



**MSH Medical School Hamburg –
University of Applied Sciences and Medical University**

Fakultät Humanwissenschaften

Am Kaiserkai 1 - 20457 Hamburg

Bachelorarbeit

Studiengang:	Psychologie
Thema:	Entwicklung und Evaluation eines Screeninginstruments zur Erfassung der Therapieerfahrung und des Therapieerfolges von Body Integrity Identity Disorder
Nachname, Vorname:	Kröger, Katharina
Matrikelnummer:	100201043
Datum:	13. August 2013
1. Gutachter:	Prof. Dr. Erich Kasten
2. Gutachter:	Prof. Dr. rer. nat. Dr. rer. med. Thomas Schnell

Eigenständigkeitserklärung:

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

Hamburg, August 2013

Katharina Kröger

Inhaltsverzeichnis

1 Abstract	4
2 Theoretischer Hintergrund	
2.1 Was ist BIID?	6
2.2 Ethische und juristische Probleme	7
2.3 Differentialdiagnosen	10
2.4 Komorbiditäten	12
2.5 Therapien	13
2.6 Aktueller Forschungsstand	19
2.7 Ableitung von Hypothesen aus dem Forschungsstand	23
3 Methodik	
3.1 Untersuchungsinstrument	25
3.2 Ablauf der Datenerhebung	28
3.3 Statistik	28
4 Ergebnisse	
4.1 Zusammenfassung der Soziodemografischen Daten	29
4.2 Beantwortung der Hypothesen Vermittels: Reliabilität	30
4.3 Ergebnisse zur Selbstwirksamkeit	31
4.4 Ergebnisse zu BIID und den allgemeinen Therapieerfahrungen	32
4.5 Ergebnisse zu den Therapieverfahren	33
4.6 Ergebnisse zur Patientenwahrnehmung zu Therapieverfahren	37
5 Diskussion der Ergebnisse	40
6 Literatur	46
7 Anhang	49

1 Abstract

Zusammenfassung: Personen, die unter Body Integrity Identity Disorder leiden, verspüren den intensiven Wunsch nach einer körperlichen Behinderung, um ihren intakten Körper mit dem als „richtig“ empfundenen, behinderten mentalen Körperschema in Einklang zu bringen. Das Leiden entsteht durch die Differenz zwischen ihrem Körper mit dem die Betroffenen leben müssen und dem angestrebten Selbstbild. Um diesen Personen den

Leidensdruck zu nehmen, wird in der hier vorliegenden Arbeit untersucht, ob Psychotherapie gegen den BIID-Drang etwas nützt.

Methode: Zur Erfassung der Therapieerfahrung und des Therapieerfolges der Body Integrity Identity Disorder wurde ein Fragebogen entwickelt. Die BIID-Betroffenen wurden gefragt, ob sie jemals eine Therapie gemacht haben und alle Teilnehmer, die dieser Frage zustimmen konnten, ordneten ihre Erfahrungen bei dem jeweilig passenden Therapieverfahren ein. Somit gaben die Betroffenen differenziert bei jedem Therapieverfahren an, ob die Therapie auf den BIID Wunsch Einfluss genommen hat und ob der Leidensdruck sich durch die Therapie verändert hat. Zwei Items kamen zum Zweck der Reliabilitätsprüfung im Fragebogen in veränderter Form doppelt vor.

Ergebnisse: 26 Personen haben den Fragebogen ausgefüllt, hiervon waren 25 Bögen auswertbar. Behandeln ließen sich 32 % der BIID-Betroffenen mit Medikamenten, 24 % mit einer Verhaltenstherapie, 20 % mit einer tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapie, 20 % mit Entspannungsverfahren, 8% mit einer Gesprächspsychotherapie und 4% der Betroffenen haben eine Kunst- und Bewegungstherapie absolviert. Bei allen Therapien hat allerdings die Therapie den Wunsch nach Erlangung einer Behinderung zunehmen lassen. Am stärksten nahm der Wunsch nach BIID bei der pharmakologischen Therapie zu und dann bei der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapie. Tendenziell erhöhte sich bei einer höheren Anzahl von Therapiesitzungen der Wunsch nach

einer Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung. Der Leidensdruck in Bezug auf BIID wurde von allen Therapien reduziert, wobei die größte Reduzierung des Leidensdrucks die tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapie erreichte.

Schlussfolgerung: Psychotherapie reduziert zwar den Leidensdruck bei den Betroffenen. Dass der Wunsch nach Erlangung einer Behinderung hierbei trotzdem ansteigt, könnte an dem intensiven Austausch über BIID in der Therapie liegen.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Was ist BIID?

