden Körperteil im Seitenvergleich komplikationslos fühlen und bewegen. Ein weiterer philosophischer und soziopsychologischer Ansatz wird von Pollmann (2007) diskutiert. In seinem Essay über das „Recht auf Unversehrtheit“ führt er aus, dass BIID nichts anderes als die Suche nach einer neuen Identität und somit auch personalen Integrität bzw. Unversehrtheit sei. Er sagt, dass sich die Betroffenen gezielt schädigen wollen, um ihre psychischen und physischen Grenzen, die sie nicht mehr wahrnehmen, erneut spüren zu können. Er vermutet, dass die Betroffenen ihre alte Identität aufgeben wollen, um eine neue, gewünschte Identität aufzubauen. Andere Wissenschaftler sehen eine Form *körperdysmorpher* Störungen (BDD, „Body Dysmorphic Disorder“) dahinter (Braam et al., 2005). BDD-Leidende schämen sich für ihre äußerliche Erscheinung und empfinden betreffende Körperregionen als abstoßend. Operative und kosmetische Veränderungen bringen für sie keine langfristige Verbesserung, im Gegenteil – es werden weitere Körperregionen gefunden, die nicht als perfekt wahrgenommen werden. Alle BIID-Betroffenen, die eine erfolgreiche Amputation hinter sich haben, zeigen dagegen Anzeichen der Zufriedenheit und wünschen sich keine weitere Amputation mehr (Noll et al., 2014). Differentialdiagnostisch wird BIID unter anderem mit *Somatophrenia* verglichen, dem Gefühl, dass die betroffene Extremität jemand anderem gehört (Bottoni et al., 2002). Auch erinnert die Symptomatik entfernt an *Asomatognosie*, eine neurologische Störung, wie sie z.B. bei Neglect-Patienten nach schweren hirnorganischen Schäden vorkommt. Dieses Syndrom beschreibt das Gefühl, dass ein Körperteil im Körperbewusstsein nicht mehr existent ist, es kann nach Bein- oder Hirnverletzungen auch temporär auftreten und dann spontan wieder verschwinden (Arzy et al., 2006). BIID, mitunter auch als *Transability* bezeichnet,

teilt ebenfalls Merkmale, die auch bei *Transidentität* („Gender Identity Disorder“) auftreten. Transidente beziehen ihren Wunsch nach Geschlechtsumwandlung nicht nur auf die operative Veränderung der primären Geschlechtsmerkmale. Der Betroffene hat insgesamt das Gefühl, in dem Körper des falschen Geschlechts zu stecken. Ebenso stimmt bei BIIDlern das äußere und angeborene Erscheinungsbild nicht mit der mentalen Vorstellung ihres Körperbildes überein. Sowohl bei Transsexualität als auch bei BIID erwächst aus der Nicht-Übereinstimmung von psychischer und körperlicher Identität ein Leiden. Das ständige Gefühl, nicht seiner selbst zu sein und es auch nicht sein zu dürfen, Tabus, Verbote und Angst vor Ablehnung vermitteln Scham und Schuldgefühle und erschweren das Alltagsleben zusätzlich (Ostgathe, 2014). In Internetforen und auf geheimen Treffen tauschen sich die Betroffenen aus, um eine Lösung für ihr Identitätsproblem zu finden. Eine Operation, wie sie bei Transsexuellen möglich ist, wird jedoch als Therapiemöglichkeit bei BIID aufgrund ethischer und rechtlicher Schwierigkeiten kritisch diskutiert. Im Jahr 2000 führte der schottische Arzt Dr. Robert Smith zwei Beinamputationen bei Patienten mit BIID durch. Nach einem Bericht des Fernsehsenders BBC verbot die britische Ärztekammer weitere Amputationen. Der *Hippokratische Eid* fordert von jedem Arzt im Sinne der Kranken, jedoch nicht „zum Schaden und in unrechter Weise“ seine ärztlichen Fähigkeiten anzuwenden. Demnach fühlen sich Ärzte ethisch gesehen nicht in der Lage, eine Amputation eines völlig gesunden Körperteils durchzuführen. Dieser Auffassung ist z.B. der amerikanische Bioethiker Carl Elliott, der die Gefahr sieht, dass durch die Amputation die Suche nach nicht-chirurgischen Behandlungsmöglichkeiten in Frage gestellt werden würden (Elliott et al., 2000; Johnston & Elliott, 2002). Tim Bayne und Neil Levy sind hingegen der Meinung, dass das jeweilige Gliedmaß für den Betroffenen nicht mehr existiere und sich dadurch keine andere Möglichkeit als die Amputation eröffne. Sie verbinden damit keine ethischen Probleme, sondern sehen in der Amputation zurzeit die einzig wirklich heilungsversprechende Therapieoption für BIIDler (Bayne et al., 2005).

Die bislang ergebnislose Debatte treibt viele BIID-Betroffene dazu, irgendwann eine Selbstamputation durchzuführen, indem sie zur Schrotflinte, Kettensäge oder Axt greifen. Manche legen ihre Körperteile sogar auf die Schienen oder stecken sie stundenlang in Trockeneis. Die meisten lassen sich in Drittweltländern gegen

Barzahlung operieren und geben dann an, einen Unfall erlitten zu haben. Schon alleine aus versicherungsrechtlichen Gründen verschweigen sie ihr wahres Motiv in der Regel, denn nach unserem Sozialgesetzbuch V, § 52 (Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden) heißt es: „Haben sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen, kann die Krankenkasse sie an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurückfordern.“ Die Befragung von Personen, die eine Amputation erfolgreich durchgeführt haben, ist daher extrem problematisch, da sie in Anonymität verharren. In Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern wollen viele Betroffenen aber durchaus einen Weg ohne Amputation finden. Jedoch macht es das Unwissen über die Ursache von BIID sehr schwer einen erfolgreichen Therapieansatz zu finden. Psychotherapien und andere Behandlungsformen, insbesondere körperbezogene Therapien, wie z.B. Feldenkrais oder Autogenes Training, führen nach gegenwärtiger Kenntnis nicht zum vollständigen Verschwinden des Amputationswunsches (Stirn et al., 2010; Kröger et al., 2014; Noll & Kasten, 2014). Auch Behandlungen mit Antidepressiva oder anderen Psychopharmaka zeigten bislang kaum Erfolge. Zusätzlich bleibt die ethische und rechtliche Debatte der Ärzte um die Amputation als Therapieverfahren bei BIID bislang ohne Konsens.

1.2 Fragestellung

1.2.1 Mögliche Ursachen und Gründe für BIID

Dass die Betroffenen sich durch eine Amputation in einen Zustand der Behinderung versetzen möchten, stellt nach ihren eigenen Angaben keinen Makel für sie selber dar, sondern ist offenbar für sie eher eine anzustrebende Zielvorstellung. Sie fühlen sich erst vollkommen attraktiv und im richtigen Körper, wenn sie eine erfolgreiche Amputation hinter sich haben (First, 2004, 2012; Horn, 2003; Noll, 2011, Noll et al., 2014, Aner et. al 2018). Für Forscher stellt sich daher die Frage, wie dieses veränderte, ja fast gestörte Empfinden dem eigenen Körper gegenüber entstehen kann bzw. wodurch ein solches Ausmaß einer Identitätsstörung hervorgerufen werden könnte. Bezüglich der Frage, wodurch BIID verursacht wird, diskutieren Forscher vor allem, wie und in welchem Ausmaß BIID mit einer psychischen Störung assoziiert wird. Einige Autoren (z.B. Schlozman, 1998) sehen eine Nähe zu psychotischen Störungen, wohingegen andere vermuten, dass eine Persönlichkeitsstörung dahinter steht. Sehr häufig wurde der Verdacht geäußert, dass BIID Ausdruck einer Depression ist und Betroffene überwiegend Selbstverletzungstendenzen zeigen. Andere Wissenschaftler sehen eine Form körperdysmorpher Störungen dahinter (Braam et al., 2006) und charakterisieren den Amputationswunsch als „Besessenheit“ (Bensler et al., 2003). Müller diskutiert, ob es sich bei BIID um die Form einer neuropsychologischen Störung handelt oder die Betroffenen eine rational eigenständige Entscheidung über ihr Körperschema treffen (Müller, 2007). Bei der von First durchgeführten Studie aus dem Jahr 2005 fanden sich jedoch bei 79% keine klinisch relevanten psychiatrischen Symptome oder Drogen- und Alkoholprobleme. Keiner berichtete über Manie oder Halluzinationen. Eine erste Pilot-Studie von Kasten & Spithaler (2009) an neun Betroffenen hatte gezeigt, dass diese bevölkerungsdurchschnittliche Persönlichkeitsprofile hatten und lediglich eine erhöhte emotionale Reaktivität vorgewiesen haben. Demzufolge sind BIID-Betroffene empfindlicher gegenüber Stresssituationen und handeln in diesen auch emotionaler. Ebenfalls wurde 2012 eine Studie von Blom, Hennekam und Denys in Form eines Fragebogens an 54 Betroffenen durchgeführt. Hierbei konnten keine relevanten somatischen oder psychiatrischen Komorbiditäten festgestellt werden. Die Probanden zeigten lediglich Symptome depressiver Verstimmung, wobei

hierbei vermutet wird, dass die Depression durch BIID hervorgerufen wurde, da die Betroffenen im „falschen“ Körper leben mussten, ohne das ändern zu können. Diverse neurologische Veränderungen im somatosensorischen und somatomotorischen Cortex werden ebenfalls als mögliche Ursachen diskutiert, finden aber keine einheitliche Aufklärung des Ursprungs (McGeoch et al., 2011; Hilti et al., 2013; Lenggenhager et al., 2014). Auf entwicklungspsychologischer Ebene wird diskutiert, ob Erlebnisse in der Kindheit oder auch Faktoren des Erlebens der Kindheit, wie z.B. die elterliche Beziehung, einen Einfluss auf die Entwicklung von BIID genommen haben (Stirn et al., 2010, Thiel et al., 2011). Immerhin können die Betroffenen genau angeben, dass der Wunsch schon in der Kindheit aufgetreten ist und somit der Amputationswunsch an ein Erlebnis mit behinderten bzw. amputierten Menschen gekoppelt ist. BIID-Betroffene berichten immer wieder davon, dass sie amputierte Menschen „ästhetischer“ finden als Nicht-Amputierte. Es wird angenommen, dass die Betroffenen ein anderes Bewusstsein für Schönheit entwickeln (Aner et. al 2018) und dadurch im Bewusstsein ein anderes Schönheitsideal entsteht. Inwiefern die sexuelle Komponente zur Entstehung des Amputationswunsches beiträgt und wie sie ihn beeinflusst wird kontrovers diskutiert. Laut DePreester (2013) und Pregartbauer (2014) scheint die sexuelle Komponente eher eine untergeordnete Rolle zu spielen, sodass der Wunsch das ideale Körperbild durch eine Amputation zu erreichen im Vordergrund steht. Blom 2017 sieht dies jedoch ganz anders. Gesichert ist jedenfalls, dass es eine Ursache allein nicht gibt, sondern dass es ein Zusammenspiel mehrere Komponenten sein muss, die den Wunsch nach einem veränderten Körperideal und einem gestörten Identitätsempfinden hervorrufen.

1.2.2 Forschungsziele

Abgeleitet aus der aktuellen Literatur sollten mit Hilfe der Befragung in dieser Studie folgenden Forschungsfragen beantwortet werden:

1. *BIID hat eine neurologische Ursache. Geprüft wurde hierzu: Gibt es Betroffene, bei denen der Amputationswunsch von einer Körperseite auf die andere wechselt oder bei denen sich der Amputationswunsch gravierend verändert hat? Dies würde der Theorie einer neurologischen Schädigung widersprechen. Außerdem wurde geprüft, ob die Seite des Amputationswunsches vorrangig die nicht-dominante Seite des BIID-Betroffenen betrifft.*
2. *Gibt es auslösende Ereignisse oder Schlüsselerlebnisse in der Kindheit der BIID-Betroffenen, von dem an sie selbst den Wunsch hatten, amputiert zu sein?*
3. *Hat BIID eine stark sexuelle Komponente? Fühlen sich die Betroffenen von anderen amputierten Personen sexuell angezogen, sodass dies maßgeblich zur Entstehung von BIID beiträgt? Ist bei Homosexuellen die sexuelle Komponente stärker ausgeprägt als bei Heterosexuellen?*
4. *Wird BIID bzw. der Wunsch nach einer Amputation durch eine psychotherapeutische oder psychopharmakologische Therapie erheblich verringert?*
5. *Ist BIID eine Ausdrucksform einer körperdysmorphen Störung (Body dysmorphic disorder - BDD)?*
6. *Haben BIID-Betroffene ein auffälliges Persönlichkeitsprofil im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mit im Mittel entsprechend erhöhten Testwerten? Ist BIID eine Ausdrucksform von Depression (entsprechende Testwerte der Betroffenen sind im MMPI und BDI im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung im Mittel überdurchschnittlich stark erhöht)?*

1.3 Forschungsdesign und Methoden

1.3.1 Studiendesign

Vor dem Hintergrund, dass Body Integrity Identity Disorder eine seltene Identitätsstörung ist, wurde eine Befragung von deutschsprachigen und englischsprachigen Teilnehmern zu den Ursachen und Auswirkungen von BIID durchgeführt und ausgewertet. Anhand eines selbstentworfenen Fragebogens sollten Hintergründe und Besonderheiten über das berufliche, soziale, private Leben, den Gesundheitszustand und die Persönlichkeit des einzelnen sowie mehr über den Beginn von BIID und den Umgang mit BIID im Alltag herausgefunden werden. Die Fragen des Fragebogens wurden teilweise aus der Studie von Kasten 2009 („Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze“) übernommen und überarbeitet. Weitere Fragen wurden ergänzend entworfen, um gezielte Ergebnisse hinsichtlich der Forschungsfragen zu erzielen. Die angewendeten zwei standardisierter Fragebögen, der BDI (Beck Depressions-Inventar, Beck A., Hautzinger M., Bailer M., Worall H. & Keller F. 1995) und der MMPI-1 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Kurzform, Hathaway S.R., McKinley J. C., Engel R., 2000) dienten dazu, mehr über den Gemütszustand und die Persönlichkeiten der deutschsprachigen Teilnehmer sowie Parallelen und Gemeinsamkeiten der BIID-Betroffenen herauszufinden. Den Unterlagen wurde jeweils eine Einverständniserklärung beigefügt, um das Einverständnis der Teilnehmer für die Datenauswertung und Publikation zu sichern. Bis auf die standardisierten Fragebögen wurden der selbstentworfenen Fragebogen und die Einverständniserklärung auch ins Englische übersetzt und als pdf-Datei an die Betroffenen im englischsprachigen Raum per E-Mail gesendet. Eine Genehmigung der Ethik-Kommission der Uni Lübeck unter dem Aktenzeichen 08-202 vom 06.01.2009 liegt vor, die Kommission hat ein positives Votum erteilt (s. Anhang).

1.3.2 Rekrutierung der Studienteilnehmer

Rekrutierung: BIID ist eine sehr seltene, eher unbekannte Störung und die meisten Betroffenen verharren in Anonymität. Bislang gibt es weder konkrete Zahlen über Prävalenz noch über Inzidenz. Auch im Rahmen einer Studie durch Kasten & Spithaler (2012) konnte keine Häufigkeitsangabe über die Anzahl der BIID-Betroffenen in der deutschsprachigen Bevölkerung erfolgen. Aufgrund der Seltenheit der Erkrankung war daher zu Beginn der Studie mit einer geringen Anzahl von Studienteilnehmern zu rechnen.

Insgesamt konnten 44 Betroffene rekrutiert werden, davon 35 deutschsprachige und neun englischsprachige Teilnehmer – darunter drei erfolgreich Amputierte. Von den 35 Deutschsprachigen konnten 24 und von den neun Englischsprachigen konnten vier aufgrund unten genannter Ein- und Ausschlusskriterien zugelassen werden, d.h. insgesamt haben 28 auswertbare Teilnehmer an der Studie teilnehmen können.

Zu Beginn der Studie bestand im Raum Deutschland bereits Kontakt zu zwölf Betroffenen, die angeschrieben wurden. Da sich BIID-Betroffene anonym in internationalen Internet-Foren austauschen, wurde in Kooperation mit Betroffenen ein eigenes deutschsprachiges Forum gegründet (www.biid-dach.org), um mit den dort befindlichen Teilnehmern ins Gespräch zu kommen. Das Thema und das Ziel der Studie wurden in einer kurzen Zusammenfassung vorgestellt, um den Betroffenen zu erläutern, dass es hier um eine seriöse und wissenschaftliche Arbeit geht. Da den Betroffenen ihre eigene Symptomatik seltsam und belastend erscheint, sind viele hoch motiviert, dabei mitzuhelfen, mehr über die Ursachen dieser Identitätsstörung herauszufinden. Über die Seiten www.biid.org, www.amputee.ch und www.yahoo.groups und durch das Engagement eines Betroffenen konnten auch ausländische Teilnehmer befragt werden. Die deutschsprachigen Teilnehmer bekamen die Unterlagen per Post zugesandt. Diese wurden dann ausgefüllt an das Institut für Medizinische Psychologie der Universität Lübeck zurückgesandt. Über den Kontakt zu einem englischsprachigen Betroffenen konnte eine weitere Rekrutierung von Teilnehmern im englischsprachigen Raum vorgenommen werden. Dadurch konnten neun englischsprachige Betroffene zur Teilnahme gewonnen werden, denen ausschließlich der selbstentworfenen Fragebogen in der englischsprachigen

Version und die Einverständniserklärung als pdf-Datei per E-Mail zugesendet wurde. Der Fragebogen konnte dann am Computer ausgefüllt und danach an uns zurückgesandt werden. Auf die standardisierten psychologischen Tests musste hier verzichtet werden, da im Lübecker Institut für den BDI und MMPI keine englischsprachige Version vorlagen. Insgesamt konnten die Daten von vier englischsprachigen Betroffenen ausgewertet werden.

Einschluss-/Ausschlusskriterien: Es wurden alle Betroffenen mit Amputationswunsch oder Wunsch nach einer ähnlichen Behinderung (z.B. Querschnittslähmung) aufgenommen, bei denen dieser Wunsch schon seit mehreren Jahren bestand. Nicht zugelassen wurden Teilnehmer, die bei der Frage nach neurologischen und psychotischen Störungen solche Erkrankungen, wie Demenz, Schizophrenie oder Manie angegeben hatten, oder bei denen mehrere verschiedene Testwerte im MMPI auffällig hoch über einem T-Wert von 70 waren. Ebenfalls wurden solche ausgeschlossen, die nur kurzfristig den Wunsch nach einer Behinderung hatten, deren Werte im Lügenitem des MMPI zu hoch waren (T-Wert >70) oder die offenkundig unplausibel ausgefüllte Fragebögen zurückgesendet hatten. Es haben acht Betroffene nach anfänglichem Interesse leider nicht an der Studie teilnehmen wollen und fünf sind aufgrund o.g. Kriterien ebenfalls ausgeschieden. Da die Anzahl der drei erfolgreich amputierten englischsprachigen Teilnehmer zu klein für valide Ergebnisse war, wurden sie ebenfalls aus der Studie ausgeschlossen. Es gibt hierzu eine Studie, die mithilfe erfolgreich amputierter BIIDler durchgeführt wurde (Noll & Kasten, 2014). Das bedeutet, dass von den ursprünglichen insgesamt 44 Teilnehmern letztendlich 28 deutschsprachige Betroffene zu dieser Studie zugelassen wurden.

1.3.3 Fragebögen, Variablen, Skalenniveau

Es handelte sich um eine Befragung mit standardisierten Erhebungsinstrumenten, dem BDI (Beck Depressions-Inventar, Kurzform) und dem MMPI-1 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Kurzform), sowie einem selbst entworfenen BIID-Fragebogen.

Der selbst entworfene Fragebogen wurde auf Basis eines Fragebogens aus der Studie „Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und

Erklärungsansätze“ in Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie (2009) von Prof. E. Kasten überarbeitet und ergänzt. Zur Erstellung des englischsprachigen Fragebogens wurden die eigenen Englischkenntnisse genutzt, eine Überarbeitung fand durch einen Teilnehmer statt, dessen Muttersprache Englisch ist. Die Beantwortung der Fragen geschah zum Teil mit vorgegebenen Antwortrubriken auf Nominalskalenniveau (Ja/Nein; Familienstand, Geschlecht) und zum Teil gab es vorgegebene Antworten auf einer Ordinalskala in Zehnerschritten von 0 bis 100. Die Auswertung erfolgte in SPSS (Vers. 18.0). Bei einigen Fragen handelte es sich um offene Fragen, bei denen der Teilnehmer freie Antworten und Begründungen angeben konnte. Durch die tabellarische Aneinanderreihung der Äußerungen aller Patienten zu jeweils einer Frage konnten die Antworten verglichen und Übereinstimmungen und Gegensätzen analysiert werden. Diese freien Antworten wurden soweit möglich später in quantitative Daten transformiert (z.B. Häufigkeit neurologischer Erkrankungen; Häufigkeit unterschiedlicher Therapieformen). Es wurden mithilfe der wichtigsten Daten aus dem selbsterstellten Fragebogen zunächst individuelle Einzelprofile jedes Teilnehmers erstellt (siehe Tab. 1 und 2). Die standardisierten psychologischen Tests (BDI, MMPI) haben nach Transformation in Standardnormwerte (T-Wert) Intervallskalenniveau. Auch hier erfolgte eine Einzelauswertung (Tab. 5, 6, 7). Darüber hinaus wurde für den MMPI ein Mittelwertprofil aller deutschsprachigen Studienteilnehmer erstellt (Abb. 5), um zu prüfen, ob und in welchem Ausmaß es Abweichungen dieses Mittelwertprofils vom Durchschnittsbereich der standardisierten Mittelwerte des MMPI gibt.

1.4 Ergebnisse

1.4.1 Reliabilität

Um die Zuverlässigkeit und Ehrlichkeit zu prüfen, mit der die Teilnehmer den Bogen ausgefüllt hatten, wurden sehr ähnlich gestellte Fragen an unterschiedlichen Stellen im Fragebogen angeführt. Für die Paare ähnlicher Fragen wurde der Cronbachs-Alpha-Wert berechnet. Liegt dieser bei $> 0,9$, besteht eine exzellente Reliabilität, $>0,8$ eine gute, $>0,7$ eine akzeptable, $>0,6$ eine fragwürdige und $>0,5$ eine schlechte Reliabilität. Werte unter $0,5$ sind inakzeptabel. Die Teilnehmer wurden befragt, wie stark das Amputationsbegehren von dem Wunsch geprägt ist, behindert zu sein. Diese Frage wurde an anderer Stelle folgendermaßen formuliert: „Wie stark wird Ihr Amputationsbegehren von dem Wunsch begleitet, der Umwelt beweisen zu können, dass Sie das Leben auch als Behinderter meistern können?“. Der Cronbachs-Alpha-Wert lag hier bei $0,836$ (gute Zuverlässigkeit). Des Weiteren wurde mithilfe der zentralen Frage nach der Identifikation mit dem eigenem Körper ebenfalls die Zuverlässigkeit der Beantwortung überprüft. Es wurde einerseits explizit danach gefragt, ob sich der Teilnehmer mit dem eigenen Körper identifizieren kann. An anderer Stelle wurde danach gefragt, wie zufrieden der Teilnehmer mit dem eigenen Erscheinungsbild ist. Der Cronbachs Alpha lag hier bei $0,737$ (akzeptable Zuverlässigkeit).

1.4.2 Auswertung der persönlichen Daten

Insgesamt nahmen $n_{\text{gesamt}}=28$ nicht amputierte BILD-Betroffene an der Studie teil, die mit den Nummern 1 bis 28 pseudonymisiert wurden. Die Teilnehmer mit den Nummern 1-24 sind deutschsprachig ($84,7\%$), wobei diese Teilnehmer auch den deutschen MMPI und BDI ausfüllten. Die Nummern 25 bis 28 sind englischsprachig ($15,3\%$) und füllten daher nur den selbstentworfenen Fragebogen aus. An der Studie nahmen drei Frauen ($10,7\%$) und fünfundzwanzig Männer ($89,3\%$) teil. Drei Teilnehmer ($10,7\%$) befanden sich im Alter von 20-30 Jahren. Jeweils sechs Teilnehmer ($21,4\%$) gaben an, im Alter zwischen 31-40 Jahren und 51-60 Jahren zu sein. Im Alter von 41-50 Jahren befanden sich neun ($32,1\%$) der Teilnehmer. Zwei Teilnehmer ($7,1\%$) waren zwischen 61 und 70 Jahre alt, ein Teilnehmer ($3,6\%$) war über 70 Jahre alt und ein anderer Teilnehmer ($3,6\%$) hatte

keine Angaben zu seinem Alter gemacht. Der Hauptteil der Teilnehmer (n=24, 75%) befand sich also im Alter zwischen 31 und 60 Jahren.

57,1% (n=16) der Teilnehmer waren heterosexuell und 28,6% (n=8) homosexuell. 10,7% (n=3) gaben an, bisexuell zu sein und eine Person machte keine Angaben (3,6%). 25% (n=7) dieser Gruppe waren Singles, 7,1% (n=2) lebten vom Partner getrennt, 25% (n=7) lebten mit ihrem Partner zusammen, 28,6% (n=8) waren verheiratet, 7,1% (n=2) waren geschieden, zwei Teilnehmer (7,1%) machten keine Angaben. 82,1% (n=23) der Teilnehmer beendeten die Schule mit dem Abitur, 10,7% (n=3) mit dem Fachabitur und 3,6% (n=1) mit einem Hauptschulabschluss, ein Teilnehmer (3,6%) machte keine Angaben. Außerdem wurde die Händigkeit der Teilnehmer abgefragt. 78,5% (n=22) waren Rechtshänder, 14,3% (n=4) Linkshänder und ein Teilnehmer (3,6%) gab an, beidhändig schreiben zu können. Eine Person (3,6%) machte bei dieser Frage keine Angabe.

In der Tabelle 1 (s. Anhang) sind das Alter, das Geschlecht, der Beruf, die sexuelle Orientierung, der Amputationswunsch, sowie die Händigkeit und der Beginn des Amputationswunsches aufgelistet.

1.4.3 Allgemeine Lebenssituation und Selbsteinschätzung

Zur Analyse der intervallskalierten Daten in SPSS wurden der Interquartilabstand (IQA) als Streuungsmaß und – je nach Datenniveau – der arithmetische Mittelwert oder der M-Schätzer nach Huber als Maß der zentralen Tendenz herangezogen. Der M-Schätzer n. Huber gilt im Rahmen der explorativen Datenanalyse bei SPSS als robuster gegenüber Ausreißern im Vergleich zum Median oder dem arithmetischen Mittelwert (Brosius, 2011), wobei er laut SPSS bei hochgradig zentralisierter Verteilung um den Median nicht berechnet werden kann, sodass in diesem Fall der Mittelwert herangezogen wurde.

Alle 28 Teilnehmer wurden danach befragt, wie zufrieden sie mit ihrer allgemeinen Lebenssituation sind (0=sehr unzufrieden; 100=sehr zufrieden). Im Mittel antworteten die Teilnehmer sich eher zufrieden zu fühlen, neunzehn Teilnehmer (67,7%) kreuzten dabei auf der Skala Werte zwischen 60 bis 100 an (IQA 35, M-Schätzer 70,2). Mit ihrer beruflichen Situation (IQA 42,8, M-Schätzer 73,2) und in ihrem Privatleben (IQA 32,5, M-Schätzer 66,9) waren sie im Mittel ebenfalls

zufrieden; jeweils achtzehn Teilnehmer (64,3%) befanden sich im Bereich 60 bis 100. Bei der Frage, wie unzufrieden die Teilnehmer mit der eigenen körperlichen Gesundheit sind, antworteten zwanzig (71,4% im Bereich 60 bis 100) mit unzufrieden, hiervon achtzehn Teilnehmer (64,3% im Bereich 80 bis 100) sogar mit sehr unzufrieden (IQA 42,5, M-Schätzer 38,9). Außerdem konnten sich einundzwanzig Teilnehmer (75% von 0 bis 50) wenig mit ihrem Körper identifizieren, hiervon zwölf Teilnehmer (42,9 % im Bereich 0 bis 20) gar nicht (IQA 42,5, M-Schätzer 31,2). Neunzehn Teilnehmer (67,9% im Bereich von 0 bis 50) waren nicht zufrieden mit ihrem äußeren Erscheinungsbild, hiervon zwölf (42,9% im Bereich 0 bis 20) sogar gar nicht (IQA 60, M-Schätzer 39,7).

Zur persönlichen Beurteilung konnten die Teilnehmer auf vorgegebenen Skalen von 0 bis 100 Angaben zu einer Beurteilung über eigene spezifische Charaktereigenschaften vornehmen (Abb. 1a bis 1d). Hierbei kann man erkennen, dass die Teilnehmer sich als ruhig (IQA 45, M-Schätzer 76,5), jedoch eher etwas gehemmt (IQA 42,5, M-Schätzer 45,1) und angespannt (IQA 45, M-Schätzer 37,7) einschätzten. Sie bewerteten sich als sensibel (IQA 20, M-Schätzer 83,4) und emotional (IQA 30, M-Schätzer 79,2). Obwohl alle Teilnehmer im Laufe des Fragebogens erwähnten, wie sehr BIID ihr Leben beeinträchtigt, gaben sie an, eher fröhliche (IQA 50, M-Schätzer 60,8) und glückliche (IQA 62,5, M-Schätzer 57,7) Menschen zu sein. Ein großer Teil der Teilnehmer schätzte sich als selbstbewusst ein (IQA 60, M-Schätzer 64,5). Im Mittel gaben die Teilnehmer an, ihre Bedürfnisse erkennen zu können (IQA 12,5, M-Schätzer 74,2), die sie nach eigener Beurteilung dann auch befriedigen können (IQA 50, M-Schätzer 65,7).