Die Nachrichten und die Zeitungen berichten immer wieder von Unfällen, die bleibende Behinderungen bei den Opfern hinterlassen. Die meisten Personen würden eine Behinderung als einen schweren Schicksalsschlag einstufen und Mitleid mit den Betroffenen haben. Daher ist es kaum vorstellbar, dass es eine Gruppe von Personen gibt, die bei diesen Nachrichten Neid empfinden.

Body Integrity Identity Disorder (BIID) ist eine Erkrankung, bei der Betroffene den intensiven Wunsch nach einer körperlichen Behinderung verspüren, um ihren intakten Körper mit dem als „richtig“ empfundenen behinderten mentalen Körperschema in Einklang zu bringen.

Das Leiden entsteht durch die Empfindung einer Differenz zwischen ihrem intakten Körper mit dem die Betroffenen leben müssen und dem angestrebten Selbstbild eines Behinderten. Oft verbringen die Betroffenen viel Zeit mit Grübeleien, ob und wie sie die Behinderung erreichen können und wann sie diesen Schritt wagen. Zum Teil erzeugen die Betroffenen durch Gebrauch von Krücken, Prothesen oder Rollstühlen das Gefühl der Beeinträchtigung.

Dieses Störungsbild ist bisher noch relativ wenig erforscht und es herrscht ein Mangel an empirischen Ergebnissen. Zum Beispiel wussten nur 41% der Fachleute in einer englisch-deutschen Kooperationsstudie die richtige Diagnose bei einer typischen Fallbeschreibung eines BIID-Betroffenen (Neff & Kasten, 2010). Bei den Betroffenen herrscht ein hoher Leidensdruck, auch wenn sie nicht ständig den Wunsch gleich stark verspüren, sondern Phasen von unterschiedlicher Intensität durchlaufen. Ein Teilnehmer beschrieb z.B. seinen Wunsch als „ein Kommen und Gehen in Wellen“. Weitere Teilnehmer erleben einen Anstieg in der Intensität des Wunsches beim Anblick eines Amputierten oder wenn es ihnen nicht gut geht. Fast alle streben eine Operation an, sie wissen hierbei durchaus, dass sie anschließend behindert sein werden und eine

Fülle von Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens hinnehmen müssen. Meist wird eine Amputation des linken Beines gewünscht, seltener wollen die Betroffenen beide Beine oder einen Arm amputieren lassen, viele wünschen Lähmungen bis hin zur Querschnittlähmung. Sie sind zwischen den Argumenten für oder gegen die Amputation hin und her gerissen, grübeln oft über die Vor- und Nachteile, finden keine Lösung und entwickeln Depressionen. In vielen Fällen suchen sie dann therapeutische Hilfe. Einige Studie weisen zwar darauf hin, dass einige Betroffene schon Therapieerfahrungen gemacht haben, aber es gab keine systematische Studie, in der bislang erfasst worden ist, ob und in welchem Ausmaß sich durch die Therapie eine Besserung ergeben hat. Zur Prüfung dieser Frage wurde ein Fragebogen entwickelt, der die einzelnen Therapien und die Therapieerfolge erfasst und prüft, ob und in welchem Ausmaß Psychotherapie hier helfen kann.

2.2 Ethische und juristische Probleme

Müller (2007) sprach sich gegen eine vorzeitige Erfüllung des Wunsches nach Amputation aus, da letztlich die Möglichkeit besteht, dass in Zukunft therapeutische Hilfen gefunden werden, die Amputation dann aber nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. First, Bayne und Levy (2005) vertreten die Meinung, dass die Betroffenen nach einer Amputation zufriedener sind und keine weitere mehr wünschen. Auch eine Studie von Noll & Kasten (2013) an 19 BIID-Betroffenen, die bereits amputiert waren, zeigte, dass die meisten auch Jahre nach der Operation symptomfrei waren und ihren Entschluss nicht bedauerten.

In diesem Fall eine Lösung zu finden, berührt die drei ärztlichen Grundziele, die oft als Begründung für eine ausreichende Orientierung zum Handeln dienen sollen. Der Arzt soll die Gesundheit des Patienten erhalten, das Leben des Patienten verlängern oder zumindest sein Leiden lindern. Eine darüber hinausgehende Ethik brauche es nicht (Hick, 2007). Allerdings stößt dieser Ansatz bei BIID an seine Grenzen und es wird eine Ethik benötigt, die eine begründete Antwort auf die Frage „Was soll ich

tun?“ gibt und die Handlung durch plausible Gründe versucht zu rechtfertigen. Ärzte können nicht auf Wunsch ein intaktes Organ entfernen und eine Behinderung erzeugen. Auf der anderen Seite argumentieren die Betroffenen damit, dass sie leiden und die Operation ihr seelisches Leiden beenden würde; womit dann doch eine medizinische Indikation gegeben wäre.