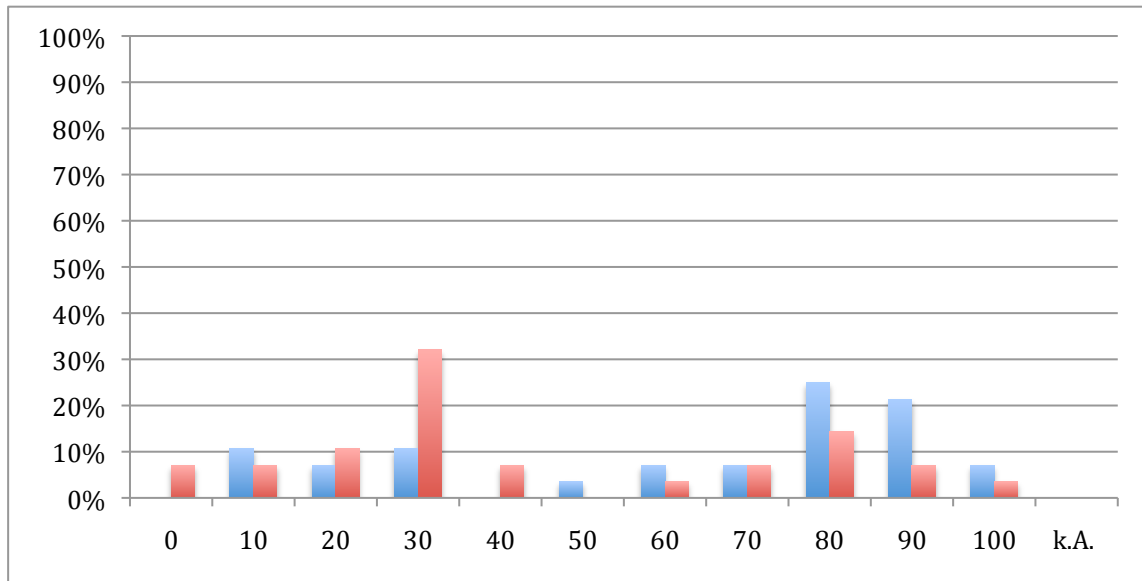


Abb. 1a: Selbstbeurteilung der Teilnehmer (n=28): hektisch (0) versus ruhig (100)=blau; sehr angespannt (0) versus sehr entspannt (100)=rot; letzte Spalte keine Angaben.

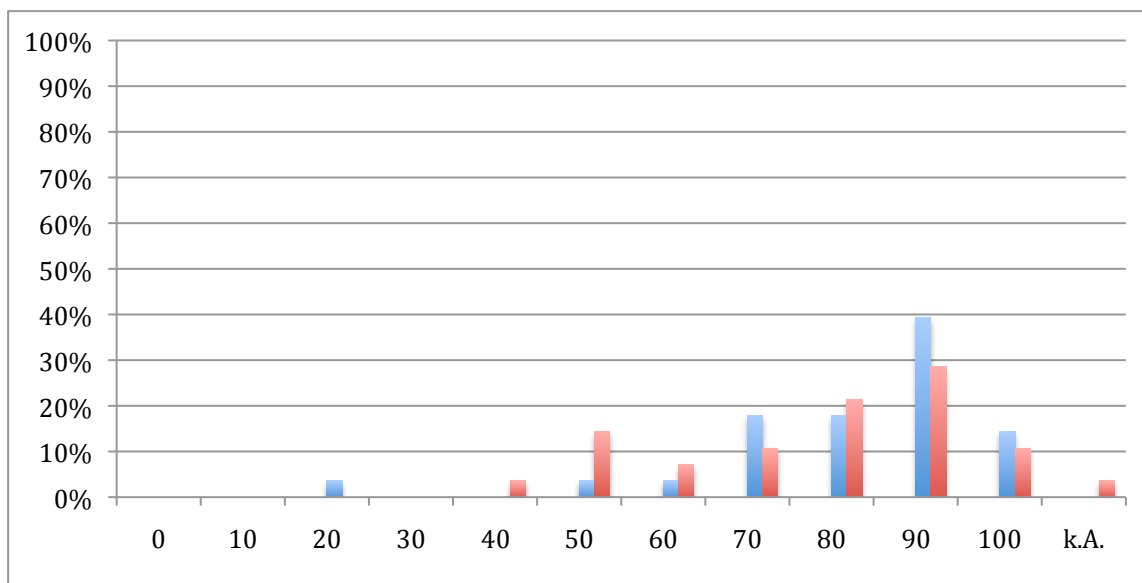


Abb. 1b: Selbstbeurteilung der Teilnehmer (n=28): sehr unsensibel (0) versus sehr sensibel (100)=blau; sehr gefühllos (0) versus sehr gefühlvoll (100)= rot; letzte Spalte keine Angaben.

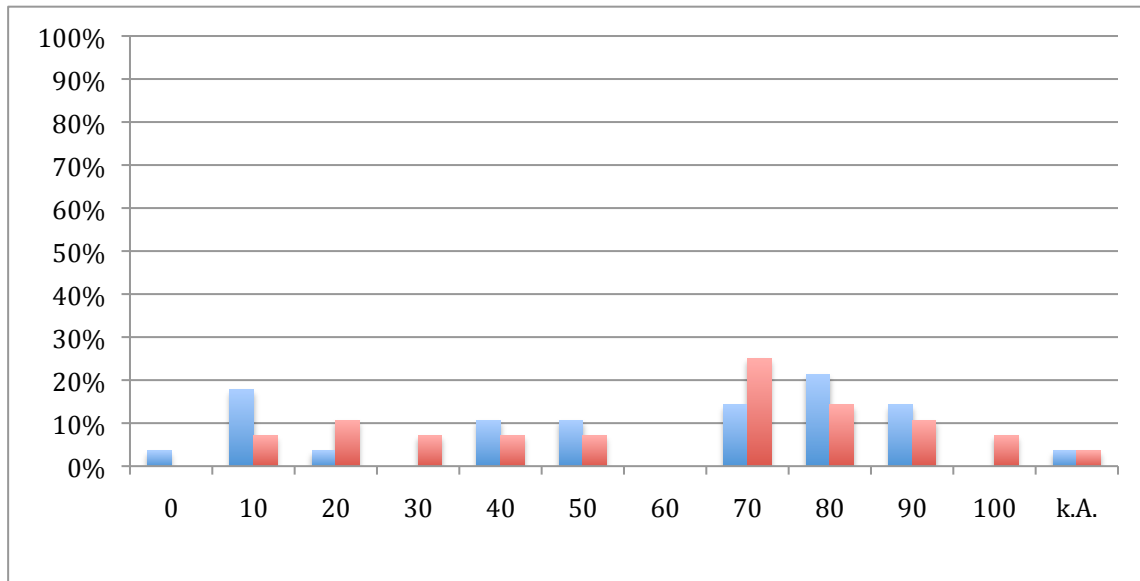


Abb. 1c: Selbstbeurteilung der Teilnehmer (n=28): sehr unglücklich (0) versus sehr glücklich (100)=blau; sehr traurig (0) versus sehr fröhlich (100)=rot; letzte Spalte keine Angaben.

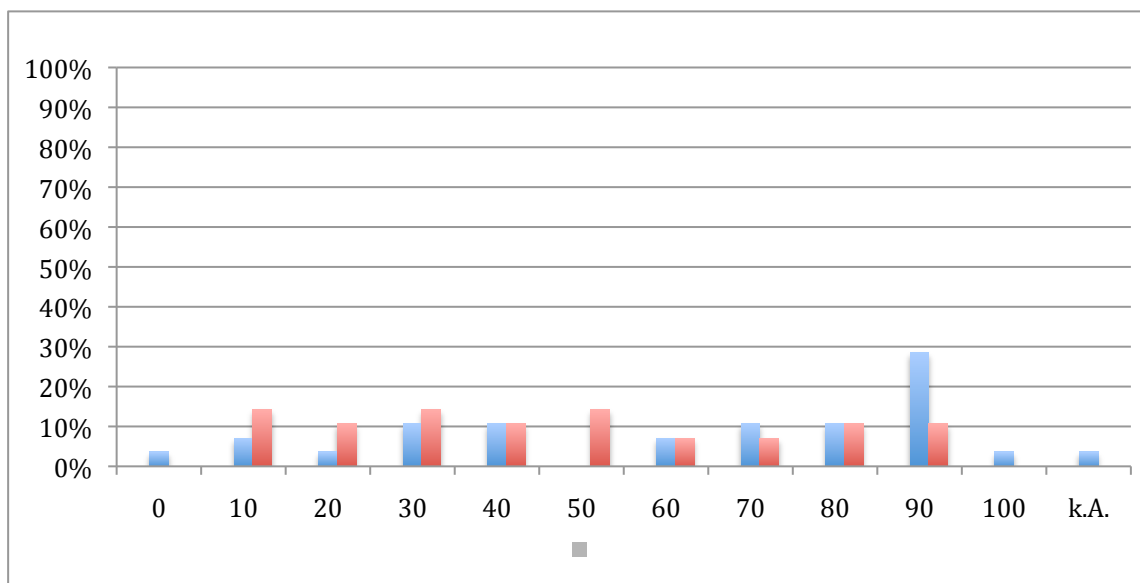


Abb. 1d: Selbstbeurteilung der Teilnehmer (n=28): sehr gehemmt (0) versus sehr ungehemmt (100)=rot; nicht selbstbewusst (0) versus sehr selbstbewusst (100)= blau; letzte Spalte keine Angaben.

Zum Zeitpunkt der Befragung verspürte die Mehrzahl der Teilnehmer den Amputationswunsch stark bis sehr stark (0= Amputationswunsch gar nicht stark bis 100= Amputationswunsch sehr stark): 39,3% (n=11) im Bereich 70 bis 90, 25% (n=7) bei 100 (IQA 60, M-Schätzer 76). Siebzehn Teilnehmer (60,7% im Bereich 60 bis 100) fühlten sich durch den Wunsch nach einer Amputation belastet (0=keine Belastung bis 100=sehr starke Belastung, IQA 60, M-Schätzer 64,7). Da BIID und das Grübeln über das Thema oft sehr viel Zeit in Anspruch nehmen,

sollte ermittelt werden, wie sich die Teilnehmer durch BIID fühlen (Abb. 2, 0= sehr müde, einsam und traurig vs. 100= sehr kraftvoll, gesellig und fröhlich). Achtzehn Teilnehmer (64,3% im Bereich 0 bis 50) fühlten sich müde, zwölf Teilnehmer (42,8% bei 0 bis 20) sogar sehr müde (IQA 60, M-Schätzer 37,3). Zweiundzwanzig Teilnehmer gaben an, sich einsam (78,6% im Bereich 0 bis 50), fünfzehn Teilnehmer (53,6% im Bereich 0 bis 20) sogar sehr einsam (IQA 50, M-Schätzer 25,1) zu fühlen. Einundzwanzig Teilnehmer (75% im Bereich 0 bis 50) fühlten sich traurig, vierzehn Teilnehmer (50% im Bereich 0 bis 20) sogar sehr traurig (IQA 40, M-Schätzer 29,3).

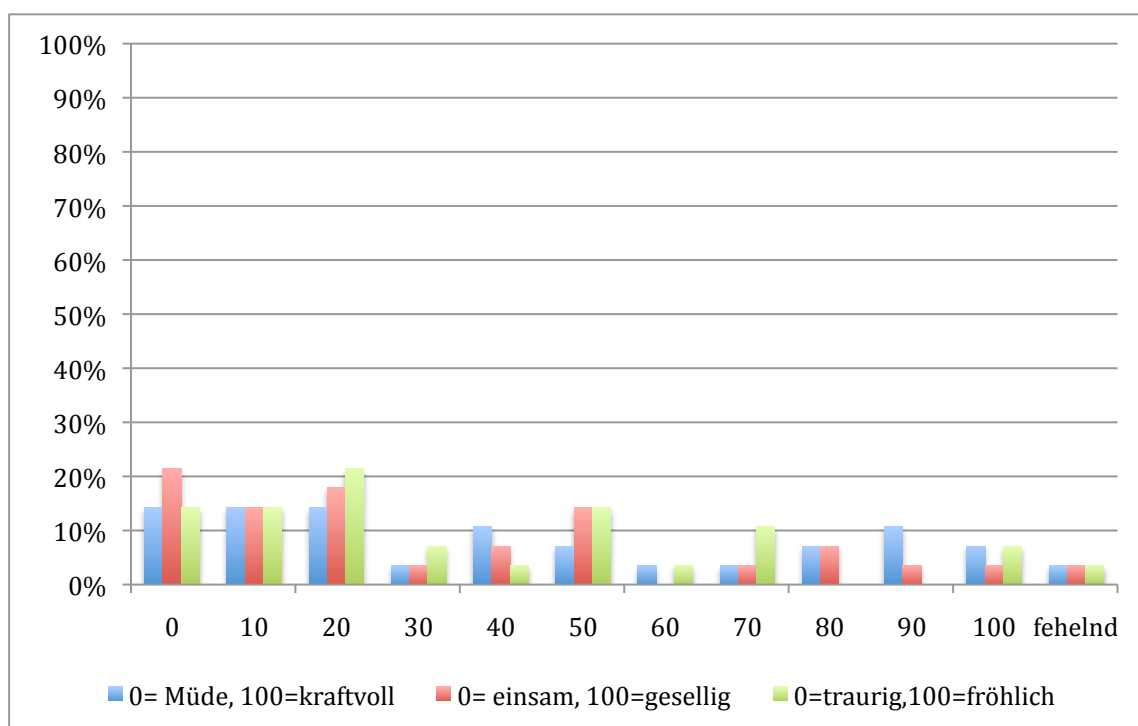


Abb. 2: Angaben der Teilnehmer zur Befindlichkeit durch BIID (n=28): müde (0) versus kraftvoll (100)=blau; einsam (0) versus gesellig (100)=rot; traurig (0) versus fröhlich (100)=grün; letzte Spalte keine Angaben.

Um zu überprüfen, ob sich die Teilnehmer über die Konsequenzen einer Amputation bewusst sind, wurden sie danach befragt, ob sie das Ausmaß ihrer durch eine Amputation einsetzenden Veränderung ihrer Lebensumstände realistisch sehen. Der Großteil der Teilnehmer war sich über die Veränderung der Lebensumstände durch eine Amputation bewusst (0=keine Veränderung, 100=starke Veränderung, IQA 42,5, M-Schätzer 70,3). Daher wurde unter anderem auch nach sportlichen Aktivitäten gefragt, die durch eine Amputation nur eingeschränkt durchführbar wären. Hier sollten die Teilnehmer auf der Skala von 0

bis 100 angeben, ob sie nie Sport treiben (0) oder sehr oft (100) sportlich aktiv sind. Die meisten Teilnehmer gaben an, weniger sportlich aktiv zu sein (IQA 60, M-Schätzer 35,2), aber diejenigen, die sehr aktiv Sport betrieben, gaben an, dass sie nach einer Amputation ihre Sportart weiterhin ausüben wollten und dies auch könnten. Sie sahen keine Beeinträchtigung ihres Sportlebens durch eine Amputation. Im Mittel interessierten sich die Teilnehmer sehr stark für Paralympics (IQA 30, M-Schätzer 67,1). Die Faszination seitens der Teilnehmer für Menschen, die Hochleistungssport im Rollstuhl und mit Beinprothesen betreiben (0=Desinteresse → 100=Faszination) war im Mittel sehr hoch (IQA 10, M-Schätzer 87,2).

1.4.4 Gesundheitliche Situation

Im 2. Teil des Fragebogens wurde nach gesundheitlichen und neurologischen Erkrankungen, medikamentösen Therapien, Operationen und psychotherapeutischen und alternativen Behandlungen gefragt (Tab. 2, s. Anhang). Zwei Teilnehmer (7,2%) hatten schon einmal eine Meningitis, ein Teilnehmer (3,6%) hat durch eine Poliomyelitis eine Facialisparese ausgebildet, ein Teilnehmer (3,6%) hat Multiple Sklerose und zwei (7,2%) haben schon einmal unter einem Herpes Zoster gelitten. Es gibt jedoch keine signifikanten gemeinsamen neurologischen Vorerkrankungen unter den Teilnehmern. 67,9% (n=19) der Teilnehmer gaben an, regelmäßig Medikamente einzunehmen oder eingenommen zu haben. 18% (n=5) wurden schon einmal operiert. Lediglich 14,3% (n=4) hatten eine Operation, einen Unfall oder eine Erkrankung des Körperteils, das nach ihren Vorstellungen nicht zum eigenen Körper gehört. 35,7% (n=10) gaben an, dass sie unter einer körperlichen Erkrankung gelitten haben oder zurzeit noch leiden, wobei sie nur mäßig das Gefühl hatten, dass BIID dadurch beeinträchtigt wurde (0=gar kein Einfluss, 100=sehr starker Einfluss: IQA 20, Mittelwert 26,2). 39,3% (n=11) der Teilnehmer litten zum Zeitpunkt der Befragung oder in der Vergangenheit unter folgenden psychischen Krankheiten: Depressionen/ Burn-Out, Panikattacken oder Persönlichkeitsproblemen. Diese psychischen Erkrankungen beeinträchtigten laut Aussagen der Teilnehmer den Verlauf und das Gefühl von BIID sehr stark (IQA 30, Mittelwert 77,3). Vier Teilnehmer (14,3%) gaben an, unter einer neurologischen Erkrankung zu leiden bzw. gelitten zu haben (Teilnehmer Nr. 2, 10, 14, 28, s. Tab. 2). Lediglich ein

Teilnehmer (3,6%) gab an, schon einmal selbstverletzendes Verhalten gezeigt zu haben. Dreizehn Teilnehmer (46,4%) waren schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung, wobei die Therapien weder positiven noch negativen Einfluss auf BIID genommen haben (IQA 25, Mittelwert 44,6). Eine medikamentöse Therapie hatte bei fünf Teilnehmern (17,9%) weder zu einer Verbesserung noch zu einer Verschlechterung geführt, ein Teilnehmer (3,6%) verspürte sogar eher eine Verschlechterung und zwei (7,2%) eher eine Verbesserung (IQA 30, Mittelwert 50). Entspannungstechniken wurden von zehn Teilnehmern (35,7%) angewandt. Fünf Teilnehmer (17,6%) stellten weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung fest (50 auf einer Skala von 0 → 100). Einer (3,6%) verspürte sogar eine Verschlechterung (0 auf einer Skala von 0 → 100), ein anderer (3,6%) eine leichte Verbesserung (80 auf einer Skala von 0 → 100).

1.4.5 Der Amputationswunsch

Der Amputationswunsch begann bei allen Teilnehmern sehr früh. Bei siebzehn Teilnehmern (60,7%) trat der Wunsch erstmals in der Zeit zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr auf, bei acht Teilnehmern (28,6%) im Alter unter 5 Jahren und bei drei Teilnehmern (11,7%) im Alter von 11-16 Jahren. Einundzwanzig Teilnehmer (75%) konnten den Beginn des Amputationswunsches mit einer speziellen Erinnerung verknüpfen. Im Folgenden sind einige Auszüge über die Schilderungen der Ereignisse aufgeführt, auf die die BIID-Betroffenen ihr BIID zurückführen.

Nr. 3 schrieb: *„Ich habe mit ca. 8 Jahren festgestellt, dass es angenehm war, wenn ich mir mein linkes Bein abgebunden habe und es gefühllos wurde. (...). Ich habe über viele Jahre versucht, diesen Amputationswunsch zu unterdrücken.“* Nr. 4 schilderte, dass ihn Armamputierte, Kinder mit zu kurzen Armen und mit Kinderlähmung faszinierten. Nr. 5 war beim *„Anblick einer an Krücken gehenden Oberschenkelamputierten Frau (...)* fasziniert, wie auch weitere Ereignisse mit Oberschenkel- und armamputierten Menschen. Nr. 6 beschrieb in seinem Schlüsselereignis den *„Anblick eines Armamputierten, der in der Gemeinde regelmäßig die Kontoauszüge ausgetragen hat.“* Nr. 7 erinnerte sich an einen *„aufgrund eines Motorradunfalls Mann.“* Amputierte Menschen im Alltagsleben

lösten ebenfalls bei Nr. 9 das Gefühl von BIID aus. Nr. 12 beschrieb zum Einen eine Begegnung mit einem Mädchen, das ein gelähmtes Bein hatte, und zum Anderen in der Pubertät die Begegnung mit einem Jungen, dem das linke Bein fehlte. Es löste in ihm das sichere Gefühl hervor, auch so einen Oberschenkelstumpf besitzen zu wollen. Nr. 14 beschrieb, dass der Anblick einer amputierten Mitschülerin so faszinierend war, dass er deshalb deren Nähe aufsuchte. Ähnliche Begegnungen mit Amputierten erlebten auch die Teilnehmer Nr. 13, 19, und 21, 26. Nr. 16 schrieb: *„Zunächst (seit ich ca. 5 Jahre alt war) wollte ich im Rollstuhl sitzen oder statt Beine einen Fischschwanz haben. Später erst fand ich Interesse an Amputationen.“* Nr. 17 schilderte, dass sie z.B. von Beinstümpfen und Arm- oder Beinprothesen beeindruckt war. Nr. 18 vermutete, dass das auslösende Ereignis der erste Anblick eines Amputierten gewesen war. Nr. 20 berichtete ebenfalls, dass in der frühen Kindheit der Anblick eines Oberschenkelamputierten Mannes sehr viel Faszination hervorgerufen hat. Nr. 23 schilderte, dass er 1957 viele Kriegsverletzte gesehen und daraufhin den großen Wunsch entwickelt habe, auch so schöne amputierte Gliedmaßen zu haben. Ein Körper mit Stümpfen sei ein wunderschöner Körper. Nr. 25 schrieb: *„Im Alter von 5 Jahren habe ich mich für die Bein-Paralyse begeistert.“* Die Teilnehmer (Nr. 1, 2, 8, 10, 11, 15, 22, 24, 27 und 28) können sich an keine dezidierten Ereignisse erinnern.

Alle o.g. Teilnehmer waren durch den Anblick eines Mitmenschen mit Amputation so fasziniert, dass sie für sich selbst den Wunsch entdeckten genauso behindert sein zu wollen. Bei zwei Teilnehmern (7,2%) löste speziell der Anblick von Kindern mit Kinderlähmung den Wunsch nach einer Amputation aus. Die Faszination ging häufig mit der Bewunderung einher, dass sie auch als Amputierte den Alltag bewältigen können. Drei Teilnehmer (10,7%) praktizierten schon sehr früh das Pretenden, das ihnen sowohl Befriedigung, als auch ein besseres Wohlbefinden im eigenen Körper verschaffte. Den Wunsch nach einer Behinderung im Kindesalter verspürten die Teilnehmer im Mittel sehr stark. Auf einer Skala von 0=gar nicht stark bis 100= sehr stark kreuzten einundzwanzig Teilnehmer (71,4%) im Bereich von 60 bis 100 an (IQA 20, Mittelwert 68,6).

Mithilfe der Skalen von 0 (hässlich, unangenehm, traurig, langweilig, unvollständig, abscheulich) bis 100 (schön, angenehm, lustig, faszinierend, vollständig,

mitleiderregend) sollten die Teilnehmer das Gefühl beschreiben, das bei ihnen durch den ersten Anblick eines Amputierten ausgelöst wurde. Dreinundzwanzig Teilnehmer (82,2% im Bereich 60 bis 100) empfanden den ersten Anblick als eher schön, einundzwanzig (75% bei 80 bis 100) sogar sehr schön (IQA 20, M-Schätzer 84,4). Zweiundzwanzig Teilnehmer (78,6% bei 60 bis 100) empfanden den ersten Anblick als angenehm, achtzehn (64,3% bei 80 bis 100) sogar als sehr angenehm (IQA 25, M-Schätzer 89,8). Einundzwanzig (75% bei 40 und 50) empfanden beim ersten Anblick weder Trauer noch Belustigung (IQA 5, Mittelwert 54,1). Siebenundzwanzig Teilnehmer (96,4% bei 60 bis 100) waren fasziniert, wobei 17,9% (n=5) die 90 und 67,9 % (n=19) sogar die 100 ankreuzten (IQA 5, Mittelwert 95,3). Ein Teilnehmer (3,6%) machte hier keine Angabe. Für fünfzehn Teilnehmer (53,6% bei 60 bis 100) war ein Amputierter vollständig, ein Teilnehmer (3,6%) machte hierzu keine Angabe (IQA 50, M-Schätzer 77,2). Neunzehn Teilnehmer (67,9% bei 50) empfanden den Anblick weder abscheulich noch mitleiderregend, bei sieben Teilnehmern (25%) kam eher das Gefühl des Mitleids auf (25% im Bereich 60 bis 100), ein Teilnehmer (3,6%) machte hier keine Angabe (IQA 5, Mittelwert 52,9).

78,6% der Teilnehmer (n=22) gaben an in ihrer Kindheit schon einmal Bilder mit Amputierten gemalt zu haben. 21,4% (n= 6) malten noch nie Bilder von Amputierten. 71,5% (n=20) verneinten, schon einmal Puppen die Extremitäten amputiert zu haben. 21,4% (n=6) gaben an von sich als Amputierte, 14,3% (n=4) von sich mit allen Gliedmaßen und 64,3% (n=18) von sich sowohl mit allen Gliedmaßen, als auch mit Amputation zu träumen.

Um herauszufinden, wie die elterliche Beziehung der Teilnehmer in ihrer Kindheit war, sollten sie für den entsprechenden Zeitraum von Kindheit und Jugendzeit Angaben zur Zufriedenheit (0=sehr unzufrieden → 100=sehr zufrieden) machen. Die Teilnehmer haben hierbei ihre Beziehung zu den Eltern in allen Lebensabschnitten eher als zufriedenstellend empfunden. Im Bereich von 0-6 Jahren kreuzten 85,7 % (n=24) auf der Skala von 50 bis 100 an (IQA 45, M-Schätzer 76,4), dreizehn Teilnehmer (46,4%) kreuzten sogar bei 90 und 100 an. Von 7-12 Jahren kreuzten 71,5% (n=20) im Bereich von 50 bis 100 an (IQA 50, M-Schätzer 66,2). Von 13-18 Jahren kreuzten 67,8 % (n=10) im Bereich von 50-100 an (IQA 40, M-Schätzer 60,2). Und im Altersbereich über 19 Jahren kreuzten

81,4% (n=23) im Bereich von 50 bis 100 an (IQA 20, M-Schätzer 74,3). Ebenfalls sind bei den Teilnehmern in geringer Weise Probleme in der Beziehung zu den Eltern aufgetreten. Hierzu sollten die Teilnehmer auf einer Skala von 0=gar keine Probleme bis 100=sehr viele Probleme die Beziehung zu ihren Eltern charakterisieren. Von 0-6 Jahren waren 92,9% (n=26) eher zufrieden, denn sie kreuzten auf der Skala hauptsächlich im Bereich 0 bis 50 an. Fünfundzwanzig Teilnehmer (89,3%) kreuzten im Bereich von 0 bis 30 an (IQA 15, M-Schätzer 12,5). 89,3 % (n=25) der Teilnehmer hatten von 7-12 Jahren auch eher keine Probleme mit den Eltern (Bereich von 0 bis 50), hier lag auch eine Mehrzahl von zweiundzwanzig Teilnehmern (78,6%) im Bereich von 0 bis 30 (IQA 20, M-Schätzer 21,4). 64,3% (n=18) gaben im Alter von 13-18 Jahren an, eher keine Probleme mit den Eltern gehabt zu haben (IQA 40, M-Schätzer 41,7). Und in der Zeit ab 19 Jahren kreuzten 71,4 % (n=20) im Bereich von 0 bis 50, wobei 16 Teilnehmer (57,1 %) im Bereich von 0 bis 30 kreuzte (IQA 55, M-Schätzer 33,6). Die Beziehung zu den Eltern sollte des Weiteren auf weiteren Skalen mit 0=nicht gewollt → 100=gewollt, 0=nicht geliebt → 100=geliebt, 0=nicht beachtet → 100=beachtet, 0=vernachlässigt → 100=behütet, 0=lieblos behandelt → 100=liebvoll behandelt charakterisiert werden. Die Teilnehmer haben sich in ihrer Kindheit in der Mehrheit angenommen gefühlt, denn 85,7 % (n=24) kreuzten auf der Skala von 60 bis 100 an, zwanzig Teilnehmer (71,4%) bei 80 bis 100 (IQA 30, M-Schätzer 82,4). Sie fühlten sich ebenfalls geliebt, 85,7% (n=24) kreuzten auf der Skala von 60 bis 100 an, zwanzig Teilnehmer (71,4%) bei 80 bis 100 (IQA 25, M-Schätzer 83,3). Beachtet fühlten sich 82,2% der Teilnehmer (n=23), sie kreuzten ebenfalls im Bereich von 60 bis 100 an und zwanzig Teilnehmer (71,4%) im Bereich 80 bis 100 (IQA 35, M-Schätzer 81,4). 82,1 % (n=23) fühlten sich behütet (Skala von 60 bis 100), neunzehn Teilnehmer (67,9%) kreuzten im Bereich 80 bis 100 an (IQA 45, M-Schätzer 80,2). 82,1% der Teilnehmer (n=23) erinnerten sich an einen liebevollen Umgang, einundzwanzig Teilnehmer (75%) kreuzten hier im Bereich von 80 bis 100 an (IQA 25, M-Schätzer 85,8).

Das Pretenden ist ein häufiges und zentrales Verhalten bei BIID-Betroffenen. Daher sollten die Teilnehmer angeben, wie oft sie pretenden (0=nie → 100=sehr oft). Für eine Mehrzahl der in dieser Studie befragten Teilnehmer war das Pretenden ein wichtiger Bestandteil (IQA 60, Mittelwert 67). Achtzehn Teilnehmer

(64,3%) kreuzten hierbei den Bereich von 70 bis 100 an. Vierzehn Teilnehmer (59%) gaben an, am liebsten alleine zu pretenden, drei Teilnehmer (10,7%) in der Öffentlichkeit, elf Teilnehmer (39,3%) sowohl allein als auch in der Öffentlichkeit (z.B. auf öffentlichen Plätzen, in Einkaufszentren etc.). Sie beschrieben, auf diese Weise ihren Traum zu leben und exerzieren zu können, wie sie im Alltag mit ihrer Behinderung zurechtkommen würden. Hierzu banden sie beispielsweise ihr Bein mit, z.B. Bandagen, Tapeverband oder Gürteln hoch und versuchten sich so zu Hause und in der Öffentlichkeit mithilfe von Unterarmgehstützen oder Rollstühlen fortzubewegen (z.B. Nr. 1, 5, 14, 24). Nr. 20 erläuterte, dass er z.B. den linken Arm seitlich an den Körper unter die Jacke lege (Arm-Pretending). Für ihn war das Arm-Pretending niemals so intensiv wie das Bein-Pretending, stellte aber die einzige Möglichkeit dar, seinen Amputationswunsch einigermaßen echt nachzuahmen. Bei Amputationswünschen der Hände wurden, z.B. Socken über die Hände gezogen oder die komplette Hand eingebunden (Nr. 8, 23). Nr. 27 beschrieb, wie er Besenstiele und Golfschläger dazu verwendet, seine Beine zu versteifen, um das Gefühl eines amputierten Körperteils nachzuempfinden. Andere spielten in ihrer Kindheit Amputiert-Sein (Nr. 6, 10, 17). So verkleidete sich Nr. 10 beispielsweise zum Karneval als Pirat und gestaltete seine Holzbeinattrappe jedes Jahr perfekter. Nr. 17 versuchte schon als Kind und Jugendlicher prothesenähnliche Gehhilfen zu bauen, indem er Stiefel ausstopfte und mit Schienen und Gürtel befestigte oder Besen als Achselgehstützen umfunktionierte. Die Betroffenen, die sich Komplettemputationen der Beine oder eine Paralyse der unteren Extremität wünschten, versuchten sich mit Rollstühlen fortzubewegen (Nr. 15, 16, 17, 23). Es gab auch Betroffene, die sich Beinprothesen anfertigen ließen (Nr. 17) oder sich Orthesen bzw. Prothesen, z.B. aus Notenständern, anfertigten oder orthopädische Schuhe aus Sandalen bastelten (Nr. 21).

Die Teilnehmer sollten den zu amputierenden Körperteil mithilfe der Skalen sehr unästhetisch, sehr unbeseelt, nicht zugehörig und sehr abstoßend (=0) und sehr ästhetisch, sehr beseelt, zugehörig und sehr schön (=100) charakterisieren (Abb. 3a-b). Hier nahmen die meisten Teilnehmer eine Neutralstellung ein. Bezüglich der Ästhetik kreuzten einundzwanzig Teilnehmer (75%) die 50 an (IQA 0, M-Schätzer 39,7) und vierzehn Teilnehmer (50%) konnten nicht genau sagen, ob sie den betroffenen Körperteil als abstoßend oder schön empfinden (IQA 10, M-Schätzer

48,7). Im Mittel gaben die Teilnehmer an, ihren zu amputierenden Körperteil nicht als beseelt zu empfinden, 89,3% (n=25) kreuzten bei 0 bis 50 an, zehn Teilnehmer (35,7%) dabei die 50 (IQA 30, M-Schätzer 39,6). Ebenfalls gaben 92,9%(n=26) der Teilnehmer im Bereich von 0 bis 50 an, den betroffenen Körperteil als nicht zu sich gehörig zu empfinden und fünfzehn Teilnehmer (67,9%) sogar bei 0 bis 30 (IQA 45, M-Schätzer 20,9).

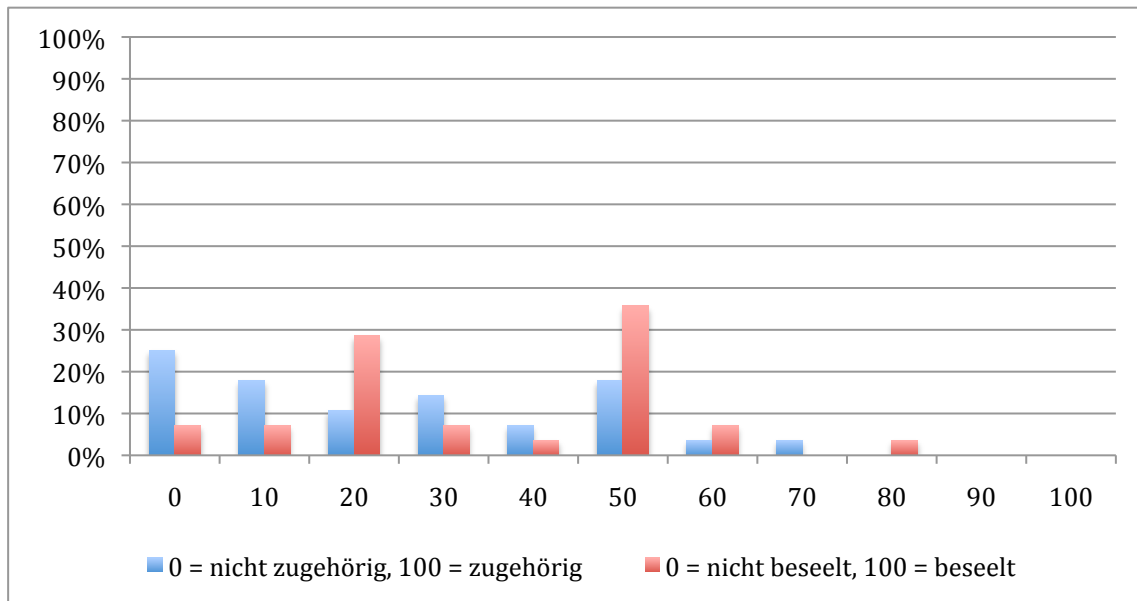


Abb. 3a: Zugehörigkeit (blau) und Beseeltheit (rot) der vom Amputationswunsch betroffenen Körperteile (n=28; 0=nicht zugehörig/ nicht beseelt → 100=zugehörig/ beseelt).

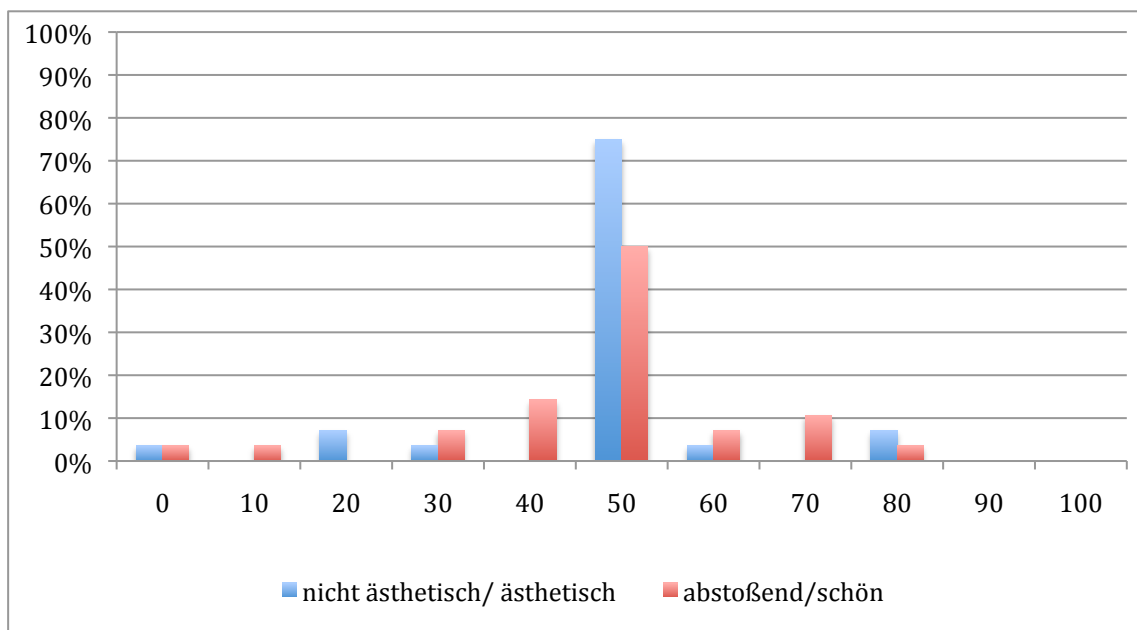


Abb. 3b: Ästhetik (blau) und Schönheit (rot) der vom Amputationswunsch betroffenen Körperteile (n=28; 0=nicht ästhetisch/ abstoßend → 100=ästhetisch/ schön).

Alle Teilnehmer konnten genau benennen, wo die Amputationslinie für den gewünschten zu amputierenden Körperteil verlaufen sollte (Tab. 1, s. Anhang). Dazu sollten die Betroffenen die Amputationslinie beschreiben und gleichzeitig an Figuren im Fragebogen entsprechend einzeichnen. 53,6% (n=15) gaben an, seit der Kindheit den gleichen Amputationswunsch zu haben (Nr. 1, 2, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 22, 23, 26, 27): Nr.1 und Nr. 27 wünschten sich eine Querschnittslähmung, Nr. 22 eine Lähmung der linken Hand, Nr. 23 die Amputation beider Beine; bei Nr. 11 und 18 lag der Amputationswunsch auf der rechten, bei den Restlichen auf der linken Seite. Es konnte ausgewertet werden, dass der Amputationswunsch aller Teilnehmer (auch derer, dessen Wunsch gewechselt hatte) zum Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie bei 50% (n=14) die linke Seite und bei 17,9% (n=5) die rechte Seite betraf. 17,9% (n=5) verspürten den Wunsch einer beidbeinigen Amputation, 10,7% (n=3) den einer Querschnittslähmung und ein Teilnehmer (3,6%) wünschte sich eine Amputation und Querschnittslähmung (Nr. 15).

Die Teilnehmer sollten Gründe nennen, die den Wechsel des Amputationswunsches beeinflusst haben könnten. Genaue Angaben konnten nur acht Teilnehmer (28,6%) benennen, wobei diese Teilnehmer meist davon berichteten, dass es sich „richtig“ anfühlen würde und dem idealen Körperbild am ehesten entsprechen würde (Nr. 3, 5, 17). Einige berichteten auch, dass das Gefühl für die richtige Amputationslinie sich mit der Zeit oder einem speziellen Ereignis manifestiert habe (Nr. 8, 10, 15, 23, 28). Einen Versuch, den betroffenen Körperteil selbständig zu amputieren, unternahmen vier Teilnehmer (14,3%) schon einmal gezielt. Nr. 2 gab an, dass er es mithilfe der „*Unterbrechung der Blutzufuhr*“ versucht habe, jedoch ohne Erfolg. Nr. 10 sagte, dass es nur zu Vorbereitungen gekommen war. Da keine Betäubungsmittel verfügbar waren, habe er es „*nicht durchgezogen*“. Nr. 18 schilderte, dass er einmal versucht habe, das Bein abzubinden. Außerdem dachte er darüber nach, ob er eine Blutvergiftung herbeiführen könnte. Nr. 26 bejahte zwar, schrieb jedoch leider keine näheren Ausführungen dazu nieder. Nr. 14 schrieb: „*Nein, aber hätte mein z.T. sehr riskantes Pretending dazu geführt, hätte es mich nicht gestört*“. Andere Teilnehmer spielten schon mit dem Gedanken, sich eine Amputation zuzufügen. Fünf Teilnehmer (17,6%) holten sich schon einmal ärztlichen Rat ein, um ihren

gewünschten Körperteil amputieren zu lassen. Nr. 7 sprach den Wunsch nach einer Amputation beim Hausarzt an und öffnete sich im Rahmen einer Studie von Frau Prof. Dr. Stirn und ihrem Team. Nr. 8 nahm ebenfalls mit seinem Hausarzt Kontakt auf. Doch wusste der Teilnehmer, dass der Hausarzt nur Internist war und eine Amputation nicht durchführen konnte. Daher hatte er mit einem ausländischen Chirurgen Mailkontakt und hätte eine einseitige Amputation durchführen lassen können – allerdings hatte der Chirurg nach Angaben des Teilnehmers inzwischen aufgehört zu arbeiten. Nr. 19 hat sich bis jetzt lediglich über eine Amputation im Ausland erkundigt. Nr. 21 schilderte, dass er sich an der Uni Frankfurt der Forschungsgruppe von Frau Dipl.-Psych. Oddo anvertraute. Nr. 27 schrieb: *„Yes, but the most doctors completely ignored me. And with another two doctors I have planned to meet them soon but have not yet met them.“*

Des Weiteren sollten die Teilnehmer Lebensinflüsse schildern, die BIID verstärkten oder abschwächten. Neun Teilnehmer (32,1%) verspürten eine Verstärkung, wenn sie sich mit dem Thema BIID intensiv beschäftigen oder Amputierte im Alltag sahen. Bei fünf Teilnehmern (17,6%) kam eine Verstärkung durch Ruhe und entspannte Momente zustande, bei anderen fünf (17,6%) durch Stress. Bei acht Teilnehmern (28,6%) wurden durch körperlichen und beruflichen Stress die Gedanken an BIID abgeschwächt, bei vier weiteren Teilnehmern (14,3%) durch Entspannung und das Ausüben von Freizeitaktivitäten. Zwei Teilnehmer (7,2%) gaben an, sich durch sexuelle Befriedigung und einer durch die Auseinandersetzung mit BIID ablenken zu können (Tab. 3, Auswertung mit Mehrfachnennung).

Bei dem Gedanken an eine Operation und an die Amputation sollten die Teilnehmer ihre Gefühle anhand einer vorgegebenen Skala beschreiben (0=Beklemmung/ Unglück/ Angst/ Unbehagen/ Einengung → 100=Erleichterung/ Glück/ keine Angst/ Freude/ Befreiung). Bei dem Gedanken an eine Operation antwortete die Mehrheit mit Erleichterung, zweiundzwanzig Teilnehmer (78,5%) kreuzten den Bereich von 50 bis 100 an, vierzehn Teilnehmer (50%) kreuzten die 100 an (IQA 50, M-Schätzer 93,6). Sechszwanzig Teilnehmer (92,8% im Bereich von 50 bis 100) empfanden viel Glück bei dem Gedanken an eine OP, einundzwanzig Teilnehmer sogar sehr viel Glück (75% bei 90 und 100, IQA 10, Mittelwert 90). Zweiundzwanzig Teilnehmer (78,6% im Bereich 50 bis 100)

empfanden eher Freude, wobei achtzehn Teilnehmer (64,3%) bei 90 und 100 ankreuzten (IQA 42,5, M-Schätzer 90,9). Sechszwanzig Teilnehmer (92,7% im Bereich 50 bis 100) fühlten sich bei dem Gedanken an eine OP befreit, siebzehn Teilnehmer (60,7%) kreuzten dabei die 100 an (IQA 50, M-Schätzer 93,6). Der Gedanke war jedoch auch bei sechszwanzig Teilnehmern (92,7% im Bereich 50 bis 100) mit Angst verbunden, bei elf Teilnehmern (39,3% bei 90 und 100) sogar sehr stark (IQA 67,5, M-Schätzer 55).

Der Gedanke an das „Amputiert-Sein“ löste bei siebenundzwanzig Teilnehmern (96,4% im Bereich 50 bis 100) Erleichterung aus (IQA 17,5, Mittelwert 88), bei allen achtundzwanzig Teilnehmern Glück, wobei siebenundzwanzig (96,4%) den Bereich von 80 bis 100 ankreuzten (IQA 10, Mittelwert 92,5). Siebenundzwanzig Teilnehmer (96,4% im Bereich 50 bis 100) erfüllte der Gedanke mit Freude, bei zweiundzwanzig sogar sehr stark (78,5% im Bereich 90 und 100) (IQA 17,5, M-Schätzer 94,4) und fünfundzwanzig Teilnehmer (89,3% im Bereich von 50 bis 100) fühlten sich befreit, achtzehn Teilnehmer (64,3%) kreuzten die 100 an (IQA 10, Mittelwert 87). Aber auch hier war der Gedanke an das „Amputiert-Sein“ bei sechszwanzig Teilnehmern (92,7% im Bereich 50 bis 100) mit Angst verbunden, bei zweiundzwanzig Teilnehmern (78,7 % im Bereich 80 bis 100) sogar sehr stark (IQA 42,5, M-Schätzer 88,2).

Um herauszufinden, wie offen die Teilnehmer nach einer Amputation gegenüber ihren Familien, Freunden und Arbeitskollegen sein würden, wurde gefragt, ob die Teilnehmer die Wahrheit sagen oder eine Ausrede erfinden würden. Acht Teilnehmer (28,6%) gaben an die Wahrheit sagen zu wollen, jedoch zwanzig Teilnehmer (71,4%) gaben an eine Ausrede erfinden zu wollen.

Das Amputationsbegehren war bei den Teilnehmern im Mittel sehr gering von dem Wunsch geprägt, behindert zu sein (IQA 70, M-Schätzer 25,2). Ähnlich gering war das Amputationsbegehren bei den Teilnehmern von dem Wunsch begleitet, der Umwelt beweisen zu können, dass das Leben auch als Behinderter gemeistert werden kann (IQA 77,5, M-Schätzer 40,4). Sechzehn Teilnehmer (57,1%) waren sehr stark der Auffassung, dass ihr Amputationswunsch dadurch beeinflusst wird, dass sie das Gefühl haben, der gewünschte Körperteil sei nicht zu ihrem Körper dazugehörig (IQA 77,5, Mittelwert 71,5). Zwanzig Teilnehmer (71,4%) befanden

sich im Bereich 70 bis 100 und sechzehn Teilnehmer (57,1%) kreuzten die 100 an. Die Teilnehmer wurden nach den Motiven und Beweggründen befragt, die den Wunsch nach einer Amputation bzw. den Wunsch nach BIID in ihnen auslösten. Nr. 1 schrieb: *„Ich fühle mich als Fußgänger einfach nicht richtig. Ganz anders im Rollstuhl. Da fühle ich richtig Hochgefühle, beinahe wie Schweben und eine tief empfundene Zufriedenheit sind dabei immer vorhanden (...).“* Nr. 2 beschrieb Folgendes: *„Ich empfinde mein linkes Bein als nicht zu mir gehörig, kann im Oberschenkel die Linie spüren, wo das Bein endet. Würde mich ohne das Bein vollständig und richtig fühlen. Eine Amputation würde mir seelischen und körperlichen Frieden bringen. (...).“* Nr. 3 berichtete: *„Ich möchte mein linkes Bein amputieren lassen, weil es kein Teil von meinem Körper ist. Es ist mir fremd und ich empfinde es auch nicht zu mir gehörig. Ich wünsche mir, dass dieser Teil von mir entfernt wird, damit ich so aussehe, wie ich mich innerlich fühle. (...).“* Nr. 4: *„Es gehört einfach zu mir, behindert zu sein. Es ist meine wahre Identität. Ich merke es immer besonders, wenn ich pretende.“* Nr. 5 schrieb: *„In mir drängt alles danach, beinamputiert zu sein. (...) Ich finde das Amputiert-Sein so schön und unbeschreiblich, da ich dann einen Körper habe, der meinen Vorstellungen entspricht. Mein linkes Bein gehört nicht zu diesem Körperbild. Durch die Amputation würde ich also den Körper erhalten, den ich schon seit meiner Kindheit will und ich würde, nachdem das Geschehen ist, glücklich und zufrieden sein, mein Leben würde sich angenehmer gestalten.“* Nr. 7 schrieb, dass der Wunsch im Moment nicht sehr stark war. Ursache war die unklare berufliche Situation. Nr. 8 beschrieb es als eine der stärksten Sehnsüchte in seinem Leben, kaum eine Stunde verginge, in der er nicht daran denke. Weiterhin schrieb Nr. 8: *„Oft spüre ich die Stümpfe in den Oberschenkeln und die Linie. Die Beine sind zwar praktisch, aber doch eine Belastung. Irgendwie gehören sie da nicht so richtig hin.“* Für Nr. 9 würde sich der Wunsch erfüllen, endlich das angestrebte Körperbild zu erlangen, wenn er einen Beinstumpf hätte und sich mit nur einem Bein fortbewegen müsste. Nr. 10 erklärte, dass er erst nach seiner Amputation das Gefühl erlangen würde seine natürliche Gestalt und Funktion erlangt zu haben. Nr. 11 schrieb: *„(...) Meine Träumereien zeigen mich gern behindert und mit Krücken.“* Nr. 13 berichtete, dass er sich *„als ausschließlich linksseitig Beinamputierter oder Beingelähmter auf Krücken gehend (...).“* sieht. Für Nr. 14 war ein Stumpf (...) unendlich schön, ähnlich einer Skulptur, aber voller Leben. Für ihn stellte das Streicheln des

anderen Oberschenkels mit einem Stumpf, bzw. das „in die Hände klatschen“ mit beiden Stümpfen eine besondere sexuelle Befriedigung dar. Bei diesem Teilnehmer war der Amputationswunsch extrem stark sexuell geprägt (...). Nr. 15 vermutete, dass die Sehnsucht nach einer Amputation vielleicht darin bestand, gerade als Behinderter geliebt zu werden. Nr. 16 schrieb: „*Es würde zu meinem Körpergefühl passen, ich spüre eine Art Schnittstelle in meinem rechten Oberschenkel (...).*“ Nr. 17 hatte seit der Kindheit das Gefühl links Oberschenkelamputiert sein zu müssen. Nr. 18 findet Frauen, die arm- oder beinamputiert sind, und Stümpfe sehr erotisch. Für Nr. 19 ist der Amputationswunsch ein elementarer Wunsch zum Glücklich-Sein. Nr. 20 schrieb: „*Die größte Sehnsucht ist einen ca. 15 cm langen Stumpf zu haben, schön geformt mit einer schönen Narbenasymmetrie des eigenen Körpers. Nur noch mithilfe von Krücken/Prothesen gehen zu können.*“ Für Nr. 21 passte der aktuelle Körper mit allen Körperteilen nicht zum Körpergefühl. Die Beine waren weniger spürbar. Bei Nr. 22 änderte sich die Sehnsucht von Zeit zu Zeit.. Nr. 23 beschrieb ausdrücklich: „*Mein Körper muss Oberschenkelstümpfe haben. Ich bin unglücklich keine schönen Beinstümpfe zu haben!*“ Nr. 24 erklärte: „*Es ist weniger der konkrete Wunsch als die Vorstellung, wie das Leben mit einer Amputation ist.*“ Nr. 25 schrieb ein großes Bedürfnis nach einer Amputation zu haben. Nr. 26 beschrieb sich nicht komplett mit beiden Beinen zu fühlen.“ Nr. 27 beschrieb, dass es sich für ihn einfach normal anfühlt eine Amputation zu haben. Nr. 28 möchte einfach amputiert sein und mit einem Stumpf anders als alle sein.

Im Fokus liegt hier die Problematik sich mit dem eigenen Körper ohne Amputation nicht identifizieren zu können. Entweder beschrieben die Teilnehmer das Gefühl, sich nicht im richtigen Körper zu fühlen, da der betroffene Körperteil fremd und nicht zum Körper zugehörig empfunden wurde oder nicht in ihr Körperbild passte. In diesem Zusammenhang erwähnten die Teilnehmer häufig das Gefühl von Glück und innerer Zufriedenheit, v a bei dem Gedanken an die Umsetzung der Amputation. Interessant ist auch, dass die Teilnehmer die Linie der Amputation genau spüren und benennen können.

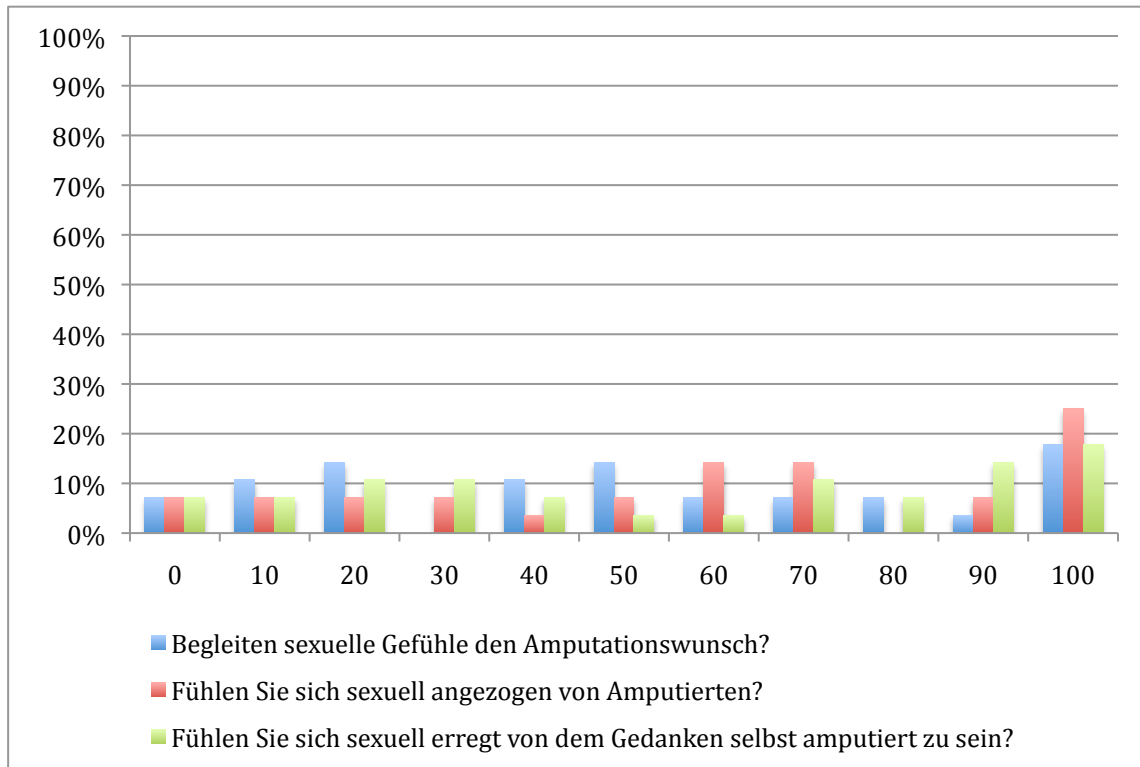


Abb. 4: Einfluss der sexuellen Komponente auf BIID (n=28; 0=gar nicht → 100=sehr stark).

Sexuelle Gefühle und Erregung wurden, wie im Eingangsteil beschrieben, ebenfalls potentiell als Ursache für BIID diskutiert. Eine sexuelle Komponente spielt bei nahezu der Hälfte der Befragten eine übergeordnete Rolle (Abb. 4): Bei elf Teilnehmern (42,9% zwischen 60 und 100) war der Amputationswunsch stark, bei fünf Teilnehmern (17,8% bei Skalenwert 100) sogar sehr stark von sexuellen Gefühlen begleitet (IQA 57,5, M-Schätzer 46,6). Siebzehn Teilnehmer (60,7% im Bereich 60 bis 100) gaben an, sich stark bis sehr stark sexuell von Amputierten angezogen zu fühlen, darunter elf Teilnehmer (25%) mit einem Skalenwert von 100 sogar sehr stark (IQA 65, M-Schätzer 63,1). Fünfzehn Teilnehmer (53,6% im Bereich 60 bis 100) verspürten eine starke bis sehr starke sexuelle Erregung bei der Vorstellung selbst amputiert zu sein (IQA 70, M-Schätzer 54,2). 11 Teilnehmer (39,3%) hatten sogar schon einmal sexuellen oder intimen Kontakt zu Amputierten, wobei acht von ihnen diesen Teilnehmern den Kontakt als erregend bis sehr erregend empfanden und sogar als besser und befriedigender beschrieben als mit nicht amputierten Partnern. Nr. 12 schrieb, dass sein Amputationswunsch „ (...) *fast rein sexueller Natur ist. Ich träume von einer Partnerin, die es fasziniert, dass mir ein Bein fehlt. Auch in der Öffentlichkeit mit dieser Behinderung gesehen zu werden empfinde ich als erregend.*“ Nr. 14 berichtete z.B. davon, dass das

Pretenden durch das Hochbinden des Beines und das damit zusammenhängende Taubheitsgefühl im Bein, sowie das Laufen auf Stümpfen und Händen bei ihm einen Orgasmus erzeugt habe und seither auch zur Befriedigung genutzt werde. Es sollte überprüft werden, ob die sexuelle Komponente für homosexuelle BIIDler eine übergeordnetere, wichtigere Rolle spielt als für heterosexuelle Betroffene. Hierzu wurde ein t-Test unabhängiger Stichproben durchgeführt. Nr. 4 und 16 gaben an bisexuell und Nr. 14 bisexuell und amputiert-sexuell zu sein. Daher wurden diese drei aus der Berechnung herausgenommen. Nr. 26 machte zur Sexualität keine Angaben, so dass 24 Teilnehmer in die Berechnung eingeschlossen wurden, darunter acht Teilnehmer homosexuell (33,3% von n=24) und sechzehn Teilnehmer heterosexuell (66,7% von n=24). Bei der Frage, ob sich die Teilnehmer durch BIID sexuell erregt fühlen, zeigte sich ein Signifikanzniveau von $p=0,896$. Bei der Frage, ob sich die Teilnehmer durch eine eigene Amputation selbst erregt fühlen würden, zeigte sich ein Signifikanzniveau von 0,460. Bei der Frage, ob sich die Teilnehmer durch amputierte Menschen sexuell angezogen fühlen, zeigte sich ein Signifikanzniveau von 0,869. Da statistisch gesehen eine Signifikanz im Allgemeinen erst ab Werten kleiner als 0,05 besteht, lässt sich anhand der Ergebnisse ableiten, dass für Homosexuelle die sexuelle Komponente bei BIID keine übergeordnetere Rolle spielt als für Heterosexuelle. Es sollte hierbei jedoch ausdrücklich erwähnt werden, dass aufgrund der geringen Stichprobe die Ergebnisse der statistische Auswertung nicht valide genug sind, um eine eindeutige Aussage zu treffen. Dazu sollte eine Studie mit größerer Teilnehmerzahl durchgeführt werden.