Derzeit ist es aber schwierig eine so wichtige Entscheidung zu treffen, weil die Behandlungserfolge von BIID noch nicht ausreichend untersucht worden sind. Auf der anderen Seite wünschen sich die Betroffenen lieber heute als morgen eine Amputationslegalisierung, um selbst über ihren Körper bestimmen zu können. Das Recht des Betroffenen auf Selbstbestimmung ist das stärkste Argument für die Legalisierung. Nach der Kantischen Autonomie sollten Entscheidungen respektiert werden, wenn sie informiert und rational, unter Berücksichtigung aller relevanten Werte getroffen wurde. Wird auf Grundlage des Autonomieprinzips argumentiert, könnten die BIID-Betroffenen selbstbestimmen, ob sie sich amputieren lassen (Ryan, 2009). Die bisherigen wissenschaftlichen Ergebnisse zeigen, dass BIID-Betroffene rational über diese Entscheidung nachdenken und lediglich Müller (2007) verweist auf die Zwanghaftigkeit dieses Wunsches und meint, dass die BIID-Betroffenen deswegen in ihrer Rationalität und ihrer Autonomie eingeschränkt sind.

Ein weiteres Argument für die Legalisierung besteht in der Vermeidung von gefährlicher Selbstverletzung, weil einige Patienten ihr Körperteil so schädigen, dass sie Ärzte zur Amputation zwingen. Diese Selbsteingriffe reichen über die verschiedensten Methoden von selbstgebauten Mini-Guillotinen und Motorsägen bis Schüsse in die entsprechende Körperregion.

Eine Möglichkeit dem Gesetz zu entgehen und eine Amputation durchführen zu lassen, besteht für die Patienten im Ausland. Chirurgen aus der Dritten Welt führen diese Eingriffe gegen Bargeld durch, obwohl dies mit zahlreichen Risiken verbunden ist. Doch diese Risiken nehmen die Patienten in Kauf und geben bei ihrer Heimkehr ihre Amputation als Unfall aus. Dabei öffnet sich natürlich der Problemzweig

versicherungsrechtlicher Probleme, weil die meisten Personen eine Unfallversicherung abgeschlossen haben. Diese muss unter Umständen für diesen Schaden haften, aber wenn die Patienten hier Geld annehmen, wäre das Versicherungsbetrug. Gleichzeitig ergeben sich aus der durchgeführten Amputation auch wirtschaftliche und gesellschaftliche Folgen. Es fallen finanzielle Kosten für eine Rehabilitation und medizinische Heilmitteln an und die Renten- und Berufsunfähigkeitsversicherungen müsste die Kosten decken, wenn eine Erwerbsminderung oder -unfähigkeit entsteht.

Dabei verbietet kein Gericht ausdrücklich eine solche Operation (Ryan, 2008). Vor deutschen Gerichten ist insbesondere der § 226a aus dem STGB wichtig, denn „Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung des Verletzten vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.“ Die Gerichte entscheiden, was zur Sittenwidrigkeit zählt, sind aber auf die Einschätzung von medizinpsychologischen Fachgutachtern angewiesen. Die Endgültigkeit einer Amputation sehen aber viele Mediziner und Ethiker als schwerwiegend und lehnen diesen Eingriff ab.

Stellt man einen Vergleich zu Tätowierungen oder auch Schönheitsoperationen her, sind diese sozial eher akzeptiert, u.a. weil sie das Selbstwertgefühl stärken. Dieses Gefühl ist bei den BIID-Betroffenen nicht anders.

Ein Blick auf die Geschichte der Behandlung von transsexuellen Menschen macht deutlich, wie wichtig eine ausreichende Erforschung der Erkrankung ist. Johnston und Elliot (2002) sehen zwar keinen Grund gegen eine Operation, doch eine intensive wissenschaftliche Auseinandersetzung ist die Grundlage, um vernünftige Alternativen zu einer Amputation ausschöpfen zu können. Von Bedeutung sind Katamnesestudien, die den Verlauf und die Entwicklung von den BIID-Patienten dokumentiert, die bereits eine Amputation durchgeführt haben. Diese Ergebnisse müssten dann mit denjenigen verglichen werden, die noch unter dem Amputationswunsch leiden. Die Möglichkeit, dass es jemals eine richtig kontrollierte Studie von Interventionen zu BIID gibt, ist

allerdings beschränkt, weil diese Störung zu selten vertreten ist. Auch die bisherigen Einzelbefunde von Patienten sind noch zu wenige, um die wissenschaftlichen Kriterien der Repräsentativität zu erfüllen.