Auf die Frage, ob die Teilnehmer den Wunsch nach einer Amputation mit einem anderen Gefühl vergleichen können, nannten sechzehn Teilnehmer (57,1%) kein annähernd vergleichbares Gefühl. Fünf Teilnehmer (17,9%) verglichen BIID mit der Sehnsucht nach Liebe (z.B.: „*ähnlich intensiv und alles durchdringend wie Liebe*“). Drei andere Teilnehmer (10,7%) assoziierten das Gefühl von Berufserfolg, innerer Zufriedenheit („*Einheit von Körper und Geist*“) und Freiheit mit BIID. Ein anderer Betroffener (3,6%) schilderte, dass für ihn BIID und die damit verbundene Amputation die „*Erfüllung eines Kindheitstraums*“ ist, durch den sich der Wunsch, eines Tages aufzuwachen und nur noch ein Bein zu haben, plötzlich bewahrheiten würde. Nr. 27 beschrieb BIID als: „*Maybe like trying to ignore a pebble in your*

shoe that you are unable to remove.”

Im Rahmen der Studie sollte überprüft werden auf welche Seite und auf welche Körperteile sich der Amputationswunsch hauptsächlich bezieht (dominante Seite vs. nicht dominante Seite) und inwiefern sich der Amputationswunsch im Laufe der Zeit verändert hat. Bei sechzehn (57,7%) Teilnehmern änderte sich der Amputationswunsch nicht, wobei sich zwei dieser Teilnehmer eine Querschnittslähmung (Nr. 1, 27) und einer die Amputation beider Beine (Nr. 23) wünschten. Bei vier Teilnehmern (14,3%) hatte es zwar keinen Seitenwechsel gegeben, jedoch trat ein Amputationswunsch hinzu: Bei Nr. 6, linkshändig, erweiterte sich der Amputationswunsch des rechten Beines um den Amputationswunsch des rechten Zeigefingers; Nr. 25, rechtshändig, wünschte sich zuerst die Amputation des linken Beines, nun zusätzlich auch die Amputation des linken Armes; Nr. 18, rechtshändig, wünschte sich zuerst die Amputation eines Fingers an der linken Hand und nun die Amputation aller Finger der linken Hand; Nr. 21 wünschte sich zuerst eine Komplettamputation, später jedoch eine Querschnittslähmung. Bei sechs Teilnehmern (21,4%) wechselte der Wunsch einer Extremität in den Wunsch einer Komplettamputation bzw. Querschnittslähmung: Bei einem Rechtshänder wechselte der Wunsch vom rechten Bein auf die Komplettamputation beider Beine, bei drei Rechtshändern änderte sich der Wunsch vom linken Bein auf die Komplettamputation beider Beine; ein beidhändig Schreibender beschrieb den Wechsel vom linken Bein auf den Wunsch einer Querschnittslähmung und Komplettamputation (Nr. 15); bei einem rechtshändig schreibenden Teilnehmer wechselte der Wunsch vom rechten Bein zu einer Querschnittslähmung (Nr. 8). Bei zwei Teilnehmern (7,2%) gab es einen reinen Seitenwechsel des Amputationswunsches: Bei einem Rechtshänder erfolgte der Wunschwechsel von rechts nach links (Nr. 5), bei einem anderen Rechtshänder von links nach rechts (Nr. 7).

Ein Ziel der Arbeit war es herauszufinden, ob zwischen der Händigkeit und der Seite des Amputationswunsches ein Zusammenhang besteht und Rechtshänder signifikant häufiger den Amputationswunsch auf der linken Körperhälfte und die Linkshänder den Amputationswunsch signifikant häufiger auf der rechten Körperhälfte verspüren. In diesem Fall wurde zur Berechnung des Unterschiedes zwischen den Gruppen eine Signifikanzberechnung über Kreuztabellen

vorgenommen (rechtshändig - linkshändig vs. Amputationswunschseite rechts – Amputationswunschseite links). Einer der Teilnehmer (3,6%) wünschte sich eine Amputation beider Unterschenkel (Nr. 23), bei zwei (7,2%) bestand der Wunsch einer Querschnittslähmung (Nr. 1, 27), bei acht Teilnehmern (28,6%) änderte sich die Seite des Amputationswunsches (Nr. 5, 7, 8, 14, 15, 17, 21, 24) und ein Teilnehmer (3,6%) machte keine Angaben zur Händigkeit (Nr. 26). Daher wurden diese 12 Teilnehmer (42,8%) nicht in die Analyse mit einbezogen. Demnach wurden 16 Teilnehmer (57,2%) mit in die Analyse einbezogen (Nr. 2, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 22, 25, 28). Unter diesen 16 Teilnehmern gibt es 14 (87,5% von n=16) Rechtshänder und zwei (12,5% von n=16) Linkshänder (Nr. 6 und 11). Beide Linkshänder wünschten sich eine Amputation der rechten Körperhälfte und unter den vierzehn Rechtshändern bestand bei allen Teilnehmern der Amputationswunsch auf der linken Seite, mit Ausnahme bei Nr. 16. Der Likelihood-Quotient zeigt mit 6,429 eine asymptotische Signifikanz von 0,011. Das Ergebnis ist signifikant (exakte Signifikanz im Test nach Fisher=0,05). Der Phi-Koeffizient gibt die Stärke des Zusammenhanges an, wobei besonders bei Werten >0,3 ein bedeutender Zusammenhang besteht (Phi=0,655). Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen der dominanten Seite und der Seite des Amputationswunsches gibt und dass dieser Zusammenhang sogar bedeutend ist.

1.4.6 Auswertung des MMPI und BDI unter den deutschsprachigen Teilnehmern

Der MMPI-1 wurde von den vierundzwanzig deutschsprachigen Teilnehmern ausgefüllt (n=24). Mithilfe der Auswertung des MMPIs sollten zum einen die Einzelprofile der deutschsprachigen Teilnehmer erstellt werden. Hierzu wurde das Auswertungshandbuch des MMPI herangezogen. Hierbei findet eine Charakterisierung des Teilnehmers über die ermittelten Item-Werte statt (Tab.5 s. Anhang). Zum anderen sollten die Mittelwerte zu den einzelnen T-Werten der MMPI-Skalen ermittelt und mit den Mittelwerten der Normalpopulation verglichen werden (Abb. 5), die Mittelwerte sind in Tabelle 6 aufgelistet und als Durchschnittsbereich gelten Werte zwischen 40 und 60 T-Werten. Zur Auswertung

diente die Anleitung des MMPI-1 und das Handbuch von Boerner (2004) „Das psychologische Gutachten“.

L-Wert: Der L-Wert stellt im MMPI den sog. *Lügenwert* dar. T-Werte über 60 bedeuten, dass der Proband nur in geringem Maß bereit ist, sich offen und selbstkritisch über sein Handeln zu äußern. Er ist schwer in der Lage, Schwächen und Fehler zu zugeben. 16,7% der Teilnehmer (n=4, Nr. 3, 4, 17, 18) zeigten Werte über 60. Tests mit Werten über 79 sind nicht auswertbar. Es fanden sich keine Werte über 79.

F-Wert: Diese Skala stellt eine weitere Kontrolldimension dar. T-Werte über 60 gelten als grenzwertig hoch. 12,5% (n=3, Nr. 15, 16, 18) erreichten F-Werte über 60. Werte über 70 weisen darauf hin, dass das Ergebnis des Tests nur schwer zu interpretieren ist, der Proband den Fragebogen nicht sorgfältig genug ausgefüllt hat oder er den Sinn der Fragestellungen nicht verstanden haben könnte. Dies traf jedoch auf keinen der Teilnehmer zu. Niedrige F-Werte lassen die Annahme zu, dass die Ergebnisse zuverlässig sind, da der Proband den Fragebogen sorgfältig und ernsthaft bearbeitet hat. Die restlichen 87,5% (n=21) hatten Werte zwischen 44 und 60. Daher kann man davon ausgehen, dass die Ergebnisse des Fragebogens bei den meisten Teilnehmern zuverlässig sind.

K-Wert: Der K-Wert dient dazu, die Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit des Probanden zu erwägen. Hohe T-Werte deuten hier daraufhin, dass der Proband versucht, seine Schwächen und Fehler herunterzuspielen, um einen guten Eindruck zu hinterlassen. Je höher dieser Wert ist, umso mehr ist anzunehmen, dass sich der Proband gegen den Test gestellt haben könnte und keinen Einblick in seine Persönlichkeit gewähren möchte. 12,5% (n=3, Nr. 3, 20, 24) hatten K-Werte über 70. 33,3% (n=8, Nr. 6, 8, 9, 11, 12, 13, 17, 19) zeigten Werte zwischen 40- 60. Niedrige Werte zeugen von übermäßiger Aufrichtigkeit und erhöhter Selbstkritik: Der Proband gibt sehr schnell Fehler zu.

Hysteria (HY): Hohe T-Werte sprechen für Personen, die in stressigen und problematischen Situationen überreagieren und sich durch ihre offene, freundliche, fast narzisstische Art mehr soziale Anerkennung und Aufmerksamkeit verschaffen möchten. 16,7% (n= 4, Nr. 1, 16, 18, 23) hatten Werte über 60. Personen mit Werten über 70 neigen zu hysterischen Anfällen, dies traf auf 12,5% (n= 3, Nr. 5,

10, 22) zu. 70,8% (n=17) zeigten Werte zwischen 43 und 60.

Depression (D): Bei 33,3% (n=8, Nr. 5, 8, 10, 16, 18, 19, 22, 23) zeigten sich T-Werte über 60, sodass man bei diesen Probanden von einer depressiven Stimmungslage ausgehen kann.

Psychopathic Deviate (PD): Bei hohen T-Werten (asoziale Psychopathia) fehlt dem Probanden ein sozialer, moralischer und ehrlicher Umgang in der Beziehung zu Mitmenschen (auch auf sexueller Ebene). Er ist impulsiv, verantwortungslos und/oder egoistisch in seinem Verhalten anderen gegenüber. Dies traf auf 29,2% (n=7, Nr. 8, 10, 16, 18, 19, 22, 23) zu. Bei niedrigen Werten unter 40 neigt der Proband zu konventionellem und starrem Denken, indem er sich strikt an moralische Regeln hält. Dies traf auf keinen Probanden zu.

Maskulinität/Femininität (MF): Ein hoher T-Wert bedeutet bei Männern ein hohes Maß an Selbstzufriedenheit und Verständnis. Sie fühlen sich zum gleichen Geschlecht hingezogen. Dies traf auf 25% (n= 6, Nr. 2, 8, 12, 19, 20, 23) zu. Niedrige Werte zeigen, dass sich der Proband am Männlichkeitsideal orientiert. Kein männlicher Proband zeigte Werte unter 40, jedoch zeigte die weibliche Probandin (Nr. 16) einen Wert unter 40. Laut Teilnehmerangaben sind Nr. 2, 6, 7, 8, 19, 23 homosexuell, bzw. Nr. 4, 14 und 16 bisexuell.

Hypochondria (HD): Der Proband ist bei T-Werten über 60 übertrieben um seine Gesundheit besorgt. Dies trifft auf 29,2% (n=7, Nr. 1, 2, 5, 10, 16, 18, 22) zu. Es fand sich lediglich bei Nr. 17 ein Wert unter 40, der darauf hinweist, dass sich dieser Teilnehmer sehr wenig Sorgen um seine Gesundheit macht.

Paranoia (PA): Der PA-Wert ist ein Maß für die Empfindlichkeit des Einzelnen. Hohe T-Werte stehen für eine hohe Verletzlichkeit und einen Identitätsmangel. Belastungen rufen aggressives Verhalten hervor. Bei 16,7% (n=4, Nr. 16, 18, 22, 23) lag der PA Wert über 60.

Psychasthenia (PT): Hohe T-Werte weisen auf Gespanntheit, Zögern und Selbstunsicherheit hin. Phobien und Zwangsverhalten sind typisch. Die Probanden haben ein mangelndes Selbstvertrauen und Minderwertigkeitskomplexe und fühlen sich ausgeschlossen und unverstanden. Dadurch haben sie Probleme, sich an die Umwelt anzupassen und die Realität zu akzeptieren. 20,8% (n=5, Nr. 2, 5, 12, 20,

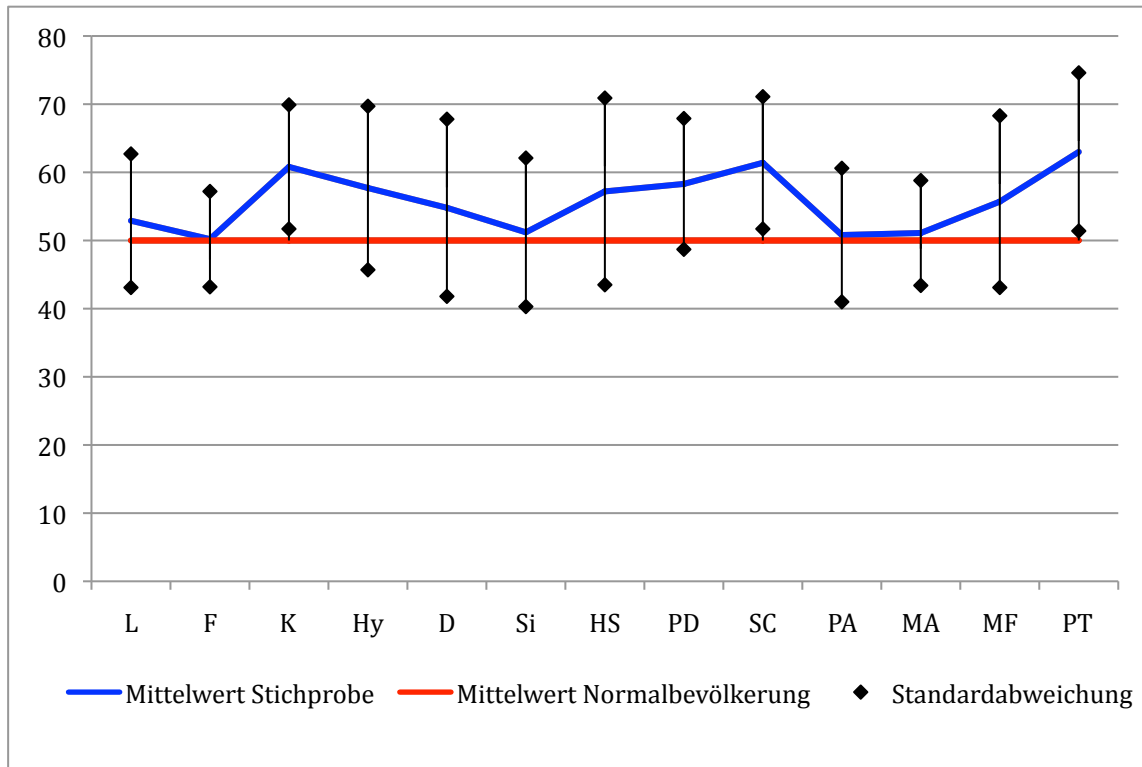
22) zeigten Werte über 60, davon 25% (n=6, Nr. 8, 10, 16, 18, 19, 23) über 70. Die restlichen 54,2% (n=13) lagen alle zwischen 50 und 60.

Schizophrenia (SC): T-Werte sind hier hoch bei Probanden, die schüchtern und zurückhaltend sind. Sie haben Probleme Kontakte zu knüpfen oder sich in Gruppen einzufügen, da sie tagträumen und sich nicht aktiv beteiligen. 45,8% (n=11) zeigten Werte über 60 (Nr. 5, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 20, 22, 23). 50% (n=12) der Teilnehmer (Nr. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 13, 14, 17, 18, 24) zeigten Werte zwischen 50 und 60, ein Proband hatte einen Wert zwischen 40 und 50.

Hypomania (MA): Hier finden sich hohe T-Werte bei aktiven, ruhelosen Probanden, die sich gern begeistern lassen. Sie sind ebenso leicht stör- und irritierbar. 12,5% (n=3) zeigten Werte über 60 (Nr. 7, 16, 23). Niedrige Werte unter 40 weisen auf Antriebslosigkeit und Apathie hin, was hier nur bei Proband Nr. 19 der Fall war. 37,5 % (n=9, Nr. 3, 4, 6, 8, 9, 11, 17, 20, 24) lagen zwischen 40 und 50 und 45,8% (n=11, Nr. 1, 2, 5, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 21, 22) lagen zwischen 50 und 60.

Social Introversion (SI): Der SI-Wert ist ein Maß für die Fähigkeit sich sozial in Gruppen zu integrieren. Hohe T-Werte kommen bei Probanden vor, die sich eher von sozialen Aktivitäten zurückziehen. Ihnen mangelt es an Eigeninitiative. 16,7% (n=4, Nr. 5, 10, 12, 23) zeigten Werte über 60. Niedrige Werte weisen auf einen offenen und kontaktfreudigen Charakter hin, der vielseitige Interessen hat und ein breites Aktivitätsspektrum. Dies traf auf 2 Probanden zu (8,3%, Nr. 3 und Nr. 22). Der restlichen 75% dieser Stichprobe (n=18) lagen im Durchschnittsbereich.

Es sollte des Weiteren überprüft werden, in welchem Verhältnis das Mittelwertprofil der Teilnehmer in Bezug zur Normalpopulation liegt. Anhand der Abbildung 5 und der Tabelle 6 kann man erkennen, dass lediglich die Mittelwerte des K-Wertes, SC-Wertes (Schizophrenia) und PT-Wertes (Psychastenia) grenzwertig über einem T-Wert von 60 liegen. Klinisch auffällige Werte liegen bei T-Werten oberhalb 70. Man kann sehr gut erkennen, dass die Kurve der Mittelwerte der Teilnehmer überwiegend in der oberen Hälfte des Normbereichs verläuft (zwischen T-Werten von 50-60).



* L=Lügenitem, F=Failure, K=Ehrlichkeit; HY=Conversion Hysteria D=Depression; SI=Social Introversion; HS=Hypochondriasis; PD= Psychopathic Deviate; SC=Schizophrenia; PA=Paranoia; MA=Hypomania; MF=Masculinity/Femininity; PT=Psychasthenia.

Abb. 5: Mittelwert der T-Werte der Studienteilnehmer (blau) mit Standardabweichung (schwarz) im Vergleich zum T-Mittelwertsbereich (40-60) der Normalpopulation (n=24).

Im Testbogen des Beck Depressions-Inventars (BDI) hatte ein Teilnehmer (4,2%) eine milde Depression (Nr. 23). 16,7% (n=4) hatten eine mittlere (Nr. 5, 16, 19, 22) und Nr. 10 eine schwere Depression (4,2%). 75% (n=18) hatten keine Depression. Im Mittel zeigte der BDI unter den vierundzwanzig Teilnehmern einen Wert von 9,8 (minimale Depression). Vierzehn Teilnehmer (58,3%) lagen unter diesem Wert und zehn Teilnehmer (41,7%) zeigten Werte über 9,8. Im MMPI zeigten Nr. **5, 8, 10, 16, 18, 19, 22, 23** einen hohen Depressions-Wert über 60, bei Nr. 5, 10, 16, 19, 22, 23 lagen ebenfalls im BDI Werte vor, die für eine Depression sprechen (Tab. 7).

1.5 Diskussion

Abgeleitet aus der aktuellen Literatur sollte mit Hilfe der Befragung in dieser Studie überprüft werden, ob es eine neurologische Ursache für BIID gibt, inwiefern ein Wechsel des Amputationswunsches auftritt und ob die Seite des Amputationswunsches vorrangig die nicht-dominante Seite betrifft (Forschungsfrage 1).

46,4% der Teilnehmer (n=13) gaben an, dass sich der Amputationswunsch verändert hat. Bei einigen Betroffenen scheint sich mit der Zeit der Amputationswunsch entweder zu intensivieren oder es manifestiert sich allmählich, welcher Körperteil genau nicht zum Körper gehört und wo genau die Amputationslinie verlaufen soll. Es scheint ein Prozess zu sein, der sich bei einigen Teilnehmern entwickelt. Dabei führen konkrete Ereignisse zur genauen Manifestation des zu amputierenden Körperteils. Auch der in dieser Studie aufgetretene Wechsel des Amputationswunsches, Lähmungswunsches oder das Hinzutreten eines weiteren Amputationswunsches oder einer Lähmung sprechen grundsätzlich gegen eine neurologische Ursache, insofern die Ursache als Störung im somatosensorischen oder somatomotorischen Cortex vermutet wird (ebenfalls Stirn & Kasten, 2009). Im Rahmen einer Studie von Blanke et al. (2008) konnten jedoch anormale Veränderungen im rechten fronto-parietalen Cortex bei denen gefunden werden, deren Amputationswunsch die linke Seite betrifft. Darauf hin wurde die Vermutung aufgestellt, dass es sich um eine Integrationsstörung der multisensorischen Informationen der betroffenen Gliedmaße in den Cortex handeln könnte. Das Studienteam McGeoch und Ramachandran von der University of California in San Diego fanden heraus, dass die Berührung des betroffenen Körperteils eine abgeschwächte Antwort im rechten Parietallappen auslöst, der für das Integrationsbewusstsein eines einheitlichen und zusammengehörenden Körpers zuständig ist (McGeoch et al., 2011). Blom et al (2016) führte eine Studie mittels MRT durch und fanden heraus, dass bei allen acht BIID Teilnehmern das Volumen der grauen Substanz im linken prämotorischen ventralen und dorsalen Cortex kleiner und im Cerebellum größer ist im Vergleich zur Kontrollgruppe. Hier wurde die Vermutung aufgestellt, dass aufgrund des schon in früher Kindheit aufgetretenen Gefühls, dass der betroffene Körperteil nicht zum Körper zugehörig ist, das entsprechende Areal im Cortex vermindert aktiviert wird und entsprechend

die graue Substanz geringer ausgebildet wird. Kasten (2009) stellt das Model des verhaltensbiologischen Schlüssel-Schloss-Prinzips auf, wodurch das Manifestationsereignis mit einem Amputierten zu einer Veränderung im thalamo-kortiko-thalamischen System führen könnte. Um den Ansatz einer neurologischen Ursache in dieser Studie näher zu betrachten, sollte ermittelt werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Seite des Amputationswunsches und der dominanten Seite des BIID-Betroffenen besteht. Die Auswertung erfolgte unter sechzehn Teilnehmern (57,1%), wobei vierzehn Rechtshänder und zwei Linkshänder in die Auswertung einbezogen wurden. Hierbei hat sich signifikant herausgestellt, dass die Händigkeit bzw. die Seite der dominanten Hemisphäre einen Einfluss auf die Seite des Amputationswunsches hat. Des Weiteren zeigt der hohe Phi-Koeffizient als Maß für die Stärke des Zusammenhanges, dass zwischen der Händigkeit bzw. der dominanten Seite der Betroffenen und der Amputationsseite ein bedeutender Zusammenhang besteht. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Seite des Amputationswunsches die nicht-dominante Seite betrifft, um genauer zu sein, ein rechtshändig schreibender Betroffener BIIDler den Amputationswunsch auf die linke Seite projiziert und umgekehrt. Da eine neurologische Ursache im Sinne eines morphologischen Defektes in der dominanten Hemisphäre aufgrund des bei vielen Betroffenen auftretenden Wechsels und der Veränderung des Amputationswunsches auszuschließen ist, könnte man annehmen, dass es sich eher um einen unbewussten psychologischen Prozess handelt. Die Betroffenen nehmen vielleicht ihre dominante Seite stärker wahr und projizieren ihren Amputationswunsch daher auf ihre nicht-dominante Seite. Es wäre denkbar, dass die Betroffenen, die sich die Amputation beider Beine oder eine Querschnittslähmung wünschen, beide Körperhälften nicht so bewusst wahrnehmen. Der Schlüssel zur Ursache liegt möglicherweise auch im Bewusst-Werden der Umgebung und der Körperwahrnehmung. Der Thalamus z.B. wird auch als „Tor zum Bewusstsein“ bezeichnet. Hier werden sensorische Reize, sensible Reize, wie z.B. das Schmerzempfinden, aber auch motorische Reize verschaltet. Schädigungen sensibler Afferenzen oder auch des Thalamus können dazu führen, dass unsere Körperwahrnehmung beeinträchtigt wird (Rösler 2012). Das „Bewusst-Sein“ bzw. Bewusst-Werden bestimmter Körperteile könnte aufgrund einer mangelhaften Verschaltung im Cortex gehemmt sein und dadurch ein gestörtes Bewusstsein des

Körpers und der Körperwahrnehmung verursachen. Aner et. al 2018 vermuten, dass minimale Veränderungen in Arealen oder Systemen des Gehirns, die für das Bewusstsein von Schönheit verantwortlich sind, dazu führen, dass BIID Betroffene ein anderes Bewusstsein für Schönheit entwickeln. Zusätzlich könnten auto-suggestive Gedankenvorgänge durch die Form des Pretendens eine „operante Konditionierung“ hervorrufen, die das Bild eines Amputierten mental positiv verankert. Dies würde auch erklären, warum so viel BIID Betroffene in dieser Studie von sich als Amputierter träumen. Zwar wurden solche, deren Amputationswunsch sich verändert hat, nicht in die o.a. Auswertung einbezogen, trotzdem soll hier aufgrund der interessanten Ergebnisse eine kurze Auswertung stattfinden: Nr. 6 war Linkshänder und wünschte sich die Amputation des rechten Beines, wobei der Amputationswunsch des rechten Zeigefingers nach einiger Zeit hinzugetreten ist (nicht-dominante Seite). Nr. 25 war Rechtshänder und wünschte sich initial die Amputation des linken Beines, zum Zeitpunkt der Befragung wünschte er sich nach Angaben im Fragebogen die Amputation des linken Armes (nicht-dominante Seite). Nr. 28 war Rechtshänder und wünschte sich nun anstatt der Amputation nur eines Fingers der linken Hand die Amputation aller Finger der linken Hand (nicht-dominante Seite). Bei diesen drei Teilnehmern veränderte sich der Amputationswunsch, aber er bezog sich von vorneherein auf die nicht-dominante Seite. Bei einem Rechtshänder gab es einen Wechsel auf die linke, nicht dominante Seite. Bei drei Rechtshändern bezog sich der primäre Wunsch auf die linke, nicht dominante Seite, nachdem der Wunsch nach einer kompletten Unterschenkelamputation auftrat. Leider ist die Teilnehmerzahl dieser Studie sehr gering und es fanden keine körperlichen und neurologischen Untersuchungen, sowie gezielte persönliche Anamnesen statt. Auch bildgebende Verfahren zur Lokalisierung von hirnmorphologischen Veränderungen konnten ebenfalls nicht durchgeführt werden. Trotzdem ist der Zusammenhang zwischen Seite des Amputationswunsches und der nicht-dominanten Seite auffällig. Sowohl in dieser Studie, als auch in anderen Studien zuvor gibt es jedoch keine einheitlichen Ergebnisse, die als alleinige neurologische Ursache zur Entstehung von BIID herangezogen werden können. Es sind jedoch alle Veränderungen, die vielleicht als ein Teil eines übergeordneten neurologischen „Defekts“ ursächlich zur Entstehung des Amputationswunsches beitragen.

Auf entwicklungspsychologischer Ebene wird vermutet, dass es einen Auslöser in der Kindheit gegeben haben muss, der den Amputationswunsch ausgelöst hat (Forschungsfrage 2).

Hierzu wurde in dieser Studie unter anderem die Beziehung zu den Eltern in verschiedenen Altersbereichen untersucht. Es konnten keine Auffälligkeiten festgestellt werden. Die Teilnehmer waren alle im Mittel zufrieden in der Beziehung zu den Eltern. Keiner gab an, gravierende Probleme mit den Eltern gehabt zu haben. Dies konnte auch Obernolte et al. 2015 feststellen. Eine Ursache in der elterlichen Beziehung scheint also nicht der Auslöser für BIID zu sein. Vielmehr konnte mit dieser Studie belegt werden, was auch durch andere Studien untersucht werden konnte: Bei allen Teilnehmern gab es in der frühen Kindheit ein Ereignis, das mit der Entstehung von BIID in einem engen kausalen Zusammenhang steht (Obernolte et al 2015, Kasten 2009, Stirn 2010). In dieser Studie erinnerten dreiviertel der Betroffenen (n=21) an konkrete Ereignisse und Situationen, durch die sich bei ihnen der Wunsch nach einer Amputation manifestiert hat. Die Hälfte der Teilnehmer (n=14) gab an, vom Anblick eines Amputierten so fasziniert gewesen zu sein, dass sich für sie daraus der Amputationswunsch entwickelt hat. Neben Faszination wurde der Anblick eines amputierten Menschen als angenehm und schön, sowie als vollständig empfunden. Neunzehn Teilnehmer (67,9%) empfanden den ersten Anblick weder als abscheulich noch als mitleiderregend. Zwanzig Teilnehmer (71,4%) gaben an, dass in ihrer Kindheit ein starker bis sehr starker Wunsch nach einer Behinderung bestand, sicherlich forciert durch die Faszination beim Anblick amputierter Mitmenschen. Dabei steht nicht der sekundäre Krankheitsgewinn im Vordergrund, im Gegenteil. Die Betroffenen sind der Überzeugung, den Alltag mit ihrer Behinderung meistern zu können, man hat geradezu das Gefühl, dass sie es beweisen wollen, dies zu können. Viele praktizieren ihre gewünschte Behinderung in Form des Pretendens und sind – laut Angaben in dieser Studie – der Überzeugung, den Sport, den sie aktuell ausüben, auch als Behinderter ausüben zu können. Dies hat sicherlich einen starken Einfluss auf die Entstehung des Amputationswunsches. Zusätzlich haben die frühkindlichen Erlebnisse und Begegnungen mit Amputierten oder behinderten Menschen die Entstehung von BIID suggestiv auf entwicklungspsychologischer Ebene beeinflusst, sodass ein

individuelles neues Körperbild aufgrund der Begegnungen und Erfahrungen entstanden ist. In der Arbeit von Obernolte et al. (2015) konnte im Vergleich zu einer Kontrollgruppe festgestellt werden, dass BIID-Betroffene quantitativ mehr Erfahrung mit amputierten und behinderten Menschen hatten. Die Annahme seitens Obernolte et al., dass diese Ereignisse einen „salienten Reiz“ darstellen, kann in dieser Studie über Ursachen und Auswirkungen über die Veränderungen des Körper selbstbildes bei BIID bestätigt werden. Ein Viertel der Teilnehmer (n=7) sind von einer Amputation so sehr fasziniert, dass sie sogar Puppen schon einmal die Extremitäten amputiert haben, um den eigenen Wunsch bildlich umzusetzen. Entwicklungspsychologisch wird ebenfalls angenommen, dass eine so frühe intensive und gedankliche Auseinandersetzung mit der Amputation die Identität und damit die Entstehung von BIID beeinflussen kann (Stirn et al., 2010). Immerhin gaben 21,4% (n=6) an, dass sie von sich als Amputierte träumen und 64,3% (n=18) wechselweise von sich als amputierte und nicht amputierte Menschen. Auch hier zeigt sich eine beginnende Verankerung des Amputationsbegehrens im Unterbewusstsein. Das Verlangen nach dem körperlichen Idealbild ist bei den Teilnehmern so stark ausgeprägt, dass sich der Wunsch in der Kindheit mit der Auseinandersetzung amputierter und behinderter Menschen beginnt zu verankern und die Betroffenen dann im Weiteren durch das Pretenden und Träumen ihren Idealzustand des körperlichen Seins „erleben“ und „fühlen“ wollen. Die Konfrontation mit amputierten oder behinderten Menschen in der Kindheit und die damit verbundene Faszination ist in dieser Studie eine homogene Gemeinsamkeit unter den Teilnehmern, sodass hier angenommen werden kann, dass dieses Schlüsselerlebnis zur Entstehung von BIID gravierend beiträgt.

Weiterhin wird auch diskutiert, ob es neben neurologischen bzw. hirmorphologischen Veränderungen und entwicklungspsychologischen Ansätzen auch andere Komponenten gibt, wie z.B. die Rolle von Sexualität - wie von Kasten (2009), Stirn et al. (2010), Blom et al (2017), Aner et al. (2018) konstatiert wird – die einen Einfluss auf die Entstehung von BIID haben könnten. Daher sollte untersucht werden, wie stark die sexuelle Komponente bei BIID ist, ob sich die Betroffenen von anderen amputierten Personen sexuell so stark angezogen fühlen, sodass es womöglich zur Entstehung von BIID beiträgt, und ob es einen

Unterschied zwischen Homo- und Heterosexuellen Betroffenen bzgl der sexuellen Komponente gibt (Forschungsfrage 3).

Bei vielen Teilnehmern war in dieser Studie nicht nur das Amputationsbegehren sehr stark von sexuellen Gefühlen begleitet, sondern es fühlten sich viele Teilnehmer auch sexuell angezogen von Amputierten oder verspüren eine starke sexuelle Erregung bei der Vorstellung selbst amputiert zu sein. Aus den Daten lässt sich schlussfolgern, dass für nahezu die Hälfte der Teilnehmer der Gedanke an die eigene Amputation oder der Kontakt zu Amputierten einen sehr starken sexuellen Wert hat. Pregartbauer et al. (2014) konnten feststellen, dass der Lustgewinn durch das Pretenden bei den BIIDlern sogar stärker ist als bei den Mancophilen und die erotische Faszination für die eigene Behinderung bei BIID-Betroffenen im Vergleich zu Mancophilen signifikant höher ist. Stirn et al. (2010) gehen davon aus, dass bei ca. 50% der Betroffenen die sexuelle Komponente Einfluss nimmt auf den Wunsch nach einer Amputation, da sich der Wunsch in der Kindheit manifestiert hat und dort auch die Identitätsentwicklung und Sexualentwicklung stattfinden. Da jedoch die sexuelle Anziehung und Befriedigung nicht bei allen Teilnehmern vorhanden ist, ist davon auszugehen, dass sie nicht allein ursächlich für die Entstehung von BIID ist. Die sexuelle Anziehungskraft kann eine Teilkomponente sein, die eine Entstehung des Amputationswunsches begünstigt, wie von Kasten (2012) im „multikausalen Motivationsmodell“ vermutet wird. Hierbei tragen eine minimale neurologische Schädigung, der Wunsch nach Behinderung und die erotische Komponente zur Entstehung von BIID bei. Ostgathe et al. (2014) haben beispielsweise herausgefunden, dass bei BIID-Betroffenen die sexuelle Komponente für den Wunsch nach einer Amputation eher untergeordnet relevant ist. Blom 2017 konnte hingegen in seiner Studie, die hauptsächlich aus homosexuellen Männern bestand, feststellen, dass die sexuelle Komponente für einige BIIDler eine so herausragende Rolle spielt, dass sie bei diesen einen stärkeren Reiz zur Ursachentstehung darstellt. Einige BIIDler schildern in der hier vorliegenden Studie dezidierte Erlebnisse, in denen sie eine sexuelle Befriedigung durch Amputierte oder die Vorstellung selbst amputiert zu sein erfahren (ebenfalls Kasten 2009, 2012, Blom 2017). BIID Betroffene empfinden sogar Bilder Amputierter weitaus attraktiver und sexuell anziehender im Vergleich zu Fotos mit neutralen Abbildungen (Aner et al. 2018). Dies führt zu der

Annahme, dass neben dem veränderten Schönheitsideal auch eine sexuelle Befriedigung, die über das Bild einer Amputation erlangt wird, bei einem Teil der Betroffenen maßgeblich zur Entstehung von BIID beiträgt. Es bleibt offen, ob die sexuelle Komponente nur eine „Begleiterscheinung“ ist oder ob sie maßgeblich zur Entstehung von BIID beiträgt. Dazu müsste zusätzlich eine Befragung stattfinden, seit wann die sexuelle Anziehung besteht, um es in einen Zusammenhang mit der Entstehung durch das frühkindliche Ereignis zu bringen. Einen signifikanten Unterschied zwischen hetero- und homosexuellen Betroffenen konnte aufgrund der geringen Teilnehmerzahl nicht statistisch bewiesen werden. Die geringe Power der vorliegenden Daten dieser Studie lässt keine validen Ergebnisse zur Interpretation der Daten zu.

Neben der Entstehung von BIID ist für die Betroffenen jedoch auch sehr wichtig, wie sie BIID erfolgreich therapieren können (Forschungsfrage 4).

Viele Teilnehmer entwickeln unterschiedliche Strategien, mit denen sie BIID verstärken oder abschwächen können (Tab. 3). Intensive Beschäftigung mit BIID, z.B. durch das Surfen im Internet, das Pretenden oder allein die Auseinandersetzung mit den Konsequenzen einer Amputation, verstärken BIID, genauso wie Begegnungen mit Amputierten im Alltag. Einige beschrieben auch, dass Ruhe und Stress den Wunsch verstärken. Beruflicher Stress, Entspannung, das Ausüben von Freizeitaktivitäten, sowie Sex und auch das Pretenden hingegen schwächen BIID ab. Helmer & Kasten (2015) fanden ebenfalls heraus, dass BIID unter bestimmten Konditionen und in verschiedenen Situationen stärker oder schwächer sein kann. Einsamkeit, Konfrontation mit behinderten Menschen und Urlaub haben einen verstärkenden Effekt auf den Amputationswunsch. Sport, Sex und das Pretenden können den Wunsch nach Behinderung für eine kurze Zeit verringern. Es gibt jedoch in beiden Studien keine einheitliche „Coping Strategie“, durch die die Betroffenen BIID langfristig mildern können. Zwanzig Teilnehmer dieser Studie (71,4%) versuchten durch die Aufnahme einer psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlung BIID aktiv zu therapieren. Hierbei fiel auf, dass der Hauptteil der Teilnehmer nicht wirklich von den psychotherapeutischen Verfahren profitieren konnte und sogar bei jeweils

zwei Teilnehmern eine Verschlechterung von BIID eintrat. Eine medikamentöse Therapie bei fünf Teilnehmern (17,7%), sowie spezielle Entspannungsübungen bei zehn Teilnehmern (35,7%) erbrachten ebenfalls keine Verbesserung von BIID. Eine psychotherapeutische Behandlung konnte auch im Rahmen anderer Studien zu keiner wirkungsvollen Verbesserung von BIID führen (Braam et al., 2006; Kröger et al., 2014). In beiden Studien konnte nachgewiesen werden, dass eine psychotherapeutische sowie medikamentöse Therapie zwar den Leidensdruck verringern konnte, aber keine Verbesserung des Amputationswunsches eintrat. Es wurde sogar auch, wie bei einigen Teilnehmern in dieser Studie, eher eine Zunahme des Amputationswunsches festgestellt. Eine Ursache hierfür könnte zum Beispiel auf die mangelhafte Aufklärung über BIID in den entsprechenden Fachkreisen zurückzuführen sein. Neff & Kasten (2010) konnten herausfinden, dass BIID noch sehr unbekannt unter den Psychotherapeuten ist. Fehldiagnosen und falsche Behandlungsmethoden stellen dann ein Problem dar, einen adäquaten Therapieerfolg zu erreichen. Neben den allgemein psychologischen und medikamentösen Verfahren haben ebenfalls die Entspannungsverfahren, wie z.B. Feldenkrais oder Meditation zu keiner wirkungsvollen Verbesserung des Amputationswunsches geführt. Darüber hinaus gibt es aktuell auch nur sehr wenige Studien zu erfolgreichen Therapieansätzen von BIID. 2011 veröffentlichte das Forscherteam um A. Stirn dazu eine Studie zu einer von ihnen durchgeführten Langzeitpsychotherapie. Der Erfolg der Studie ist sicherlich darauf zurückzuführen, dass dieses Forscherteam mit größeren Vorkenntnissen die Therapien gestalten konnte und sich dadurch ein anderer Therapieerfolg eingestellt hat als bei z.B. den Probanden in dieser Studie, die ggf. von teilweise „BIID-unerfahrenen“ und unterschiedlichen Psychotherapeuten behandelt wurden. Des Weiteren ist anzumerken, dass einige Teilnehmer unter einer Depression und/ oder anderen psychologischen, neurologischen Vorerkrankung leiden oder gelitten haben, die auf den Therapieerfolg einen Einfluss genommen haben könnten. Außerdem sind die einzelnen Teilnehmer von unterschiedlichen Therapeuten und mit unterschiedlichen Medikamenten behandelt worden. Streng genommen muss man für vergleichbare Ergebnisse solche psychologische oder pharmakologische Therapien durchführen, bei denen alle Teilnehmer mit gleicher Grunderkrankung und mit dem gleichen Therapieverfahren von demselben Therapeuten und mit dem gleichen Medikament behandelt werden. Weiterhin wird kontrovers diskutiert, ob

eine Amputation ein möglicher guter Therapieansatz ist – vor allem vor dem Hintergrund der ethischen Aspekte (Müller 2012). Es scheint absurd, gesunde Gliedmaße zu amputieren, wodurch der Betroffene zu einem Invaliden wird, der versicherungstechnisch gesehen unbegründet operiert wurde und unnötige Kosten verursacht. Auf der anderen Seite steht der Leidensdruck und die vielen erfolglosen psychotherapeutischen Behandlungen der Betroffenen, sowie das psychologische Leid. Durch eine Befragung von BIIDlern, die ihren Amputationswunsch erfolgreich umgesetzt hatten, konnte festgestellt werden, dass die Amputation nicht bereut wurde und die Betroffenen sich nun nicht mehr in ihrer Lebensqualität eingeschränkt fühlen (Noll & Kasten, 2014). Es soll daher auch kurz erwähnt werden, dass auch die drei erfolgreichen Teilnehmer, die nicht in diese Studie aufgenommen wurden, ebenfalls von einer Erleichterung berichten konnten, da das Gefühl im idealen Körper zu stecken nun endlich erreicht wurde. Sie bereuen die Amputation nicht, im Gegenteil, sie berichten von Erleichterung und „Glücklich-Sein“ und empfinden ihren Körper nun attraktiv, wie auch erfolgreich Amputierte in anderen Studien berichten konnten (Aner et al. 2018, Blom 2017). Hinsichtlich der Therapieansätze bleibt abschließend zu sagen, dass die psychotherapeutische oder medikamentöse Therapie keinen gewünschten Therapieerfolg bringen. Der aktuellen Studienlage zugrundeliegend ist die Amputation der einzige Therapieansatz, der zur „Genesung“ führt.

Um bei der Therapie neue Ansätze zu knüpfen, sollte untersucht werden, ob es Parallelen zur körperdysmorphen Störung (BDD) gibt (Forschungsfrage 5).

So haben Patienten mit körperdysmorphen Störungen z.B. das Gefühl, dass ein Körperteil sehr hässlich und abstoßend ist und streben daher eine Schönheitsoperation des betroffenen Körperteils an. Anders gestaltet es sich bei BIID. Body Integrity Identity Disorder beschreibt das Phänomen, dass sich Betroffene nicht mit ihrem eigenen Körper identifizieren können. Sie empfinden, dass ein Körperteil ihrem Körper nicht zugehörig ist und streben nach einer Amputation. Andere merken, dass sie nur als querschnittsgelähmt oder mit einem gelähmten Körperteil ihr Körperideal erreichen können. Sie fühlen sich alle – paradoxerweise – nicht „ganz“ oder fühlen sich nicht „im richtigen Körper“. Dies konnte die Mehrheit der Teilnehmer der Studie belegen, denn auf die Frage, ob

sich die Teilnehmer mit ihrem Körper identifizieren können, antwortete die Mehrheit, dass sie sich schlecht bzw. gar nicht mit ihrem Körper identifizieren können. Ebenfalls sind sie sehr unzufrieden mit ihrem Erscheinungsbild. Das Grübeln über das Für und Wider einer Amputation ist für sie kraftraubend, sodass sie sich müde, einsam und traurig fühlen. Die Teilnehmer sollten zur Abgrenzung zu körperdysmorphen Störungen ihren betroffenen Körperteil anhand der vorgegebenen Skalen charakterisieren (sehr unästhetisch, sehr unbeseelt, nicht zugehörig und sehr abstoßend vs. sehr ästhetisch, sehr beseelt, zugehörig und sehr schön). Interessant ist, dass die Mehrzahl der Teilnehmer eine Neutralstellung einnimmt. Sie empfanden ihren betroffenen Körperteil weder ästhetisch noch unästhetisch (75%, n=21), oder weder abstoßend noch schön (50%, n=14). Acht Teilnehmer (28,6%) empfanden den Körperteil weniger beseelt und zehn Teilnehmer (35,7%) nahmen in dieser Beurteilung ebenfalls eine Neutralstellung ein. Anhand dieser Daten kann BIID nicht als körperdysmorphe Störung bewertet werden, da Personen mit körperdysmorphen Störungen den betroffenen Körperteil abstoßend, unschön und abscheulich empfinden. Die Teilnehmer dieser Studie beschreiben jedoch ganz deutlich, dass es ihnen um das „Gefühl im richtigen Körper zu stecken“ und sich mit diesem auch identifizieren zu können geht. Betroffene mit körperdysmorphen Störungen können sich hingegen sehr wohl mit ihrem Körper identifizieren, eben nur nicht mit ihrem unliebsamen Körperteil. 57,1% (n=16) der BIID-Betroffenen verspürten sehr stark und 14,3% (n=4) etwas abgeschwächter das Gefühl, dass der betroffene Körperteil nicht zum idealen Körperbild gehört. Durch eine Amputation erlangen die Betroffenen endlich eine „Einheit der körperlichen Identität“ oder ein „Gleichgewicht zwischen Körper, Geist und einem immanenten Gedanken“ erlangen. Sie beschreiben, dass der betroffene Körperteil einen Fremdkörper darstellt und sie sich nach einer Amputation endlich als ganz fühlen und zeigen können (Tab. 4, Pro und Kontra). BIID-Betroffene entsprechen nicht dem Bild eines BDD-Leidenden, da sogar diejenigen, die eine Amputation erreichen konnten, künftig zufrieden sind und keinesfalls die Entfernung weiterer Körperteile oder andere Operationen wünschen (Noll & Kasten, 2014). Es wäre daher interessant im Rahmen einer anderen Studie Vergleiche zu anderen Körperstörungen oder Identitätsstörungen mithilfe einer Kontrollgruppe durchzuführen und ggf. einen Fragebogen einzusetzen, mit dem BDD nachgewiesen werden kann, um Testwerte zu vergleichen.

Die Datenauswertung des MMPI diene dazu, ein Persönlichkeitsprofil der BIID-Betroffenen zu erstellen und um das allgemeine Durchschnittsprofil der BIIDler mit der Persönlichkeitsstruktur der Allgemeinbevölkerung zu vergleichen, da weitgehend vermutet wird, dass eine auffällige Persönlichkeitsstruktur mit dem Phänomen BIID einhergehen könnte. Außerdem sollte ein Zusammenhang mit Depression untersucht werden (Forschungsfrage 6).

First (2004) und Kasten (2009) sind zu dem Ergebnis gekommen, dass keine gemeinsamen Auffälligkeiten in den Persönlichkeitsprofilen der Betroffenen zu finden sind. Bottini et al. (2014) untersuchte ebenfalls, ob es einen Zusammenhang zwischen Amputationswunsch und Verhaltensstörung gibt, der jedoch nicht eindeutig nachgewiesen werden konnte. Auch in der Studie von Blom, Hennekam und Denys (2012) konnten keine relevanten somatischen oder psychiatrischen Komorbiditäten festgestellt werden. Mitunter wird beschrieben, dass die Betroffenen sehr gebildet sind und sich der Ungewöhnlichkeit und Bizarrie des Amputationswunsches sehr wohl bewusst sind, was auch durch den überdurchschnittlichen Bildungsgrad der Teilnehmer in dieser Studie belegt werden kann (Tab. 1, ebenfalls Kasten & Spithaler, 2009). Das mittlere Persönlichkeitsprofil der BIIDler in dieser Studie unterscheidet sich kaum von dem der Allgemeinbevölkerung (Abb.5, Tab.6). Die Mittelwertkurve der Teilnehmer liegt genau im Normbereich der T-Werte zwischen 40 bis 60. Es können keine Tendenzen zu auffälligen Persönlichkeitsstrukturen innerhalb der Stichprobe ermittelt werden, sodass man aufgrund der hier vorliegenden Daten sagen kann, dass die Betroffenen im Allgemeinen eine durchschnittliche Persönlichkeitsstruktur besitzen. Im Mittelwertvergleich der T-Werte in Abb. 5 erkennt man, dass die Teilnehmer in lediglich drei Werten (K-,SC- und PT-Wert) leicht über dem Mittel der Allgemeinbevölkerung liegen. Dies lässt nur eine verhaltene Interpretation zu: Der K-Wert ist bei Personen erhöht, die ihre Schwächen und Fehler herunterspielen und die anderen nicht gerne einen Einblick in ihre Persönlichkeit gewähren. Da BIID-Betroffene aufgrund ihres wesentlich ungewöhnlichen Wunsches Ängste haben, sich anderen gegenüber zu öffnen, ist es nicht verwunderlich, dass sie sich zurückziehen und eher verschließen. Dies trifft lediglich nur auf jeden zweiten Teilnehmer dieser Studie zu, sodass hier kein homogenes Persönlichkeitsmuster unter BIID-Betroffenen zu erkennen ist. Ein

leicht erhöhter SC-Wert (Schizophrenia) beschreibt schüchterne, zurückhaltende Menschen. Da sich die BIID-Betroffenen aufgrund ihres Amputationswunsches häufig zurückziehen und sich auch in der Selbstcharakterisierung in dieser Studie als eher gehemmt beschrieben haben, kann man diesbezüglich eine diskrete Interpretation zulassen. Jedoch ist die Schizophrenia kein Persönlichkeitsmuster, das eindeutig bei BIID Betroffenen zu finden ist, da lediglich elf Teilnehmer (45,8%) Werte über 60 zeigten. Hohe Psychasthenie-Werte (PT-Werte) findet man bei Menschen, die selbstunsicher sind und Minderwertigkeitskomplexe haben. Da die Betroffenen sich durch ihren Wunsch selbst, den sie rational als ungewöhnlich ansehen, unsicher, angespannt und besorgt fühlen, kann man vermuten, dass dies ein Gefühl von Selbstunsicherheit hervorrufen kann. BIIDler befürchten, verrückt zu sein und schrecken daher davor zurück, sich zu offenbaren. Der Wunsch verunsichert die Betroffenen im Alltag und die meist qualvolle mentale Auseinandersetzung mit dem Amputationswunsch kann ein mangelndes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl auslösen. Probanden mit hohem PT-Wert können unter Zwangsverhalten leiden, die häufig eine Anpassungsstörung auslösen können. Man kann diese Persönlichkeitsstruktur betreffend interpretieren, dass das Zwangsverhalten sich in Form des Pretendens ausdrückt, wodurch ein BIID-Betroffener eine Anpassungsstörung an die Umwelt entwickeln kann. Durch die ständige Wunschvorstellung einer Amputation und das Pretenden entwickelt sich das Gefühl, in einer anderen Welt zu leben und die Realität nicht akzeptieren zu wollen. Da lediglich elf Teilnehmer (45,8%) Werte über 60 zeigten (davon sechs Teilnehmer (25%) Werte über 70), kann man lediglich sagen, dass einige BIID-Betroffene starke Züge einer psychasthenischen Persönlichkeit aufweisen. Link & Kasten 2015 fanden anhand des HZI-K (Hamburger Zwangsinventar-Kurzform) heraus, dass BIID Betroffene dazu neigen ein zwanghaftes Kontrollbedürfnis und Zwangsgedanken zu entwickeln, das ebenfalls auf die Auseinandersetzung mit BIID und das Pretenden zurückzuführen sein könnte. Um herauszufinden, ob BIID eine Ausdrucksform von Depressionen ist, wurden hierzu der MMPI und der BDI herangezogen. Anhand des MMPI in der Auswertung der Stichprobe der deutschsprachigen Teilnehmer ist zu erkennen, dass acht Teilnehmer einen hohen D-Wert über 60 hatten (33,3%). Sechs Teilnehmer (25%, Nr. 5, 10, 16, 19, 22, 23) zeigten sowohl im BDI als auch im MMPI erhöhte Testwerte, die für eine depressive Stimmungslage sprechen. In der Auswertung des Beck Depression

Inventars (BDI) hatten ebenfalls sechs Teilnehmer (25%) eine Depression (Tab. 7). Da nicht die Mehrheit der Teilnehmer unter einer depressiven Stimmungslage leidet und der Stichproben-Mittelwert des BDI (Mittelwert 9,8) leicht über und der des MMPI (Mittelwert 54,8) leicht unter dem Mittelwert der Normalbevölkerung liegt, kann man hier nicht eindeutig davon ausgehen, dass BIID grundsätzlich eine Ausdrucksform von Depression ist. Es ist jedoch durchaus anzunehmen, dass durch die Umstände, die BIID schafft, eine Depression ausgelöst werden kann. Somit ist die Depression Folge von BIID und nicht umgekehrt, BIID Folge der Depression, wie auch Blom/Hennekam/Denys 2012 feststellen konnten. In Tab. 2 ist zu erkennen, dass 39,3% (n=11) der Teilnehmer schon einmal oder noch aktuell unter Panikattacken, „Burnout“, Depressionen oder Persönlichkeitsproblemen litten oder gelitten haben. Anhand der Aussagen der Teilnehmer in Tab. 3 und 4 ist anzunehmen, dass BIID einen erheblichen Teil zur Entstehung einer Depression beiträgt, da es eine enorme emotionale Beeinträchtigung darstellt, die den Alltag und die Lebensqualität der Einzelnen erheblich beeinflusst. So wird auch in der Therapiestudie von Kröger (2014) angenommen, dass BIID erheblich zu psychischen Veränderungen führen kann. Nichtsdestotrotz können auch weitere psycho-soziale Faktoren bei der Entstehung einer Depression eine Rolle spielen, wie z.B. Stress, Tod im Familienkreis, schwere Erkrankung etc. Anhand der Daten dieser Studie kann man nicht eindeutig ermitteln, ob die Depression schon vor BIID aufgetreten ist. Die Teilnehmer, die laut MMPI und BDI nicht depressiv sind, schildern ebenso deutlich wie die Teilnehmer, die als depressiv getestet wurden, dass BIID eine starke Belastung darstellt. Daher kann man auch davon ausgehen, dass eine Depression unabhängig von BIID auftreten kann und nicht beides kausal zusammenhängt. Außerdem lässt sich nicht klären, dass unter den BIID Betroffenen eine Depression gehäufiger vorkommt, als in der Allgemeinbevölkerung. Hierzu müsste eine erneute Studie mit einer Kontrollgruppe und einer größeren Fallzahl herangezogen werden. Des Weiteren könnte z.B. unter Einsatz des MMPI-2 und anderer psychologischer Tests ein genaueres Persönlichkeitsprofil erstellt werden.

1.6 Fazit

BIID ist aufgrund der Unbekanntheit in Fachkreisen und in der Allgemeinbevölkerung, sowie aufgrund der Zurückhaltung der Betroffenen ein schwer zu erforschender Symptomkomplex, der durch die Aufnahme von BIID in den aktuellen ICD und DSM sicherlich bekannter werden könnte. In dieser Studie fehlt eine ausreichende Teilnehmerzahl, um valide Ergebnisse hinsichtlich möglicher Therapieformen und Ursachen zu erzielen. Daher ist eine Untersuchung auf internationaler Ebene sinnvoll, um höhere Teilnehmerzahlen zu erhalten. Die Untersuchungsmethoden sollten idealer Weise sowohl im Anamnesegespräch als auch in der körperlichen Untersuchung persönlich stattfinden. BIID scheint durch ein Zusammenspiel neurologischer, entwicklungspsychologischer, sexueller und persönlichkeitspezifischer Komponenten zu entstehen. Ein kausaler Zusammenhang von BIID zu körperdysmorphen Störung (BDD) oder besondere psychologisch auffällige Persönlichkeitsmuster (Depression, Schizophrenie, Soziophobie etc.) konnten in dieser Studie nicht eindeutig gefunden werden. Der Einsatz erweiterter Persönlichkeits- und psychologischer Tests zur Gegenüberstellung spezieller Testwerte und zum Vergleich zu anderen Identitätsstörungen wären unter Verwendung von Kontrollgruppen sinnvoll. Konkret beschriebene frühkindliche Ereignisse mit Amputierten tragen wesentlich zur Entstehung des Amputationswunsches auf entwicklungspsychologischer Ebene bei, wobei das Pretending und die ständige Konfrontation mit der Amputation vermutlich eine Art „Konditionierung“ für das Gehirn darstellen und das Bild vom Schönheitsideal entsprechend bei BIID-Betroffenen früh beeinflussen. In dieser Studie konnte herausgefunden werden, dass der Amputationswunsch sich maßgeblich auf die nicht-dominante Seite bezieht, wobei Wechsel und Veränderungen des Amputationswunsches einen rein morphologischen Defekt im Gehirn als alleinige Ursache ausschließen. Es ist vermutlich ein unbewusster Prozess, der den Amputationswunsch auf die nicht-dominante Seite projiziert. Dieser unterbewusste Prozess könnte auch mit der entwicklungspsychologischen Theorie synergistisch wirken. Zusätzlich fühlen sich einige Betroffene durch die Amputation sexuell angezogen, wobei diese Komponente eher eine „Begleiterscheinung“ bei einigen Betroffenen darstellt. Die Amputation gilt – wenn auch moralisch, medizinethisch und rechtlich streng diskutiert – bislang als einzige

erfolgreiche Therapielösung, denn die aktuelle Studienlage belegt, dass unter allen erfolgreich Amputierten eine „Genesung“ eingetreten ist. Dieser Ansatz konnte hier aufgrund von lediglich drei erfolgreich amputierten Teilnehmern nicht endgültig untersucht werden. Mit Psychotherapie, Medikamenten und alternativen Verfahren kann kein Therapieerfolg erzielt werden, wobei es in dieser Studie an der Teilnehmerzahl und der Einheitlichkeit der durchgeführten Therapieformen mangelt.