Grundlegend ist wichtig, dass immer eine genaue psychosomatisch-psychiatrische Untersuchung stattfindet, um BIID sicher zu diagnostizieren, gerade weil diese Störung noch nicht offiziell im Diagnosesystem eingetragen ist. Die Befürchtung besteht bei Experten, dass nach offizieller Anerkennung eine Zunahme von scheinbaren BIID-Betroffenen zu beobachten ist. Es wird spekuliert, dass andere Menschen in dieser Störung die Chance sehen, z.B. gepflegt zu werden. Dieses Risiko sollte allerdings eingegangen werden, weil die meisten Menschen für diese Gründe nicht einen solchen gravierenden Eingriff durchführen lassen würden.

Abschließend ist das Entscheidendste, dass es bei dieser klinisch-ethischen Argumentation um die Frage nach dem Grad der Freiheit geht. Diese ethisch kontroverse Diskussion kann durch ein Zitat von Immanuel Kant auf die Frage „Was soll ich tun?“ eine Richtung, unter Einbeziehung der drei ethischen Grundwerte Selbstbestimmung, Verantwortung und Gerechtigkeit, aufzeigen:

„Die Autonomie des Willens ist das alleinige Prinzip aller moralischen Gesetze und der ihnen gemäßen Pflichten [...] Also drückt das moralische Gesetz nichts anderes aus, als die Autonomie der reinen praktischen Vernunft, d.h. der Freiheit, und diese ist selbst die formale Bedingung aller Maximen, unter der sie allein mit dem obersten praktischen Gesetze zusammenstimmen können“ (Kritik der praktischen Vernunft, I § 8, 1788).

2.3 Differentialdiagnose

Anfangs wurden Vergleiche zu den Störungsbildern von Psychosen, Fetischismus, körperdysmorphen Störungen, Zwangs- oder Persönlichkeitsstörungen angestellt, die allerdings alle nicht belegt werden konnten. First und andere Autoren grenzen Schizophrenie und Wahn

eindeutig von BIID ab, weil kein BIID-Betroffener einen Körperteil im akut schizophrenen Schub abgetrennt hat. Mit den Gedanken an eine Selbstamputation wurde von den Betroffenen zum Teil schon jahrzehntelange gespielt mit dem Wissen, dass diese Ideen von der Norm abweichen. Die Einsicht in die Nachteile einer Behinderung grenzt die BIID-Betroffenen von einer Wahnstörung ab, weil Wahneinfälle eine nicht angreifbare Überzeugung darstellen.

Studien zeigen bei 50-75 % der Betroffenen, dass eine sexuelle Komponente eine Rolle spielt. Die Betroffenen empfinden amputierte Gliedmaßen als erotisch stimulierend (First, 2005 und Furth, Smith, 2000). Es existieren also Überschneidungen zu einer fetischistischen Paraphilie, die man als „Deformationsfetischismus“ oder „Akrotomophilie“ bezeichnet. Da es sich bei BIID um Störungen in der Wahrnehmung des eigenen Körpers handelt, liegt die Diagnose einer Körperdysmorphen Störung nah. Allerdings trifft diese Bezeichnung nicht zu, weil die Betroffenen bei der Körperdysmorphobie unter ihrem Aussehen leiden und nach einer Operation meist neue Körperteile finden, die sie als abstoßend einstufen. Während die BIID-Betroffenen unter dem Gefühl leiden, dass ein Körperteil nicht richtig zu ihnen gehört und nach einer Amputation dieses Körperteils mit ihrem Selbstbild zufrieden sind (Johnson, Liew, Aziz-Zadeh, 2011). Zudem besteht nach dieser Amputation kein Wunsch, noch weiteren Operationen durchführen zu lassen, was eine Mania operativa ausschließt. Bei dieser Störung handelt es sich um den zwanghaften Wunsch nach immer weiteren Operationen.

Für BIID könnten theoretisch eventuell auch neurologische Störungen verantwortlich gemacht werden, wie eine Asomatognosie oder das Alien-Limb-Syndrom, bei denen auch ein Körperteil als fremdartig angesehen wird. Bei einer Asomatognosie wird dieser Körperteil aber auch als gelähmt und gefühllos wahrgenommen, was bei BIID nicht der Fall ist. Beide Störungen beruhen auf großflächigen Hirnschäden, wissenschaftlich konnte allerdings bei BIID-Betroffenen noch kein Hirnschaden nachgewiesen werden und würde auch nicht erklären

können, weshalb der Amputationswunsch von einer Körperseite auf die andere Wechselt kann.