Abschließend konnten mit dieser Arbeit neurologische, entwicklungspsychologische, sexuelle und persönlichkeitspezifische Ursachen im Hinblick auf die aktuelle Studienlage erweitert diskutiert werden und Therapiemöglichkeiten kritisch hinterfragt werden.

3. Literatur und Internetquellen

Aner L.-L., Schmitt F., Kasten E. The Beauty and the BIID. *International Journal of Research in Humanities and Socioal Studies*. 2018; Vol. 5, Issue 5: 33-53.

Arzy S., Overney S., Landis, T. & Blanke, O. Neural mechanisms of embodiment. Asomatognosia due to premotor cortex damage. *Archives of Neurology*. 2006; 63 (7); 1022-1025.

Bayne T. & Levy N. Amputees by choice: Body Integrity Identity Disorder and the ethics of amputation. *Journal of Applied Psychology*. 2005; 22(1): 75-86.

Beck A., Hautzinger M., Bailer M., Worall H. & Keller F. Beck Depressions Inventar. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 2. Auflage, 1995.

Bensler J. & Paauw D. Apotemnophilia masquerading as medical morbidity. *Southern Medical Journal*. 2003; 96 (7): 674-676.

Beresford TP. The dynamics of aggression in an amputee. *General Hospital Psychiatry*. 1980; 2(3): 219-225.

Berger B., Lehrmann J. A., Larson, G, Alverno, L, Tsao, C.I. Nonpsychotic, nonparaphilic self-amputation and the internet. *Comprehensive Psychiatry*. 2005; 46(5): 380-383.

Blanke O., Morgenthaler, F.D., Brugger P, Overney L.S. Preliminary evidence for a fronto-parietal dysfunction of an able-bodied participants with a desire for limb amputation. *Journal of Neuropsychology*. 2008; 3(Pt2): 181-200.

Blom R.M., van Wingen G.A., van der Wal S.J., Luigjes J., van Dijk M. T., Scholte H.S., Denys D. The Desire for Amputation or Paralyzation: Evidence for structural Brain Anomalies in Body Integrity Identity Disorder (BIID). *PLoS One*. 2016; 11(11): e0165789.

Blom R.M., van der Wal SJ, Vulink NC, Denys D. Role of Sexuality in Body Integrity Identity Disorder (BIID): A Cross-Sectional Internet-Based Survey Study. *Journal of sexual Medicine*. Aug 2017; 14(8): 1028-1035.

Bottini G., Bisiach E., Sterzi, R., & Valler G. Feeling touches in someone else's hand. *Neuro Report* 2002; 13(2): 249-252.

Bottini G., Brugger P., Sedda A. Is the desire for amputation related to disturbed emotion processing? A multiple case study analysis in BIID. *Neurocase*. 2014.; 21(3): 394-402.

Boerner K. Das psychologische Gutachten: Ein praktischer Leitfaden. Weinheim und Basel. Beltz Verlag. 2004; 7. Auflage.

Braam A.J., Visser S., Cath D.C. & Hoogendijk W.J.G. Investigation of the syndrome of apotemnophilia and course of a cognitive-behavioral therapy. *Psychopathology*. 2005;39 (1): 32-37.

Brenner I. Upper-extremity self-amputation in a case of dissociative identity disorder. *Journal Clinical Psychiatry*. 1999, 60(10): 705-706

Brosius, F. SPSS 19. mitp Verlag Heidelberg. 2011; 1.Auflage: 397- 401.

Brugger, P. Der Wunsch nach Amputation – Bizarre Macke oder neurologische Störung?. *Ars Medici* 2, 2011.

Brugger P., Lenggenhager B., Giummarra M.J. Xenomelia: a social neuroscience view of altered bodily self-consciousness. *Frontiers in Psychology*. 2013; 4: 204.

De Preester H. Merleau-Ponty's sexual schema and the sexual component of body integrity identity disorder. *Medicine, Health Care and Philosophy*. May 2013; 16(2): 171-184.

Elliott C. To be mad. *The Atlantic Monthly*. 2000: 73-84.

Everaerd W. A case of apotemnophilia: A handicap as sexual preference. *American Journal of Psychiatry*. 1983; 37(2): 285-293.

First M.B. Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis or a new type of identity disorder. *Psychological Medicine*. 2004; 34: 1-10. / 35: 919-928.

First M.B., Fisher C.E. Body integrity identity disorder: the persistent desire to acquire a physical disability. *Psychopathology*. 2012; 45(1): 3-14.

Furth G., Smith R. Apotemnophilia: Information, Questions, Answers, and Recommendations about self-demand Amputation. 1st Books Library: Bloomington,IN, 2000.

Hathaway S.R., McKinley J. C., Engel R. Minnesota Multiphasic Personality Inventory, deutsche Kurzform. Göttingen. Hogrefe-Verlag. 2000.

Helmer J., Kasten E. Body Integrity Identity Disorder – a Systematic Record of the Strategies to Reduce the Strain. *Psychology and Behavioral Sciences*. 2015; 4(4): 139-146.

Hilti L.M., Hänggi J., Vitacco D.A., Kraemer B., Palla A., Luechinger R., Jäncke L., Brugger P. The desire for healthy limb amputation: structural brain correlates and clinical features of xenomelia. *Brain*. 2013; 136(Pt 1): 318-329.

Johnston J., Elliott C. Healthy limb amputation: ethical and legal aspects. *Clinical Medicine (Lond)*. 2002 Sep-Oct;2(5):431-435.

Kasten, E. Body Integrity Identity Disorder - Körperidentität durch erwünschte Behinderung. *Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart. 2002; up2date 6: 1-11.

Kasten E, Spithaler F. Body Integrity Identity Disorder: Personality Profiles and Investigation of Motives. In: A. Stirn, A. Thiel & Oddo (Eds.) Body Integrity Identity Disorder. Pabst Science Publishers. 2009: 20-40.

Kasten E. Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. 2009 Jan; 77(1): 16-24.

Kasten E., Stirn A. Wechselnder rechts-links-Amputationswunsch bei Body Integrity Identity Disorder (BIID). Zeitschrift für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie. 2009; 57: 55-61.

Kobayashi T., Osawa T., Kato S. Upper-extremity self-amputation in a case with schizophrenia. European Psychiatry. 2002; 17(3): 172-173.

Kröger K., Schnell T., Kasten E. Effects of psychotherapy on patients suffering from Body Integrity Identity Disorder. American Journal of Applied Psychology. 2014; 3(5): 110-115.

Lenggenhager B., Hilti L., Palla A., Macaudo G., Brugger P. Vestibular stimulation does not diminish the desire for amputation. P. Cortex. 2014 May;54:210-2.

Link S., Kasten E. Xenomelia and Obsessive-Compulsive Disorder: Similarities and Differences. American Journal of Psychiatry and Neuroscience. 2015; 3(4): 63-69.

Müller A. Body Integrity Identity Disorder (BIID) – Lassen sich Amputationen gesunder Gliedmaßen ethisch rechtfertigen? Ethik in der Medizin. 2008; 20(4): 287-299.

McGeoch P.D., Bang D., Song T., Lee R.R., Huang M., Ramachandran V. S. Xenomelia: a new right parietal lobe syndrome. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 2011 Dec; 82(12):1314-1319.

Money J., Jobaris R., Furth G. Apotemnophilia: two cases of self-demand amputation as paraphilia. Journal of Sex Research. 1977; 13: 115-125.

Money J., Sirncoe K.W. Acrotomophilia, sex and disability: New concepts and case report. Sexuality and Disability. 1986; 7(12): 43-50.

Müller S. Body Integrity Identity Disorder (BIID) - Ist der Amputationswunsch eine autonome Entscheidung oder Ausdruck einer neuropsychologischen Störung? In: Groß, D., Müller, S., Steinmetz, J.(Eds.): Normal - anders - krank? Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 2007.

Neff, D., Kasten E., Body Integrity Identity Disorder (BIID): What do health care professionals know. European Journal of Counselling Psychology. 2010; 1(2): 16-30.

Noll, S., Kasten, E. Body integrity identity disorder (BIID): How satisfied are successful wannabes? Psychology and Behavioral Sciences. 2014; 3(6): 222-232.

Obermolte, C., Schnell, T., Kasten E. The role of specific experiences in childhood and youth in the development of Body Integrity Identity Disorder (BIID). American Journal of Applied Psychology. 2015.

Oddo S., Möller J., Skoruppa S., Stirn A. Psychological Features of Body Integrity Identity Disorder (BIID): Personality Traits, Interpersonal Aspects, Coping Mechanisms Regarding Stress and Conflicts, Body Perception. Neurological Psychiatry. 2014 May; 82(5): 60-250.

Ostgathe, A., Schnell, T., Kasten, E. Body integrity identity disorder and Gender Dysphoria: A pilot study to investigate similarities and differences. American Journal of Applied Psychology. 2014; 3(6): 138-143.

Pregartbauer, L., Schnell, T., Kasten, E. Body integrity identity disorder and mancophilia: Similarities and differences. American Journal of Applied Psychology. 2014; 3(5): 116-121.

Pollmann A. Ein Recht auf Unversehrtheit? Skizze einer Phänomenologie moralischer Integritätsverletzung. In: S. v.d. Walt & C. Menke (Eds.): Die Unversehrtheit des Körpers. Frankfurt a.M. Campus. 2007: 214-236.

Rösler, F. Psychophysiologie der Kognition: Eine Einführung in die kognitive Neurowissenschaft. Heidelberg. Springer Verlag. 2012: 105-106.

Schlozman S.C. Upper-extremity self-amputation and replantation: 2 case reports and a review of the literature. Clinical Psychiatry. 1998; 59(12): 681-686.

Stirn A., Thiel A., Oddo D. Body Identity Integrity Disorder: Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze. Beltz Verlag. 2010; 1.Auflage.

Tavcar R., Dernovsek M.Z. & Zvan V. Self-amputation of left hand: a case report. Journal Clinical Psychiatry. 1999; 60(11): 793-794.

Thiel A., Ehni F., Oddo S., Stirn A. Body Integrity Identity Disorder: Erste Erfolge in der Langzeitpsychotherapie. Georg Thieme Verlag. 2011.

Wakefield P.L., Frank A., Meyers R.W. The hobbyist: A euphemism for self-mutilation and fetishism. Bulletin Meninger Clinic. 1977 Nov; 41 (6): 539-552.

Internetquellen:

www.amputee.ch (Juli 2009)

www.biid-dach.org (Mai 2009)

www.transabled.org (Mai 2009)

www.yahoo.groups (Mai 2009)

4. Anhang

Abbildungen

Abb. 1a: Selbstbeurteilung der Teilnehmer (n=28): hektisch (0) versus ruhig (100)=blau; sehr angespannt (0) versus sehr entspannt (100)=rot; letzte Spalte keine Angaben.

Abb. 1b: Selbstbeurteilung der Teilnehmer (n=28): sehr unsensibel (0) versus sehr sensibel (100)=blau; sehr gefühllos (0) versus sehr gefühlvoll (100)= rot; letzte Spalte keine Angaben.

Abb. 1c: Selbstbeurteilung der Teilnehmer (n=28): sehr unglücklich (0) versus sehr glücklich (100)=blau; sehr traurig (0) versus sehr fröhlich (100)= rot; letzte Spalte keine Angaben.

Abb. 1d: Selbstbeurteilung der Teilnehmer (n=28): sehr gehemmt (0) versus sehr ungehemmt (100)=rot; nicht selbstbewusst (0) versus sehr selbstbewusst (100)= blau; letzte Spalte keine Angaben.

Abb. 2: Angaben der Teilnehmer zur Befindlichkeit durch BIID (n=28): müde (0) versus kraftvoll (100)=blau; einsam (0) versus gesellig (100)=rot; traurig (0) versus fröhlich (100)=grün; letzte Spalte keine Angaben.

Abb. 3a: Zugehörigkeit (blau) und Beseeltheit (rot) der vom Amputationswunsch betroffenen Körperteile (n=28; 0=nicht zugehörig/ nicht beseelt → 100=zugehörig/ beseelt).

Abb. 3b: Ästhetik (blau) und Schönheit (rot) der vom Amputationswunsch betroffenen Körperteile (n=28; 0=nicht ästhetisch/ abstoßend → 100=ästhetisch/ schön).

Abb. 4: Einfluss der sexuellen Komponente auf BIID (n=28; 0=gar nicht → 100=sehr stark).

Abb. 5: Mittelwert der T-Werte der Studienteilnehmer (blau) mit Standardabweichung (schwarz) im Vergleich zum T-Mittelwertsbereich (40-60) der Normalpopulation (n=24).

Tabellen

Tab. 1: Geschlecht, Alter, Beruf, sexuelle Orientierung, Amputationswunsch, Händigkeit, Beginn des Amputationswunsches (n=28).

Nr.	Sex	Alter	Ausbildung/ Beruf	Sexuelle Orientierung	Amputationswunsch	Händigkeit	Wunsch seit ... Jahren
1	M	54	Schulhausmeister	Heterosexuell	Querschnittslähmung auf Höhe des 12. thorakalen Wirbel	Links	6
2	M	44	Restaurantfachmann	Homosexuell	Linkes Bein fast unter Hüfte	Rechts	10
3	M	47	Elektrizitätsmeister	Heterosexuell	8 J.: linkes Bein Mitte des Oberschenkels 35 J.: linkes Bein über dem Knie 46 J.: linkes Bein	Rechts	8
4	M	44	Chemie, Abschluss Master	Bisexuell	Linkes Bein	Rechts	6
5	M	62	Fachhochschule/ Jurist	Heterosexuell	7-14 J.: rechtes Bein 14 J.: linkes Bein	Rechts	6-7
6	M	33	Fachhochschule/ Dipl. Betriebswirt	Homosexuell	Kindheit: rechtes Bein 20 J.: rechtes Bein + Zeigefinger	Links	8

7	M	49	Dipl. Geologe/ Referent für Öffentlichkeitsarbeit	Homosexuell	Kindheit: linkes Bein 44 J.: rechtes Bein Mitte Oberschenkel	Rechts	8
8	M	44	selbständig	Homosexuell	Kindheit: rechtes Bein 34 J.: beide Beine Mitte Oberschenkel	Rechts	7-8
9	M	56	Ingenieur	Heterosexuell	Linkes Bein	Rechts	8
10	M	45	Mechaniker	Heterosexuell	Linker Fuß unter dem Knie	Rechts	3
11	M	41	Dipl. in Physik/ Prof. Dr. rer.. nat.	Heterosexuell	Rechter Fuß über Sprunggelenk	Links	5
12	M	29	Dipl. in Physik/ Student	Heterosexuell	Linkes Bein Mitte Oberschenkel	Rechts	6
13	M	51	Diplom. Techn. Kaufmann	Heterosexuell	10-15 cm unter linker Hüfte	Rechts	8
14	M	73	Regisseur	Bisexuell/ Amputiert- sexuell/ homosexuell	zuerst linkes Bein Mitte Oberschenkel, später beide Beine knapp über den Knien	Rechts	10-12
15	M	46	IT-Manager	Heterosexuell	Kindheit: linkes Bein Mitte Oberschenkel Ca. 20 J.: beide Beine Mitte Oberschenkel 36 J.: beide Beine Mitte Oberschenkel + Paraplegie	Beidhändig	8
16	F	32	Studentin	Bisexuell	rechtes Bein Mitte Oberschenkel	Rechts	5
17	M	65	Wirtschaftsberater/ Jurist	Heterosexuell	Kindheit: linkes Bein Mitte Oberschenkel 14-16 J.: beide Beine Mitte Oberschenkel	Rechts	7-8
18	M	50	Betriebswissenschaft	Heterosexuell	rechtes Bein Mitte Oberschenkel	Rechts	4
19	M	39	Jurist	Homosexuell	linkes Bein	Rechts	3-4
20	M	28	Master in Biologie	Heterosexuell	linkes Bein über Knie *Erster Anblick eines Amputierten **Klarer Wunsch der Amputation	Rechts	4-5* 13**
21	M	57	Abitur, Dipl. Theologe/ Pastor	Heterosexuell	beide Beine knapp über den Knien jetzt Querschnittslähmung	Links	3-4
22	F	k.A.	k.A.	k.A.	Lähmung linke Hand	Rechts	8
23	M	60	Fußbodenleger	Homosexuell	Beide Beine, rechts kürzer	Rechts	7
24	M	31	Technischer Fachredakteur	Heterosexuell	Zuerst linkes Bein, jetzt beide Beine über den Knien	Rechts	16
25	M	58	A-Level Kameramann	Homosexuell	6 J.: Lähmung linkes Bein 40 J.: Lähmung linker Arm	Rechts	6
26	M	37	College/ Literatur und Drehbuchautor	Homosexuell	linkes Bein mit sehr kurzem Stumpf	k.A.	4
27	F	26	Master in Physik	Heterosexuell	Querschnittslähmung	Rechts	3
28	M	40	Dipl. Informatiker	Heterosexuell	12 J.: 4 Finger linke Hand 25 J.: linke Hand kurz über Handgelenk 32 J.: alle kompletten Finger	Rechts	Sehr jung

Tab. 2: Krankheiten, Operationen, neurologische oder psychische Erkrankungen und Therapien der Teilnehmer (n=28).

Nr.	Krankheiten/ Operationen	Neurologische/ psychiatrische Erkrankungen	Psychotherapie/ Pharmakologische Therapie/ andere Therapien
1	Schulter-Operation nach Unfall	—	—
2	Cholezystektomie	Meningitis (Kindheit)	—
3	Tonsillektomie	—	—
4	Varikozele	—	Gesprächstherapie
5	Entfernung Nävi im Gesicht, Excision eines Vocal-Polypen, Ulcus duodeni, Art. Hypertonus	Depression (Stress im Job und mit BIID) Panikattacken	Verhaltenstherapie (BIID akzeptieren), Antidepressiva
6	Gebrochenes rechtes Bein im Alter von 3 Jahren, Psoriasis	—	—
7	Kryptorchismus (11J.), Tonsillektomie (25 J.) Arthroskopie Knie		Autogenes Training
8	Nävi-Excision, Ulcus ventriculi	—	Gesprächstherapie, Kunsttherapie (BIID akzeptieren), Meditation, QiGong, Bioenergetics, Feldenkrais
9	Leistenhernien-OP, Prostata OP	—	—
10	Außenbandruptur Knöchel	Meningitis, Persönlichkeitsstörung, Depression	Verhaltenstherapie, Antidepressiva, Progressive Muskelrelaxation
11	Mitralklappenprolaps	—	Progressive Muskelrelaxation
12	—	—	—
13	Hoden OP linke Seite, Zahn-Operation, Keratoplastik linkes Auge		Meditation, Ganzkörpermassage
14	Benigne Prostatahyperplasie, Kopffraktur	Fazialisparese nach Polyomyelitis	Konzentrierte Entspannungsübungen
15	2x Außenbandruptur linker und rechter Knöchel, Neurodermitis	—	—
16	Excision Fibrom linke Brust	Depression, Stimmungsschwankungen	Gesprächstherapie, Antidepressiva, Autogenes Training , Yoga
17	Bakerzyste rechtes Knie, Herzinfarkt	Herpes Zoster Virus	—

18	Komplette Unterschenkelfraktur rechts	Panikattacken, Alkoholismus	—
19	Arthroskopie rechtes Knie	Panikattacken (beim 2. Staatsexamen), Depression	Verhaltenstherapie
20	Zircumcision	—	—
21	Mitralprolaps Hypertonie	Herpes Zoster Virus im Gesicht, Burn-out	Gesprächstherapie, Autogenes Training, progressive Muskelrelaxation, Qui Gong, Meditation
22	Appendektomie, Laparoskopische Entfernung Ovarialzyste, Fraktur rechter Arm, Asthma bronchiale, Sinusitis Reizdarmsyndrom	Depression, Panikattacken	Traumdeutungen, Antidepressiva
23	HIV-Therapie Analfistel	Depression/ Burn-Out	—
24	—	—	—
25	Appendektomie Leistenhernie	—	Gesprächstherapie
26	Rhinoplastie	Depression	Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie
27	—	Depression and Angststörungen	Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Antidepressiva, Progressive Muskelrelaxation, Meditation
28	Cholezystektomie	Multiple Sklerose, Lebenskrise bei Erstdiagnose	Tiefenpsychologische Therapie

Tab. 3: Situationen, die BIID verstärken oder abschwächen (n=28).

Nr.	Situationen, die BIID verstärken	Situationen, die BIID abschwächen
1	<i>Jeweils nach dem Pretenden in der Öffentlichkeit wird der Wunsch extrem stärker.</i>	<i>Ich bin mir nicht bewusst welche, aber grundsätzlich ist der Wunsch doch recht großen Schwankungen ausgesetzt</i>
2	k.A.	k.A.

3	<i>Wenn ich zur Ruhe komme und nachdenken kann. Ich versuche mich oft durch Arbeit und andere Aktivitäten davon abzulenken. Das gelingt mir nur sehr eingeschränkt.</i>	<i>Ich werde dieses Gefühl im Bein und die Gedanken an eine Amputation nie wirklich los. Selbst wenn ich versuche mich abzulenken kommt das Gefühl und die Gedanken zwischendurch hoch. Dann ist es schwer sich davon zu lösen.</i>
4	<i>Beschäftigung mit dem Thema (z.B. Vortragsvorbereitung, Ausfüllen von Fragebögen, Austausch mit Freunden), Sightings.</i>	<i>Selbstbefriedigung.</i>
5	<i>Wenn ich Amputierte oder Bilder von ihnen sehe, wenn ich allein bin (zu Hause oder unterwegs).</i>	<i>k.A.</i>
6	<i>k.A.</i>	<i>Wenn es am Arbeitsplatz besonders hektisch zugeht.</i>
7	<i>Eher nicht – es ist in dem Lebenstraum.</i>	<i>Eine unklare berufliche Situation, über die zu viel geredet wird.</i>
8	<i>Druck, zu wenig Zeit für mich selber.</i>	<i>Freiheit. Urlaub – aber nicht immer. Ich glaube, nicht der Wunsch wird schwächer oder stärker, sondern die Kraft der Ablenkung und die Kraft, ihn auszuhalten. Körperlich tiefe Entspannung löst alles, auch die Sehnsucht, ein bisschen.</i>
9	<i>Wenn ich von anderen Situationen im Alltag entspannt bin.</i>	<i>Wenn ich beruflich oder privat sehr eingespannt bin.</i>
10	<i>Langeweile, Stress im Tagesverlauf, morgens am stärksten.</i>	<i>Depressive Episoden, Arbeit bis zum Selbstvergessen.</i>
11	<i>Stress, Termindruck. Anblick von Menschen mit Gehstützen.</i>	<i>Ausgeglichenheit (leider sehr selten). Augenblicke sehr konzentrierten Tuns (Arbeit, Sport).</i>
12	<i>Meine Exfreundin war „Ameline“, d.h. sie fand Männer mit Behinderungen erotisch.</i>	<i>Hormonschub nach dem Sex.</i>
13	<i>Wenn ich Personen sehe, die linksseitig einen kurzen Oberschenkel-Stumpf (Bzw. Beinlähmung links) haben oder auf Gehstützen gehen.</i>	<i>Selbsttherapie durch Verfassen meiner Lebensgeschichte als BILDler; Pretenden; Outen/Anvertrauen gegenüber meiner Ehefrau.</i>
14	<i>Bewegungen mit Amputierten.</i>	<i>Die durch meine Amputation sich erheblich erhöhenden Belastungen meines Partners, dessen Mutter bereits durch Schlaganfall schwerstbehindert ist.</i>
15	<i>Zeit zum „Träumen.“</i>	<i>Starke körperliche oder berufliche Anstrengung.</i>
16	<i>Stress in Beziehungen, Studium, Job.</i>	<i>Ferien, entspannen, bei Familie essen, Tanzen, in der Natur sein.</i>
17	<i>Häufig, wenn ich mich sehr wohl fühle, in Freizeit, Urlaub, harmonischen Phasen in Familie, besonders mit Ehepartner, aber auch im Berufsleben.</i>	<i>Stress, Hektik, Krankheit, Disharmonien.</i>
18	<i>Evtl. mit zunehmendem Alter.</i>	<i>k.A.</i>

19	<i>Keine wesentlichen Schwankungen, leichte Zunahme, wenn ich etwa erfahren habe, dass es „Leidensgenossen“ gelungen ist, den Wunsch zu verwirklichen.</i>	k.A.
20	<i>Mit anderen BIIDlern drüber sprechen. Anblick von Amputierten Menschen v.a. wenn ich sie live sehe (-> Eifersucht).</i>	<i>Krankheit (z.B. Grippe), Ferien, Verliebt sein, sexuelle Befriedigung, viel Arbeit/Ablenkung</i>
21	<i>Wenn ich sehr viel stehen und laufen muss.</i>	k.A.
22	<i>Stress auf der Arbeit, Familie, Freunde.</i>	<i>Ja, wenn ich aktiver in folgenden Bereichen bin: Abenteuer, Basteln, Gesellschaftsspiele</i>
23	<i>Wenn ich Amputierte sehe und mit jenen dann möglicherweise in Kontakt besser befreundet sein kann!!</i>	k.A.
24	<i>Nein.</i>	<i>Beschäftigung, Ablenkung durch Arbeit und andere alltägliche Dinge.</i>
25	k.A.	k.A.
26	<i>When I see an amputee, as I wish to be.</i>	<i>I have a lot of personal problems (financial, personal, familiar) I cannot think in BIID often.</i>
27	<i>Having a good support structure and a good relationship. I am afraid that if I acquire my desired paralysis I would go through a difficult transition period even though it is what I want. Moving to a more accessible living arrangement would make me more confident in my ability to function well after surgery. I am also somewhat afraid that if I do not have a good relationship, my partner will leave me if I have the surgery, or that people will not find me attractive afterwards. So knowing that I have a partner that would at least be neutral about my decision to get surgery. It would give me extra confidence as well. Also having the surgery done by someone I trust and feel safe with would boost my wish to go through with it. I want to have paralyzed legs, not to die or live in pain!</i>	<i>If I knew that I would not be able to be independent or take care of myself that would strongly deter me from going through with it. I do not think it would really „weaken my wish“ though. My wish would be my wish regardless of circumstances, whether I seek to do something about my wish is another. However, at time the wish is so strong it is hard to think of anything that would deter me.</i>
28	k.A.	<i>When I am not alone.</i>

Tab. 4: Aussagen der Teilnehmer für Pro und Kontra einer Amputation.

Nr.	Pro	Kontra
1	<i>Endlich das „Richtig-sein“ und die gewünschte Lebensform oder das perfekte Dasein erreicht haben.</i>	<i>Als Vorsteher einer sechsköpfigen Familie meiner Verantwortung nicht mehr gerecht zu werden.</i>

2	<i>Befreiung von BIID und Freisetzung meiner Energien für andere wichtige Dinge in meinem Leben. Befreiung, Erreichen von Normalität für mich. Leben in dem für mich richtigen (berichtigten) Körper.</i>	<i>Gegenwärtige berufliche Situation (Existenzsicherung der eigenen Firma), Rücksicht auf meine noch lebenden Eltern.</i>
3	<i>Ich wäre ich selber. Ich könnte mich im Spiegel so betrachten wie ich mich schon immer gesehen habe. Eine große Last würde von mir abfallen. Ich könnte mein linkes Bein so in die Hand nehmen und spüren wie ich es jetzt fühle. Es wäre eine Erleichterung über dieses Problem nicht mehr nachdenken zu müssen.</i>	<i>Das Risiko der OP.</i>
4	<i>Ich wäre länger amputiert. Ich wäre endlich ich selbst. Das Denken an BIID und die OP wäre endlich weg. Ich hätte es geschafft.</i>	<i>Ich sollte den geplanten Umzug noch zweibeinig durchführen, meiner Familie zuliebe.</i>
5	<i>Endlich habe ich das Körperbild, das ich immer haben wollte. Ich bin nun sehr erleichtert, glücklich, ich stehe unter keinem Druck mehr, ich kann mein Leben so leben, wie ich es mir immer vorgestellt habe. Das linke Bein, das ein Fremdkörper war, ist nicht mehr vorhanden. Ich kann mich amputiert zeigen.</i>	<i>Etwaige Phantomschmerzen, Behinderung, ich kann nicht mehr alles tun, was ich bisher gemacht habe (Bergwandern, Volleyball). Schuldgefühle gegenüber meiner Ehefrau, dass ich mich in diese Lage gebracht habe, desgl. gegenüber meinen Kindern. Auch ein schlechtes Gewissen allgemein, so etwas freiwillig gemacht zu haben. Etwaige frühere Pflegebedürftigkeit.</i>
6	<i>„Heilung“ von BIID, anpassen des Körpers aufs Körperbild.</i>	<i>Manches wird danach nicht mehr so einfach gehen.</i>
7	<i>Chance ergreifen- alles weitere ergibt sich, wenn die Situation da ist! Und die wird positiv sein.</i>	<i>Es gibt keinen.</i>
8	<i>Ich wäre endlich ich selber, die Entscheidung wäre gefallen, das Hin und Her vorbei. Ich könnte befreit und mit Schwung und ungebremst weiterleben und mich anderen Dingen zuwenden. Ich wäre befreit, erleichtert, am Ziel.</i>	<i>Angst vor den sozialen und wirtschaftlichen Folgen der Behinderung, Angst vor Phantom- u. Stumpfschmerzen, vage und zarte Hoffnungen, der Forscher könnte doch eine andere Therapie finden, moralische (anerzogene?) Vorstellungen (Heiligkeit des Körpers), Angst vor (Mit-) Leiden von Eltern und Partner, Angst nicht mehr attraktiv für Partner (u. ggfs. andere) zu sein, Bequemlichkeit (Beinlosigkeit macht halt doch Umstände, kostet Kraft und Zeit).</i>
9	<i>Ende des Doppellebens, Einheit der körperlichen Identität, Ausleben des Amputiert – Seins.</i>	<i>Körperliche Einschränkungen im Alltag, Umstellung der Lebensweise.</i>
10	<i>Bin mir fast sicher, dass sich die Psyche normalisiert, zumindest verbessert. Fühle mich normal- würde OP nicht als Verlust sondern als Befreiung sehen.</i>	<i>Restrisiko, Prothesengewöhnung, Phantomschmerzen.</i>

11	<i>Ich wäre diesen verfluchten Wunsch los und könnte zur Abwechslung mal im Hier und Jetzt leben.</i>	<i>Körperliche Einschränkungen / Schmerzen, größere Beeinträchtigung als erwartet.</i>
12	<i>Sexuelle Befriedigung. Neugierde, wie es sich „anfühlt“, wie andere darauf reagieren. Würde mich gerne wieder oft in der Öffentlichkeit zeigen.</i>	<i>Ich müsste mit der Behinderung für IMMER leben. Ich denke, dass der Wunsch nach Amputation nicht stark genug ist, um das in Kauf zu nehmen.</i>
13	<i>Endlich vom Körper und Gefühlsleben „vollständig“ zu sein. Innere Ruhe, Harmonie und Gelassenheit. Für mich „glücklicher“ (weiter-) leben zu können.</i>	<i>Akzeptanzproblematik bei Personen meines Umfelds. Seelische und dauerhafte Belastung meiner Familie. Akzeptanzproblematik/Anerkennung als behinderter Mensch in Gesellschaft und Berufswelt. Risiken eines OP-Eingriffs/ Amputation. Diverse, mögliche postoperative Probleme.</i>
14	<i>Das Amputiertsein trotz des Alters noch lange genug genießen zu können. Meine gegenwärtige Arbeit könnte ich weiterhin ausführen.</i>	<i>Die riesige Belastung meines Partners, 39, der es zwar hinnehmen würde was aber mein Glück doch sehr beeinträchtigen würde. Denn uns verbindet kaum der Sex, sondern sehr kongruente Ansichten zur Welt, zu den Menschen, zur Kunst.</i>
15	<i>Klarheit über ein eventuelles Erlangen von einem Gleichgewicht zwischen Körper und einem „immanenten“ Gedanken.</i>	<i>Risiken & Nebenwirkungen – vor allem Schmerzen, Infektion, Tod.</i>
16	<i>Bin noch jung, kann mich gut erholen. Mein Lebensstil würde sich kaum verändern. Ich wäre mehr eins mit mir selbst, hätte mehr Spaß am Leben, Arbeiten, Lieben, wäre bewusster und würde mich schöner finden.</i>	<i>Angst vor Phantomschmerzen; Die Träume z.B. von weiten Reisen, Wandern, Bergsteigen sind dann unerfüllbar; Partnerwahl eingeschränkt; spätere Erkrankungen können auftreten; ich könnte mir doch nicht gefallen; mein wirkliches Problem ist psychischer Natur; und: ganz wichtig: ich würde die Gesellschaft evtl. Geld oder Aufmerksamkeit kosten, und: andere Behinderten würden mich nicht akzeptieren, weil die OP freiwillig war!</i>
17	<i>Ich wäre endlich Ich! Ich bräuchte mich nicht mehr verstecken. Die Zwänge zur Simulation/der Projektion/Pretending (mit allem Aufwand und ewiger Enttäuschung) hätte auch ein Ende. Ich hätte meinen Wunschkörper, so verrückt das klingt!</i>	<i>Eigentlich bin ich vom Lebensalter zu spät dran; die objektiven Belastungen verkenne ich nicht einen Augenblick. Das entscheidende Hindernis: ich könnte meinen Lebenspartner (neben den Kindern, der für mich wichtigste Mensch) verlieren.</i>
18	<i>Ich wäre glücklich!</i>	<i>Naja, ich wäre ein paar Wochen außer Gefecht.</i>
19	<i>Jung genug, um noch ideal auf gewisse Umstellung zu reagieren; jung genug, um Karriere voranzutreiben, ohne die Belastung des unbefriedigten Bedürfnisses; Lösung eines ganz erheblichen und stetig stärker werdenden Frust-/Depressionsfaktor!!! Der Eingriff als solcher steht nicht im Mittelpunkt, er ist vielmehr notwendiges</i>	<i>Probleme in der Partnerschaft; Probleme bzgl. Rechtfertigung.</i>

	<i>Übel mit dem Weg zur Erreichung des gewünschten Zustandes!!!</i>	
20	<i>Ich hätte endlich einen Beinstumpf anstatt mein linkes Bein und mein ideales Körperbild wäre erreicht BIID ist verschwunden und ich kann mich auf Wichtiges konzentrieren. Ich könnte allen Freunden erzählen, dass ich nun amputiert bin.</i>	<i>Was sage ich Freunden / Familie? Bei gewissen Dingen eingeschränkt sein, Angst es irgendwann mal zu bereuen, körperliche Beschwerden im Alter.</i>
21	<i>Eindeutiges Leben für mich.</i>	<i>Wie kommt der Verwandten-und Bekanntenkreis damit zurecht? Akzeptanz beim Arbeitgeber? Gesundheitliche Komplikation.</i>
22	<i>Erleichterung, endlich Wunschkörper, kein Versteckspiel mehr. Freude daran alles mit Stumpf oder Prothese oder einhändig auszuprobieren. Wahrscheinlicher Rückzug von Depression, Panik und Schlafproblemen.</i>	<i>Selbstversuch ist mit hohen Risiken und Schmerzen verbunden. Angst wie wird meine Familie reagieren. Möglicher Verlust des Arbeitsplatzes.</i>
23	<i>Endlich meine wunderschönen Beinstümpfe zu haben, bzw. zu bekommen. Glückseligkeit in vollstem Umfang, denn auch mit 2 Beinstümpfen kann ich meinen Alltag bewältigen! Ich muss und will Beinstümpfe haben.</i>	<i>Beine sind nützlich. Ohne Beine kann man viele Dinge nicht ausüben, für die man Beine benötigt. Mehr Zeitaufwand, um Tagesabläufe zu bewältigen. Behindertengerechte Wohnung.</i>
24	<i>Ich würde wissen wie es ist mit einer Amputation zu leben.</i>	<i>Ich hätte zahlreiche Einschränkungen und Schmerzen.</i>
25	<i>Joy</i>	<i>Costs</i>
26	<i>I would be „complete“. I waste a lot of time and efforts thinking on my BIID. I am exhausted. So I would be liberated. I would be more confident by myself, feel more comfortable in my own body. In sex moments. I would be happy. No more anxiety.</i>	<i>Maybe it would produce sadness to my family. I would have to change my car and the place to live.</i>
27	<i>I would feel comfortable in my body. Having the feeling that my body is how it is supposed to be. Eliminating the obsession of wanting to be paralyzed. No fear that people will find out about my pretending – it is just who I am! I think it would eliminate part of my depression if not all of it. A feeling of freedom and the possibility to focus on other things in life and more on other people.</i>	<i>Having to lie to people about my „accident“ and worrying people who will find out the truth. Having people treat me differently. Not being able to do some of the things I enjoy. Things will take longer and be more complicate.</i>
28	<i>I would love to have it. And I do not think the loss of my toes would affect my life very much.</i>	<i>With only one hand, some things would be much more difficult to handle. And since I have MS, if I somehow would lose control of my right hand/arm, I would have a serious problem. But I do not think this would happen since my MS is very stable, for 10 years now, and medication gets better and better.</i>

Tab. 5: Einzelauswertung des MMPI der Teilnehmer Nr. 1 bis Nr. 24 nach dem Flussdiagramm zur Interpretation der Skalen im Handbuch des MMPI.

1	<p>aktiv, umgänglich, leicht ansprechbar, durch Anerkennung gut zu motivieren, leicht beeinflussbar, eher unreif, verdrängt unter Stress körperliche Symptome, ängstlich ernsthaft, pflichtbewusst, gründlich, leicht gespannt, originell, extravagant, kreativ, nicht immer der Realität angepasst, Flucht in Scheinwelt</p> <p>introvertiert, zurückhaltend, bescheiden, schüchtern, distanziert</p>
2	<p>sensibel, idealistisch, kulturelle und ästhetische Interessen, kreativ, kontaktfreudig, angenehm im Umgang mit anderen, intelligent, gutes Selbstverständnis</p> <p>kann mit Belastung und Stress schwer fertig werden, äußert rasch körperliche Beschwerden</p> <p>ängstlich, gespannt, gehemmt, selbstunsicher, eher schwer nehmend, empfindlich</p> <p>introvertiert, zurückhaltend, bescheiden, schüchtern, distanziert</p>
3	<p>differenziert, eigenständig bis eigenwillig, kreativ, initiativ, produziert viele Ideen, umgänglich, setzt sich durch, ernst gewissenhaft</p> <p>extravertiert, aktiv, fühlt sich sicher und wohl in Gruppen, kontaktfreudig, hat Überzeugungskraft</p>
4	<p>energisch, zielstrebig, temperamentvoll, ehrgeizig, selbständig, eventuell eigensinnig, lässt sich ungern kontrollieren, kreativ, unkonventionell, ruhig, ausgeglichen, ernsthaft, vielseitig, interessiert, einfühlsam, angenehmer Gesprächspartner</p>
5	<p>übermäßig besorgt über Gesundheit, äußert viele Beschwerden, keine Einsicht in emotionale Basis der Symptome, unsicher in zwischenmenschlichen Beziehungen</p> <p>ev. Essprobleme, körperliche Reaktion auf körperliche Probleme</p> <p>schüchtern, deprimiert, unsicher, gespannt, ängstlich, übergewissenhaft, bedrückt, pessimistisch, ev. Verstimmung überspielt durch Heiterkeit, selbstunsicher, übermäßig selbstkritisch</p> <p>verdrängt Probleme und Frustrationen, ist teilweise gespannt und äußert körperliche Beschwerden</p> <p>introvertiert, zurückhaltend, bescheiden, schüchtern, distanziert</p>
6	<p>differenziert, eigenständig bis eigenwillig, kreativ, initiativ, produziert viele Ideen, umgänglich, setzt sich durch, ernst, gewissenhaft</p>
7	<p>Positive Selbstdarstellung, kritisch dem Test gegenüber/ übermäßige Aufrichtigkeit und verstärkte Selbstkritik, bestrebt, seine Schwächen zuzugeben</p> <p>zielstrebig, energisch, oft impulsiv, extravertiert, egozentrisch, will eigene Bedürfnisse befriedigen, selbständig, unkonventionell, setzt sich durch, kann Frustration nur schwer verarbeiten</p>
8	<p>sensibel, idealistisch, kulturelle und ästhetische Interessen, kreativ, kontaktfreudig, angenehm im Umgang mit anderen, intelligent, gutes Selbstverständnis, große Interessensbreite, ungeduldig, selbstzufrieden, snobistisch, milde, verständnisvoll</p> <p>ängstlich, besorgt, leicht zu verunsichern, gewissenhaft, sorgfältig, ev. zwanghaft</p>

9	energisch, zielstrebig, temperamentvoll, ehrgeizig, selbständig, eventuell eigensinnig, lässt sich ungern kontrollieren und anweisen, kreativ und unkonventionell
10	positive Selbstdarstellung, kritisch dem Test gegenüber/ übermäßige Aufrichtigkeit und verstärkte Selbstkritik, bestrebt, seine Schwächen zuzugeben unbegründete Ängste, zwanghaftes Verhalten, übermäßig besorgt, wenig Selbstvertrauen, Zweifel an sich selbst, sensibel, gewissenhaft, ordnungsliebend Konzentrationsschwierigkeiten, Schwierigkeiten Entschlüsse zu fassen, Schuldgefühle, hohe Anforderung an sich selbst, Angst vor emotionaler Bindung, selbstkritisch, eventuell akute Spannungs- und Krisensituation, deprimiert, schwer nehmend, gespannt, verminderte Leistung, Müdigkeit; empfindlich niedergeschlagen, bedrückt, pessimistisch, eventuell Verstimmung überspielt durch Heiterkeit, selbstunsicher, übermäßig selbstkritisch kann schwer mit Frustration und Stress umgehen, verdrängt Probleme und Frustrationen, ist teilweise gespannt und äußert körperliche Beschwerden exzentrisch, originell, eventuell unrealistisch, im zwischenmenschlichen Bereich kühl-distanziert introvertiert, zurückhaltend, bescheiden, schüchtern, distanziert
11	eigenwillig bis konventionell, exzentrisch, schwer zugänglich, Flucht in Tagträume oder Fantasien, distanziert zur Umwelt, wenig emotionale Bindung ängstlich angespannt, deprimiert, reizbar
12	eigenwillig bis konventionell, exzentrisch, schwer zugänglich, Flucht in Tagträume oder Fantasien, distanziert zur Umwelt wenig emotionale Bindung auffällige, ungewöhnliche Persönlichkeit, Schwierigkeiten mit sozialer Anpassung, ev. Konflikte mit Normen, ängstlich-angespannt, deprimiert, reizbar, gehemmt, selbstsicher, eher schwer nehmend, empfindlich
13	ruhig, zielstrebig, ehrgeizig, impulsiv, egozentrisch, rücksichtslos, keine engen emotionalen Beziehungen, selbständig, lässt sich nicht gerne kontrollieren und einschränken, kann gereizt und aggressiv werden bei Konflikten
14	differenziert eigenständig bis eigenwillig, kreativ, initiativ, produziert viele Ideen, umgänglich, setzt sich durch, energisch, ehrgeizig, tatkräftig
15	eigenwillig bis konventionell, exzentrisch, schwer zugänglich, Flucht in Tagträume und Fantasien, distanziert zur Umwelt, wenig emotionale Bindung auffällige, ungewöhnliche Persönlichkeit, Schwierigkeiten mit sozialer Anpassung, ev. Konflikte mit Normen, ängstlich-angespannt, deprimiert, reizbar
16	unbegründete Ängste, zwanghaftes Verhalten, übermäßig besorgt, wenig Selbstvertrauen, Zweifel an sich selbst, sensibel, gewissenhaft, ordnungsliebend, Konzentrationsschwierigkeiten, Schwierigkeiten Entschlüsse zu fassen, Schuldgefühle, hohe Anforderung an sich selbst, Angst vor emotionaler Bindung, selbstkritisch, eventuell akute Spannungs- und Krisensituation deprimiert, schwer nehmend, gespannt, verminderte Leistung, Müdigkeit, Unbeherrscht,

	<p>egoistisch</p> <p>misstrauisch gegenüber der Umgebung, isoliert sich, unbeherrscht aggressiv bei Schwierigkeiten</p> <p>kann mit Belastung und Stress schwer fertig werden, äußert rasch körperliche Beschwerde</p> <p>schwer nehmende, pessimistische Grundhaltung, Stimmungsschwankungen, Mangel an Selbstvertrauen und Initiative; empfindlich, misstrauisch, vorsichtig originell, kreativ, eigenwillig, distanziert, aktiv, enthusiastisch, leicht zu stimuliere, in Konfliktsituationen unbeherrscht</p> <p>hat Schwierigkeiten, die Aggressivität unter Kontrolle zu halten und adäquat auszudrücken</p>
17	<p>ruhig, ausgeglichen, ernsthaft, vielseitig, interessiert, einfühlsam, angenehmer Gesprächspartner</p>
18	<p>Ungewöhnliches Denken, bizarre Ideen, eventuell desorientiert, besorgt, unzufrieden mit sich selbst; feindselig, nachträglich, eigensinnig; schwierige Persönlichkeit, ev. Enthusiastisch und aktiv</p> <p>emotionale Konflikte, auffälliges, unangepasstes Verhalten, eventuell Drogen-/Alkoholproblem oder Delinquenz</p> <p>niedergeschlagen, bedrückt, pessimistisch, eventuell Verstimmung überspielt durch Heiterkeit, selbstunsicher, übermäßig selbstkritisch</p> <p>hat Schwierigkeiten die Aggressivität unter Kontrolle zu halten und adäquat auszudrücken, unkonform, empfindlich, misstrauisch, achtet sehr auf Reaktionen der Umwelt, ängstlich, gespannt, besorgt, leicht zu verunsichern, gewissenhaft, sorgfältig, eventuell zwanghaft und gehemmt</p> <p>er sucht gerne und findet leicht Kontakt mit seiner Umgebung, Er hat vielseitige Interessen und betreibt ein breites Spektrum an sozialen Aktivitäten</p>
19	<p>offen, selbstkritisch, bereit kleine Schwächen zuzugeben</p> <p>innerlich gespannt, ängstlich, empfindlich, gewissenhaft schwer nehmend, ernst, vorsichtig, kritisch, distanziert bis isoliert, ängstlich, depressiv, macht sich Sorgen, selbstunzufrieden, Leistungsverminderung, geht Problemen aus dem Weg, verliert rasch an Selbstvertrauen, ist dann nervös, verunsichert, beunruhigt</p> <p>pessimistische Grundhaltung, Stimmungsschwankungen, Mangel an Selbstvertrauen und Initiative</p> <p>verdrängt Probleme, unter andauernder Belastung ängstlich, nervös, körperliche Beschwerden</p> <p>hat Schwierigkeiten die Aggressivität unter Kontrolle zu halten und adäquat auszudrücken</p>
20	<p>innerlich gespannt, ängstlich, empfindlich, gewissenhaft, schwer nehmend, ernst, vorsichtig, kritisch eher distanziert bis isoliert</p>

21	ruhig, ausgeglichen, ernsthaft, vielseitig, interessiert, einfühlsam, angenehmer Gesprächspartner
22	viele körperliche Beschwerden als Ausdruck psychischer Probleme. Möglicherweise Überspielen der Schwierigkeiten und Symptome nur unter Stress manifest besorgt, übergewissenhaft, deprimiert, niedergeschlagen, bedrückt, pessimistisch, gespannt, Gefühl der Unzulänglichkeit; unreif, neurotisch, starke Veränderungstendenz, klagt rasch über Befinden, empfindlich, kann schwer mit Frustration und Stress fertig werden ev. Verstimmung überspielt durch Heiterkeit, selbstunsicher, übermäßig selbstkritisch Hat Schwierigkeiten die Aggressivität unter Kontrolle zu halten und adäquat auszudrücken, unkonform extravertiert, aktiv, umgänglich, fühlt sich sicher und wohl in Gruppen, kontaktfreudig, hat Überzeugungskraft
23	unbegründete Ängste, zwanghaftes Verhalten, übermäßig besorgt, wenig Selbstvertrauen, Zweifel an sich selbst, sensibel, gewissenhaft, ordnungsliebend, Konzentrationsschwierigkeiten, Schwierigkeiten Entschlüsse zu fassen, Schuldgefühle, hohe Anforderung an sich selbst, selbstkritisch, Angst vor emotionalen Bindungen, ev. Akute Spannungs- oder Krisensituation, misstrauisch gegenüber der Umgebung, isoliert sich verdrängt Probleme und Frustrationen, ist teilweise gespannt und äußert körperliche Beschwerden introvertiert, zurückhaltend, bescheiden, schüchtern, distanziert
24	gut angepasst, intelligent, sensibel, kritisch sich selbst gegenüber und anderen, offen, umgänglich

Tab. 6: Mittelwerte der T-Werte der MMPI-Items der deutschsprachigen Teilnehmer mit Standardabweichung (Nr. 1-24, n=24).

Item*	L	F	K	HY	D	PD	MF	HD	PA	PT	SC	MA	SI
Mittelwert der T-Werte	52,9	50,2	60,8	57,7	54,8	58,3	55,7	57,2	50,8	63	61,4	51,1	51,2
Standardabweichung	9,8	7,0	9,1	12	13	9,6	12,6	13,7	50,8	11,6	9,7	7,7	11

* L=Lügenitem; F=Failure; K=Ehrlichkeit; HY=Conversion Hysteria; D=Depression; SI=Social Introversion; HS=Hypochondriasis; PD= Psychopathic Deviate; SC=Schizophrenia; PA=Paranoia; MA=Hypomania; MF=Masculinity/Femininity; PT=Psychasthenia.

Tab. 7: Auswertung des Beck Depressions Inventar im Vergleich zur Skala „Depression“ im MMPI, Nr. 1- 24 (n=24).

Nr.	1	2	3	4	5*	6	7	8	9	10*	11	12
BDI	7	7	0	2	27	0	4	8	6	34	4	2
D-MMPI	60	52	48	46	71	46	46	65	44	86	52	54

Nr.	13	14	15	16*	17	18	19*	20	21	22*	23*	24
BDI	10	10	10	25	0	12	20	1	0	28	19	0
D-MMPI	44	54	48	68	42	71	63	42	42	74	65	33

*Fett gedruckt: Teilnehmer, die in beiden Tests Werte für eine Depression aufweisen.



Universität zu Lübeck

Institut für Medizinische Psychologie

Prof. Dr. Erich Kasten, Institut für Med. Psychologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Email: EriKasten@aol.com
Cand. Med Frederike Spithaler, frederikes@medpsy.uni-luebeck.de

April 2009

BIID-Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir führen eine Untersuchung durch, um Hintergründe und Motivation von Personen zu erfassen, die von der sog. "Body Integrity Identity Disorder" (BIID, Apotemnophilie) betroffen sind. Hierbei haben die Betroffenen den Wunsch, sich ein Körperteil amputieren zu lassen. Wir hoffen, durch unsere Studie mehr über die Gründe herauszufinden, um langfristig bessere Hilfen für diese Gruppe von Menschen anbieten zu können.

Zusätzlich haben wir diesem Fragebogen zwei weitere Standard-Tests beigefügt, mithilfe derer wir allgemein Ihr Gemüt und Ihre Stimmung testen möchten.

Die Teilnahme an dieser Befragung ist völlig freiwillig; Sie können statt Ihres Namens auch ein Pseudonym angeben. Wir stehen unter ärztlicher Schweigepflicht und werden Ihre Identität unter keinen Umständen jemandem mitteilen! Wenn Sie einzelne Fragen nicht beantworten möchten, so lassen Sie diese frei. Sie helfen uns aber sehr, wenn Sie möglichst alle Fragen beantworten.

Auch ohne Ihre Unterschrift erklären Sie sich durch Ausfüllen und Rücksenden dieses Fragebogens damit einverstanden, dass wir Ihre Daten wissenschaftlich auswerten und auch publizieren dürfen. In den entsprechenden wissenschaftlichen Arbeiten wird Ihre Identität nicht erkennbar sein; Ihr Wunsch nach Anonymität wird auf jeden Fall respektiert!

Bitte helfen Sie uns, Ihren Wunsch besser zu verstehen. Behandlungsmöglichkeiten für BIID Betroffene wird es langfristig nur geben können, wenn die Fachwelt Verständnis für diesen zunächst sonderbar erscheinenden Wunsch nach Amputation entwickelt.

Bei Fragen können Sie sich gerne (am besten per Email) an uns wenden.

Mit freundlichen Grüßen

BIID-FRAGEBOGEN

Autoren: Prof. Dr. Erich Kasten und cand.med. Frederike Spithaler
Institut für Med. Psychologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Ratzeburger Allee 160,
23538 Lübeck

Im Folgenden werden Sie etliche Fragen finden.

Bei dieser Fragenart: ja nein kreuzen Sie bitte das zutreffende Kästchen an.

Bei einigen Fragen sind freie Antworten vorgesehen; Sie können Ihre Antwort dann frei formulieren und auf die vorgesehenen Linien schreiben. Falls die Linien nicht ausreichen, benutzen Sie bitte die Rückseite des Blattes.

Bei einigen Fragen sind Skalen vorgesehen, z.B.

nie 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem oft

Bitte kreuzen Sie dann den Zahlenwert an, der für Sie zutrifft, z.B. „20“, wenn das Ereignis eher sehr selten auftrat, „80“, wenn es eher sehr oft auftrat und „100“, wenn es extrem oft war.

Bitte machen Sie zu jeder Frage nur 1 Kreuz. Bei manchen Fragen kann das schwierig sein, aber wir müssen diesen Fragebogen auch statistisch auswerten und es macht Probleme, wenn mehrere Zahlen angekreuzt wurden. Falls Sie sich einmal geirrt haben, dann machen Sie bitte einen Kreis um das falsche Kreuz; es gilt dann das Kreuz ohne Kreis.

BIID-Fragebogen

I. Persönliche Daten

I.1 Heutiges Datum:

I.2 Name (Vorname,Nachname) oder Pseudonym:

I.3 Ihr Alter:

I.4 Geschlecht: männlich weiblich transident

I.5 Höchster Schulabschluss:

I.6 Elernte(r)Beruf(e):

I.7 Ausgeübter Beruf:

I.8 Händigkeit: rechtshändig linkshändig beidhändig

I.9 Sexualität: heterosexuell homosexuell bisexuell

I.10 Familienstand:

I.10 Religion : röm. katholisch evangelisch andere:

I.11 Haben Sie Kinder?: nein ja, Anzahl: _____ . nein

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes auf den Skalen und bei Fragen an.

I.12 Wie stark ist der Wunsch nach Amputation im Moment?

schwach 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem stark

I.13 Wie sehr belastet es Sie zurzeit, nicht amputiert zu sein?

kaum 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem stark

I.14 Wie sehr würde eine Amputation Ihre Lebensumstände verändern?

kaum 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem stark

I.15 Haben Sie andere Körperveränderungen (BodyModifications)?

(z.B. Piercings, Tätowierungen, Schönheitsoperationen, Implants, Skarifizierungen usw.)

ja nein

Wenn ja, bitte hier benennen:

Piercings (Anzahl): _____

Tattoos (Anzahl): _____

Skarifizierungen (Ziernarben): _____

Brandings: _____

Flesh-Tunnel: _____

Implants: _____

Schönheits-Operationen: _____

Anderes: _____

II. Allgemeine Situation

II.1 Wie würden Sie Ihre derzeitige allgemeine Lebenssituation beurteilen?

sehr unzufrieden 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr zufrieden

II.2 Wie zufrieden sind Sie zurzeit mit Ihrem Beruf?

unterfordert 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 überfordert

unzufrieden- 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 zufrieden

II.3 Wie würden Sie Ihr derzeitiges Privatleben beurteilen?

sehr schlecht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr gut

II.4 Wie würden Sie Ihre derzeitige körperliche Gesundheit beurteilen?

sehr schlecht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr gut

II.5 Wie würden Sie Ihre derzeitige sexuelle Zufriedenheit beurteilen?

sehr unzufrieden 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr zufrieden

II.6 Können Sie sich zurzeit mit Ihrem gesamten Körper identifizieren?

sehr schlecht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr gut

II.7 Wie würden Sie sich persönlich beurteilen?

hektisch 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 ruhig

gehemmt 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 ungehemmt

abhängig 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 frei

angespannt 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 entspannt

II.8 Erkennen Sie Ihre eigenen Bedürfnisse (neben BIID) schnell und deutlich?

sehr schlecht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr gut

II.9 Wie sehr gelingt es Ihnen, Ihre Bedürfnisse zu befriedigen?

sehr schlecht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr gut

II.10 Wie würden Sie folgende Eigenschaften bei sich selbst einschätzen?

unsensibel 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sensibel

gefühllos 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehremotional

traurig 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 fröhlich

unglücklich 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 glücklich

Nicht Selbstbewusst 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 selbstbewusst

II.11 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem jetzigen äußeren Erscheinungsbild?

sehr unzufrieden 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr zufrieden

II.12 Haben Sie das Gefühl, dass Sie von anderen angestarrt werden?

nie 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem oft

II.13 Wie oft wurden Ihnen schon Komplimente gemacht?

nie 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem oft

Wie haben Sie sich dadurch gefühlt?

sehr unsicher -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr sicher

sehr verletzt -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr geschmeichelt

sehr bedrückt -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr erleichtert

II.14 Wie oft wurde/wird an Ihrem Äußeren Kritik geübt??

nie 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem oft

Wie haben Sie sich dadurch gefühlt?

sehr unsicher 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr sicher

sehr verletzt -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr geschmeichelt

sehr bedrückt -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr erleichtert

II.15 Haben Sie Ihr äußeres Erscheinungsbild schon mit denen anderer verglichen?

nie 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem oft

II.16 Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt dem anderen Geschlecht zugehörig zu sein?

ja nein manchmal

Wenn nein bitte weiter mit Frage II.23.

II.17 Mit wie viel Jahren ist Gefühl des anderen Geschlechtsbewusstseins das erste Mal aufgetreten? _____

Durch welche Umstände ist es aufgetreten?

II.18 Haben Sie das Gefühl, dass dieses andere Geschlechtsbewusstsein Ihren Wunsch nach Amputation beeinflusst?

kein Einfluss -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 starker Einfluss

II.19 Wie fühlen Sie sich durch BIID?

sehr müde 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr kraftvoll

sehr einsam 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr gesellig

sehr traurig -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr fröhlich

II.20 Haben Sie oft Alpträume?

nie 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem oft

II.21 Wenn Sie träumen, wie träumen Sie dann von sich?

- als Amputierte(r) mit allen Gliedmaßen unterschiedlich

II.22 Haben Sie neben BILD andere tiefe, wichtige Herzenswünsche, Träume und Interessen?

II.23 Treiben Sie Sport?

nie 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem oft

Wenn ja, welche Sportarten:

II.24 Könnten Sie diese Sportart(en) auch nach der gewünschten Amputation noch weitermachen?

sicherlich nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 bestimmt

II.25 Interessieren Sie sich für Sportarten mit Behinderten, z. B. die Paralympics?

gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr stark

II.26 Wie beurteilen Sie Sport-Rollstuhlfahrer, behinderte Sportler mit Hochleistungs-Beinprothesen usw.?

langweilig 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 max. Faszination

III. Gesundheitliche Situation

III.1 Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

(Bitte schreiben Sie auch kurz dazu, gegen welche Erkrankung diese Medikamente eingenommen werden)

III.2 Welche Operationen habe Sie schon hinter sich? Wann wurden diese etwa durchgeführt (Jahr), was wurde operiert?

III.3a Haben Sie jemals unter einer schweren körperlichen Erkrankungen oder chronischen Krankheit gelitten? Oder leiden sie zurzeit an einer Krankheit? (z.B. schwerer Unfall,

Herzinfarkt, Diabetes, Nierenversagen, Migräne, Bluthochdruck, Herz/Kreislaufbeschwerden, Neurodermitis, Gürtelrose (Herpes Zoster Virus) Morbus Chron. Ulcus, Reizdarm usw.)

- ja nein

Wenn ja, bitte hier auflisten, möglichst mit ungefährender Jahreszahl:

III.3b Wie stark beeinträchtigt/beeinträchtigt Sie Ihre o.g. Erkrankung(en) in Ihrer Lebensqualität?

gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr stark

III.4a Haben Sie jemals unter einer psychischen Störung gelitten oder leiden Sie zur Zeit an einer? (z.B. Depression, Psychose, Neurose, Panikstörung, posttraumatische Belastungsstörung)

- ja nein

Wenn ja, bitte hier erläutern:

III.4b Wie beeinträchtigt/beeinträchtigte Sie die psychische Störung(en) in Ihrer Lebensqualität?

gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr stark

III.5a Haben Sie jemals unter neurologischen Störung gelitten oder leiden Sie zurzeit an einer? (z. B. Schlaganfall, Unfall mit Schädel-Hirn-Trauma, Hirnhautentzündungen, Aneurysma (Blutungen) usw.)

- ja nein

Wenn ja, bitte hier erläutern:

III.5b Wie beeinträchtigt/beeinträchtigte Sie die neurologische(n) Störung(en) in Ihrer Lebensqualität?

gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr stark

III.6 Haben Sie jemals selbstverletzendes Verhalten gezeigt? (z. B. sich selbst schneiden, mit Zigaretten verbrennen, Kopfschlagen usw.)

nie 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem oft

Wenn ja, bitte hier erläutern:

III.7 Waren Sie jemals in psychotherapeutischer oder psycho-pharmakologischer (Behandlung mit Medikamenten) Behandlung?

- ja nein
- Psychotherapie Verhaltenstherapie
- Gesprächstherapie Psychoanalyse
- Tiefenpsychologie andere: _____

III.7a Hat sich die Sehnsucht nach BIID durch die Psychotherapie verändert?

Verschlechterung 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 Verbesserung

Oder:

Hat sich das Leiden unter der Sehnsucht nach BIID durch die Psychotherapie verändert?

Verschlechterung 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 Verbesserung

Wenn ja, dann teilen Sie uns bitte mit über welche Dauer und durch welche spezifischen

Maßnahmen in der Therapie :

- Antidepressiva Anti-Epileptika
- Neuroleptika (Antipsychotika) Beruhigungsmittel
- andere: _____

III.7b Hat sich das Leiden unter BIID durch die Medikamente verändert?

Verschlechterung 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 Verbesserung

Wenn ja, dann teilen Sie uns bitte mit über welche Dauer der Therapie und durch welche spezifischen Maßnahmen in der Therapie:

- Entspannungsverfahren Autogenes Training
- QiGong Progress. Muskelentspannung
- Yoga andere: _____

III.7b Hat sich das Leiden unter BIID durch diese Verfahren verändert?

Verschlechterung -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 Verbesserung

Wenn ja, dann teilen Sie uns bitte mit über welche Dauer der Therapie und durch welche spezifischen Maßnahmen in der Therapie:

IV. Amputationswunsch

IV.1 In welchem Alter etwa haben Sie das erste Mal den Wunsch gespürt, amputiert zu sein?

Etwa _____ Jahre alt.

IV.2 Gab es ein Ereignis, durch das damals dieser Wunsch bzw. das Bewusstsein Ihres Wunsches ausgelöst wurde?

IV.3 Was haben Sie beim ersten Anblick eines Amputierten als Kind empfunden?

sehr hässlich -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr schön

sehr unangenehm -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr angenehm

sehr traurig -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr lustig

sehr langweilig -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr faszinierend

sehr unvollständig -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr vollständig

sehr abscheulich -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr mitleiderregend

IV.4 Haben Sie als Kind amputierte Personen gezeichnet oder Bilder ausgeschnitten und dann mit der Schere Gliedmaßen amputiert?

nie 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem oft

IV.5 Haben Sie als Kind Puppen die Extremitäten entfernt etc.?

nie 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem oft

IV.6a Haben Sie als Kind die Serie der „6-Millionen-Dollar-Mann“ oder die „7-Millionen-Dollar-Frau“ bzw. „Bionic-Women“ oder eine andere Serie gesehen, in denen Prothesen wegen Behinderungen supernatürliche Fähigkeiten verliehen haben?

nie 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem oft

Wenn ja, welche Filme/Serien haben sie besonders häufig geschaut:

IV.6b Oder haben Sie andere Filme gesehen, in denen behinderte Personen eine Hauptrolle spielten?

nie 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem oft

Wenn ja: Was haben Sie als Kind dabei empfunden?

Langeweile -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 Faszination

IV.7 Wie haben Sie Ihre Kindheit und Jugend empfunden?

- 0 – 6 Jahre sehr schlecht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr gut
- 7 – 12 Jahre sehr schlecht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr gut
- 13 – 18 Jahre sehr schlecht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr gut
- > 19 Jahre sehr schlecht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr gut

IV.8 Hatten Sie viele Probleme und Unstimmigkeiten mit Ihren Eltern?

- 0-6 Jahre gar keine 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 viele
- 7-12Jahre gar keine 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 viele
- 13-18 Jahre gar keine 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 viele
- > 19Jahre gar keine 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 viele

IV.9 Wie haben Sie sich von Ihren Eltern behandelt gefühlt?

- gar nicht gewollt -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr willkommen
- gar nicht geliebt -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr geliebt
- sehr ignoriert -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr beachtet
- sehr vernachlässigt 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr behütet
- sehr lieblos -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr liebevoll

IV.10 Hatten Sie als Kind den Wunsch behindert zu sein?

- nie 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr oft

IV.11 Spielen/Spielten Sie gelegentlich, ein Amputierter zu sein oder täuschen/ täuschten Sie es vor („Pretending“)?

- nie 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr oft
- alleine bei anderen in der Öffentlichkeit

Bitte beschreiben Sie, wie Sie es vortäuschen/spielen:

IV.12 Beschreiben Sie bitte das Motiv bzw. Ihre Sehnsucht für Ihren jetzigen Wunsch amputiert zu sein !

IV.13 Spüren Sie neben oder anstelle der Amputation den Wunsch in einer anderen Weise behindert zu sein?

- ja nein
- Blindheit Plegie (Lähmung)
- Taubheit Inkontinenz
- Sonstige: _____

IV.14 Wie schlimm wäre es für Sie, wenn (z.B. durch einen Unfall) ein anderer als der von Ihnen gewünschte Körperteil amputiert werden müsste (z.B. der Arm, anstatt das Bein)?

sehr schlimm 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr gut

IV.15 Würden Sie trotz dieses „Unfalls“ weiterhin das Bedürfnis verspüren, sich das gewünschte Körperteil amputieren zu lassen?

nicht mehr 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 weiterhin stark

IV.16 Hatten Sie Erkrankungen/Operationen/Unfälle des Körperteils, das Sie amputiert haben möchten?

- ja nein

Wenn ja, was ist konkret vorgefallen?

IV.17 Wie sehr unterscheidet sich der Körperteil, den Sie amputiert haben möchten, von Ihrem restlichen Körper?

sehr unästhetisch -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr ästhetisch

sehr unbeseelt -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr beseelt

nicht zugehörig -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 zugehörig

sehr abstoßend - 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr schön

IV.18 Haben Sie jemals erfolglos versucht eine Amputation herbeizuführen?

- ja nein

Wenn ja, wann und wie? Warum war der Versuch letztlich erfolglos?

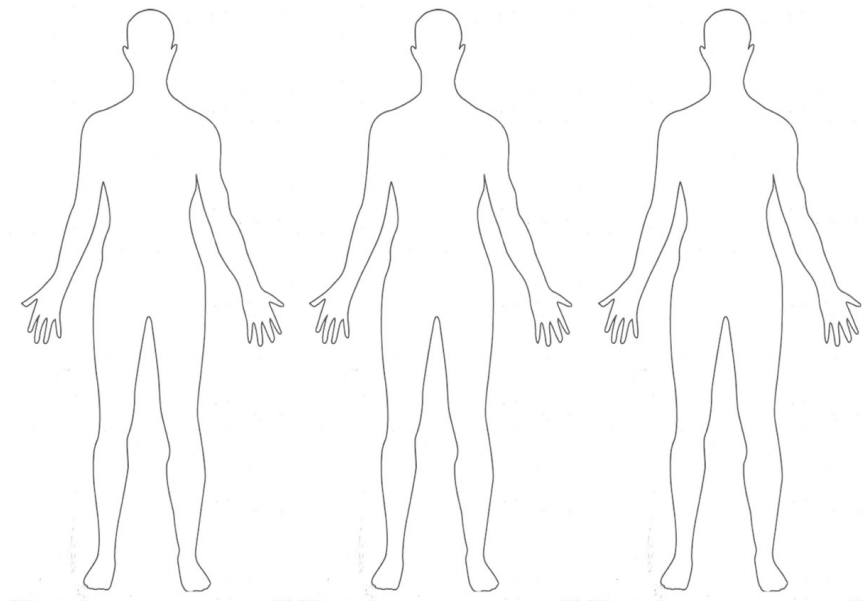
IV.19 Haben Sie versucht ärztliche Hilfe oder sonstigen professionellen Rat in Anspruch zu nehmen, um die Amputation zu erhalten?

- ja nein

Wenn, ja: Bei wem (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus usw.) und wie haben die Fachleute reagiert?

IV.20 Bitte zeichnen Sie hier ein, wo genau das/die Körperteil/er amputiert werden soll und schraffieren Sie das/die zu entfernende/n Körperteil/e.

Falls sich im Lauf der letzten Jahre der Amputationswunsch verändert hat, zeichnen Sie dies bitte in mehreren der Figuren ein und geben Sie darunter den ungefähren Zeitpunkt an, wann die Veränderung des Amputations-Ortes eintrat. (Beispiel: Wenn Sie früher das rechte und später oder jetzt das linke Bein amputiert haben wollten oder wenn Sie zunächst das Bein nur ab dem Unterschenkel und später auch ab dem Oberschenkel amputiert bekommen wollten.)



Ungefähre Zeitpunkte der Veränderung des Amputationswunsches:

IV.21 Gab es Gründe dafür, dass der Amputationswunsch sich verändert hat?

IV.22 Wie hat sich der Wunsch nach Amputation seit dem ersten Auftreten verändert?

sehr vage -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr klar

sehr abgeschwächt -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr intensiv

IV.23a Gibt es Situationen oder Lebenseinflüsse, die den Amputationswunsch verstärken?

ja nein

Wenn, ja: welche?

IV.23b Gibt es Situationen oder Lebenseinflüsse, die den Amputationswunsch schwächer werden lassen?

- ja nein

Wenn, ja: welche?

IV.24 Was verspüren Sie bei dem Gedanken an die gewünschte Amputations-Operation?

Beklemmung -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 Erleichterung

Unglück -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 Glück

Angst -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 keine Angst

Unbehagen -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 Freude

Einengung -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 Befreiung

IV.25 Was verspüren Sie bei dem Gedanken an das „Amputiert-Sein“?

Beklemmung -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 Erleichterung

Unglück -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 Glück

Angst -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 keine Angst

Unbehagen -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 Freude

Einengung -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 Befreiung

IV.26 Nennen Sie Pro - und Contra - Aspekte, wenn Sie jetzt sofort eine Amputation durchführen lassen könnten!

PRO

CONTRA

IV.27 Würden Sie, wenn Sie die Amputation durchführen ließen, die Wahrheit sagen oder eine Ausrede erfinden?

- Ihrer Familie Wahrheit sagen Ausrede erfinden

- Ihren Freunden Wahrheit sagen Ausrede erfinden
- Ihren Kollegen Wahrheit sagen Ausrede erfinden

Wenn Sie eine Ausrede erfinden würden, welche:

IV.28 Können Sie den Wunsch einer Amputation mit einem anderen Gefühl vergleichen?

IV.29 Wie stark ist ihr Amputationsbegehren von dem Wunsch geprägt, behindert zu sein?

Gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr stark

IV.30 Wie stark wird ihr Amputationsbegehren von dem Wunsch begleitet, der Umwelt beweisen zu können, dass Sie das Leben auch als Behinderter meistern können?

Gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr stark

IV.31 Wie stark ist ihr Amputationsbegehren von dem Gefühl geprägt, dass das entsprechende Körperteil nicht zu Ihrem Ideal-Körper gehört, d.h. nicht Teil Ihres Selbst ist?

Gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr stark

IV.32 Wie stark wird ihr Amputationsbegehren von sexuellen Gefühlen begleitet?

Gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr stark

VI.33 Fühlen Sie sich sexuell angezogen von anderen Amputierten?

Gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr stark

VI.34 Fühlen Sie sich sexuell erregt durch die Vorstellung selbst amputiert zu sein?

Gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr stark

VI.35 Surfen Sie auf Internetseiten mit erotischen Bildern amputierter Personen oder schauen Sie entsprechendes Material in Papierform o.ä. an?

Gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 nahezu täglich

Wenn ja: Wieviele Stunden pro Monaten verbringen Sie mit dem Ansehen von entsprechenden Bildern? _____ Std. pro Monat.

VI.36 Habe Sie schon einmal erotischen/intimen Kontakt mit einer Person gehabt, die amputiert war?

- ja nein

Wenn ja, wie empfanden Sie diesen Kontakt?

langweilig 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 extrem erregend

schlechter... 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 besser als mit
nichtamputiertem Partner

beklemmend 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 befreiend

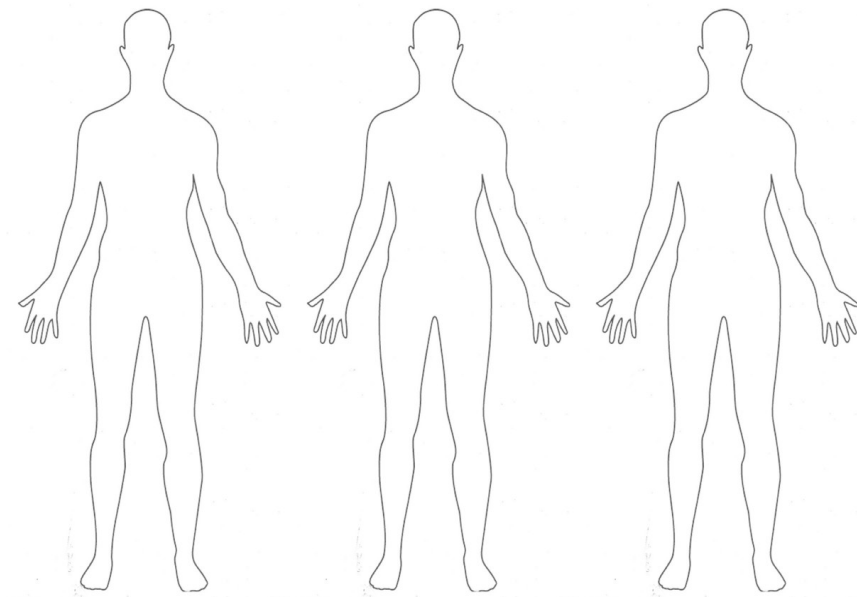
V. Vorangegangene Amputationen

Bitte kreuzen Sie wiederum auf den Skalen oder bei den einzelnen Fragen Zutreffendes an. Insofern Sie eine Frage mit „nein“ beantworten, können Sie zur nächsten Frage übergehen:

V.1 Haben Sie bereits eine Amputation?

ja nein

V.2 Bitte zeichnen Sie hier ein, welches Körperteil entfernt wurde und schraffieren die Lage und das amputierte Glied. Wenn Sie bereits mehrere Amputationen hatten, dann mehrere Strichmännchen benutzen:



Ungefähre Zeitpunkte der Amputationen und Altersangaben:

V.3 Wenn ja: Wie haben Sie die Amputation erreicht:

- selbst gemacht .
- mit Hilfe Freund/Bekannter
- mit Hilfe bezahlter Person
- mit Hilfe von medizin. Fachpersonal

V.4 Wenn Sie ohne Hilfe von medizinischem Fachpersonal amputiert haben, mussten Sie hinterher professionelle Hilfe (Arzt, Krankenhaus) aufsuchen?

ja nein

Wenn, ja: welche: _____

V.5 Wenn ja, was haben Sie den Mitarbeitern dort erzählt?

V.6 Wie sehr haben Sie durch die Amputation(en) Ihr ideales Körperbild erreicht?

mangelhaft -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 ideal

V.7 Wie zufrieden sind Sie jetzt mit Ihrem Körper?

sehr unzufrieden -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr zufrieden

V.8 Wie vollständig fühlen Sie sich jetzt in Ihrem Körper?

sehr unvollständig -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr vollständig

V.9 Wie sehr hat sich Ihr Selbstwertgefühl geändert?

gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr stark

V.10 Wie war ihr Selbstwertgefühl vor der Operation?

sehr schlecht -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr gut

V.11 Hatten Sie nach der Amputation das Gefühl, dass Sie von anderen angestarrt werden?

gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr oft

V.12 Haben Sie seit Ihrer Amputation Komplimente bekommen?

gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr oft

Wie haben Sie sich danach gefühlt?

sehr traurig -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr fröhlich

sehr unwohl -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr wohl

sehr unglücklich -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr glücklich

beklemmt -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 erleichtert

V.13 Hat jemand seit der Amputation schon mal Kritik an Ihrem Äußeren geübt?

gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr oft

Wie haben Sie sich dadurch gefühlt?

sehr traurig -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr fröhlich

sehr unwohl -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr wohl

sehr unglücklich 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 glücklich

beklemmt -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 erleichtert

V.14 Wie würden Sie sich nun NACH der Amputation bezeichnen:

sehr traurig -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr fröhlich

sehr unwohl -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr wohl

sehr unglücklich -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr glücklich

beklemmt -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 erleichtert

körperl. schwach 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 körperl. leistungsfähig

verkrampft -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 entspannt

geistig schwach -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 geistig leistungsfähig

V.15 Hatten Sie Schmerzen nach dem Eingriff?

gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr stark

V.16 Schmerzt der Stumpf/Schmerzen Ihre Stümpfe zurzeit?

gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr stark

V.17 Haben Sie "Phantomgefühle" in dem/den amputierten Körperteil(en), d. h. das Gefühl diese(r) sei(en) noch da oder Sie könnten ihn/sie noch bewegen?

gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr oft

V.18 Wenn Sie solche Phantomgefühle haben, was verspüren Sie dabei genau?

Größer Kleiner

Länger Kürzer

Wärmer Kälter

Schmerz Druck

Jucken Kratzen

Formveränderung: _____

Sonstiges: _____

V.19 Wussten Sie vorher, dass es häufig nach einer Amputation zu solchen Phantomgefühlen kommt?

ja, das wusste ich

Nein, das war mir nicht bekannt

V.20 Vergessen Sie manchmal, dass Ihnen dieses Körperteil fehlt und versuchen Sie es intuitiv zu benutzen?

gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr oft

V.21 Wie sehr beeinträchtigen Sie die Phantomgefühlen in Ihrer Lebensqualität?

gar nicht 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr oft

V.22 Wenn Sie träumen, träumen Sie dann von sich als Amputierter oder erleben Sie sich mit allen Gliedmaßen?

als Amputierte(r) mit allen Gliedmaßen unterschiedlich

V.23 Benutzen Sie Hilfsmittel ?

Ja nein

V.24 Wie empfinden Sie es, dass Menschen in modernen Rollstühlen relativ mobil fortbewegen können?

Langeweile -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 Faszination

V.25 Was empfinden Sie, wenn Sie Menschen mit Prothesen sehen?

Langeweile -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 Faszination

V.26a Benutzen Sie Prothesen und Hilfsmittel, um nicht für andere „behindert“ auszusehen?

auf keinen Fall -0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr gerne

Oder :

V.26b Zeigen Sie Ihre Behinderung?

Behinderung verstecken 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 offen zeigen

V.27 Bereuen Sie, dass Sie eine Amputation gewagt haben?

Keine Reue 0---10---20---30---40---50---60---70---80---90---100 sehr starke Reue

V.28 wünschen Sie sich weitere Amputationen? Wenn ja zeichnen Sie bitte ein wo:

Ggf. Beschreibung der gewünschten Amputation neben den Figuren.

DANKE für Ihre Mitarbeit.

Haben Sie Anregungen zur Verbesserung dieses Fragebogens?



Im Fokus das Leben
Universität zu Lübeck

Medizinische Fakultät

Ethik-Kommission

Vorsitzender:

Herr Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Raspe

Universität zu Lübeck

Stellv. Vorsitzende:

Frau Prof. Dr. med. M. Schrader

Ratzeburger Allee 160

23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann

Tel.: +49 451 500 4639

Fax: +49 451 500 3026

janine.erdmann@medizin.uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 08-202

Datum 06.01.2009

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Herrn

Prof. Dr. med. Erich Kasten

Institut für Medizinische Psychologie

im Hause

nachrichtlich:

Herrn Prof. Schmielau

Direktor des Institutes für Medizinische Psychologie

Sitzung der Ethik-Kommission am 18. November 2008 – Ihr Schreiben vom 16. Dezember 2008

Antragsteller: Herr Prof. Kasten / Herr Prof. Schmielau

Titel: Befragung zu den Ursachen und Auswirkungen von Veränderungen des Körperbildes bei Body Integrity Identity Disorder (BIID)

Sehr geehrter Herr Prof. Kasten,

der Antrag wurde unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft.

Die Kommission hat keine Bedenken mehr.

Bei Änderung des Studiendesigns sollte der Antrag erneut vorgelegt werden. Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, muß die Kommission umgehend benachrichtigt werden.

Nach Abschluß des Projektes bitte ich um Übersendung eines knappen Schlussberichtes (unter Angabe unseres Aktenzeichens), aus dem der Erfolg/Misserfolg der Studie sowie Angaben darüber, ob die Studie abgebrochen oder geändert bzw. ob Regressansprüche geltend gemacht wurden, ersichtlich sind.

Die ärztliche und juristische Verantwortung des Leiters der klinischen Studie und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Mit freundlichem Gruß bin ich

Ihr

Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Raspe
Vorsitzender

anwesende Kommissionsmitglieder:

Prof. Dr. Dr. H.-H. Raspe
(Sozialmedizin, Vorsitzender der EK)

Prof. Dr. Schweiger
(Psychiatrie)

Prof. Dr. Dendorfer
(Pharmakologie)

Frau Prof. E. Stubbe
(Theologie)

Prof. Dr. Borek
(Medizin- und Wissenschaftsgeschichte)

Frau H. Müller
(Pflege)

Dr. Kaiser
(Kinderchirurgie)

Herr Dr. Fieber
(Richter am Amtsgericht Ahrensburg)

Prof. Schwinger
(Humangenetik)

Herr Prof. Dr. Mönig
(Medizinische Klinik I)

Frau Prof. Dr. M. Schrader
(Plastische Chirurgie)

Herr Dr. Schultz
(Pädiatrie)

Herr D. Stojan
(Präsident des Amtsgerichtes Lübeck)

5. Danksagung

Auf diesem Weg möchte ich mich für die intensive und geduldige Unterstützung und Begleitung meines Doktorvaters, Prof. Erich Kasten, ganz herzlich bedanken. Mit ihm ist die Idee entstanden eine Häufigkeitsstudie durchzuführen. Daraus hat sich dann das Thema für meine Doktorarbeit entwickelt, die ich nun durch seine Betreuung und ständige Diskussions- und Hilfsbereitschaft endlich fertig stellen konnte.

Des Weiteren danke ich allen Teilnehmern in erster Linie für ihre Teilnahme, aber insbesondere für ihre Offenheit und Zeit.

Mein letzter Dank gilt meiner Familie und Freunden Daniela Janssen und Nadine Reeve, die mich zeitlich und mental darin unterstützt haben diese Arbeit zu Ende führen zu können.

6. Lebenslauf

Zur Person

Name: Frederike Schmitt, geb. Spithaler
Geburtsdatum: 09.03.1985
Geburtsort: Düren
Staatsangehörigkeit: Deutsch
Familienstand: Verheiratet, 2 Kinder
Anschrift: Rheinbacher Straße 63, 53347 Alfter
Tel: 0228 - 40974758
E-Mail: frederikesp@hotmail.de

Schulischer Werdegang

Grundschule: 1991 -1995 Katholische Grundschule im Pesch, Düren
Gymnasium: 1995 - 2004 Stiftisches Gymnasium Düren
1995 - 2002 Latein
1997 - 2004 Englisch
1999 - 2001 Französisch
2001 - 2003 Spanisch
Schulabschluss: Abitur im Juni 2004

Praktika

- 01.09 - 10.09.2003 Praktikum in der Pädiatrischen Abteilung des St. Marien Hospitals Düren-Birkesdorf
- 10.05. - 08.08.2004 3-monatiges Pflegepraktikum für das Medizinstudium im St. Augustinus Krankenhaus Lendersdorf
- 09.08. – 21.08.2004 Praktikum in der Anästhesiologie des St. Augustinus Krankenhauses Lendersdorf
-

Studium und beruflicher Werdegang

- Sept. 2004 - Sept. 2005 **Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin** in der Krankenpflegeschule des St. Marien Hospitals Düren-Birkesdorf (Abschluss Pflegehelferin)
- September 2005 **Beginn des Humanmedizinstudiums** an der Semmelweis Universität in Budapest
- August 2007 Erwerb der Ärztlichen Vorprüfung (**Physikum**)
- 23.11.2007 - 21.12.2008 **Famulatur** im St. Augustinus Krankenhaus Düren Lendersdorf, Abteilung für Unfall-/ Visceral-/ Gefäßchirurgie
- Sept. 2007 - Mai 2008 Tätigkeit als **Dozentin an der Pflegeschule** St. Marien Hospitals Düren-Birkesdorf
- Juni 2008 - Okt. 2012 **Weiterführung des Humanmedizinstudiums** an der Universität Lübeck
18. Juli - 19. Sept. 2008 **Famulatur** in der Neurochirurgie an der Uniklinik Greifswald
- März 2011 - April 2011 **Famulatur** in der Hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Dr. J. Zippel/Krahnstöver/Lieker, Lübeck

Aug. 2011 - Dez. 2011	1. Tertial des Praktischen Jahres an der Sana Klinik Lübeck, Internistische Abteilung für Pulmologie
Dez. 2011 - März 2012	2. Tertial des Praktischen Jahres am Deutschen Roten Kreuz Krankenhaus Lübeck, Schwerpunkt Geriatrie
März 2012 - Juli 2012	3. Tertial des Praktischen Jahres an der Sana Klinik Lübeck, jeweils in den Abteilungen für Unfall-/ Visceral-/ Gefäßchirurgie
Oktober 2012	2. Staatsexamen Humanmedizin
Januar 2013	Erwerb der ärztlichen Approbation

Kongressvorträge und Fortbildungen

September 2009	Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie, Uni Göttingen: „Epidemiologische Prüfung der Häufigkeit von Körperwahrnehmungsveränderungen, F. Spithaler & E. Kasten
Oktober 2009	Workshop „Problemorientiertes Lernen“ für Tutoren des POL im Querschnittsfach „Klinische Umweltmedizin“
April 2011	Teilnahme am Praxen- und praktisch orientiertem Notfalltraining – Reanimation in der Arztpraxis (im Rahmen der Famulatur bei Dr. Zippel, Lübeck)
Dezember 2012	Teilnahme am 7. Brückensymposium „Gefährliche Verläufe in Klinik und Praxis“, Institut für Hausarztmedizin Universität Bonn
Dezember 2012	Teilnahme am Tag der Fortbildung in der Weiterbildung Allgemeinmedizin , Institut für Hausarztmedizin Universität Bonn

Veröffentlichungen

- 2009 Kasten E., Spithaler F., Body Integrity Identity Disorder: Personality Profiles and Investigation of Motives. In: A. Stirn, A. Thiel & Oddo (Eds.) Body Integrity Identity Disorder. Pabst Science Publishers, 2009; 20-40.
- 2012 F. Spithaler & E. Kasten: Studie zu Körperwahrnehmungsveränderungen, Zeitschrift für medizinische Psychologie, 21/2012 Nr.1: 39-47.2018
- 2018 Aner L.-L., Schmitt F., Kasten E. The Beauty and the BIID. International Journal of Research in Humanities and Social Studies. 2018; Vol. 5, Issue 5: 33-53.
-