Der jetzige Kenntnisstand lässt Parallelen zur Identitätsstörung eines Transsexuellen ziehen, denn in beiden Fällen passen der Körper und das innere Körpergefühl nicht zusammen. Beide haben seit früher Kindheit das Gefühl, dass sie im falschen Körper leben. Bei der Transidentität werden nach heutiger Kenntnis allerdings schon im fötalen Stadium die Sexualhormone durch Krankheit und Stress beeinflusst, während es bei BIID keine Hormone gibt, die für den Wunsch nach einer Behinderung verantwortlich sind. Trotz einiger Überschneidungen zu anderen Störungsbildern lässt sich BIID nach momentaner Ansicht der Fachleute am ehesten bei der Identitätsstörung einordnen. Dieser Antrag wurde schon oft gestellt, aber die Aufnahme in die ICD steht noch aus (First MB, 2005).

2.4 Komorbiditäten

Sofern zur bereits bestehenden Grunderkrankung noch unterschiedliche und eigenständige Störungsbilder diagnostiziert werden können, bezeichnet man dies als Komorbidität. Eine häufige Begleiterscheinung von BIID ist mit 20 % die Entwicklung einer Depression. Es wird vermutet, dass die ständige Beschäftigung mit BIID bei den Betroffenen zu depressiven Stimmungseinbrüchen führt, weil sie keine Lösung für ihr Problem finden können (Stirn, Thiel, Oddo, 2010). Die Situation erscheint ihnen ausweglos, weil die einzige Lösung unerreichbar erscheint. Die BIID-Betroffenen zeigen die typischen Symptome einer Depression in Form von Antriebsarmut, Interesse- und Freudlosigkeit, Schlafstörungen und einen Rückzug aus ihrem Umfeld. Eine Heilung der Depression lässt sich nur bei den BIID-Betroffenen nachweisen, die bereits wunschamputiert sind. Bei denjenigen Betroffenen zeigte sich nach der Operation ein schneller Rückgang der Symptome, der auch Jahre später noch anhält (Noll & Kasten, 2013). Andererseits wird noch vermutet, dass die BIID-Betroffenen schon vor ihrem Amputations-Wunsch an einer

Depression erkrankt sein könnten und diese der Auslöser für BIID darstellt (Stirn, Thiel, Oddo, 2010). Zusätzlich wurde bei 80 % der BIID-Betroffenen eine leichte Zwanghaftigkeit diagnostiziert. Diese blieb aber unter der pathologischen Grenze und ansonsten sind keine weiteren Komorbiditäten bekannt (Stirn, Thiel, Oddo, 2010).

2.5 Therapien

Um zu prüfen, ob BIID-Betroffene Therapieerfahrungen haben, wurde ein Fragebogen entwickelt. Um sicherzugehen, dass bei den einzelnen Behandlungsarten keine Verwechslungen vorkommen, wurden hier zunächst die in Deutschland gebräuchlichsten therapeutische Interventionen erklärt und später in ihrer unterschiedlichen Wirksamkeit miteinander verglichen. Im folgenden Teil werden alle Therapien, die im BIID Fragebogen integriert sind, vorgestellt und erläutert.

2.5.1 Tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapien

Die Therapien auf psychoanalytischer Grundlage thematisieren bewusste und unbewusste Konflikte. In dieser Therapieform werden zudem noch Entwicklungsdefizite und der Einfluss von seelischen Verletzungen behandelt. In dem Fallbeispiel eines BIID Patienten von Stirn, Thiel und Oddo (2010) spielten z.B. seelische Verletzungen in Form von erlebten Entbehrungssituationen in der Kindheit eine Rolle und dienten als ein mögliches Erklärungsmodell für die Entwicklung von BIID. Das Setting findet meist regelmäßig 3 bis 5 Stunden in der Woche weitgehend auf einer Couch statt. Zum Teil findet diese Therapie auch im Sitzen statt, aber unterscheidet sich z.B. von der Verhaltenstherapie durch das Vorgehen des Therapeuten und in der Häufigkeit. Allerdings wird „eine Konzentration des therapeutischen Prozessen durch Begrenzung des Behandlungszieles, durch ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen und durch Einschränkung regressiver Prozesse angestrebt“ (zitiert nach den Psychotherapeutenrichtlinien, 2011). Der Therapeut in den

tiefenpsychologischen Therapien beachtet vor allem die Übertragung und Gegenübertragung und die Widerstände und lässt den Patienten frei assoziieren d.h. dass der Patient seine Einfälle zu bestimmten Ereignissen und Personen freien Lauf lassen soll.

2.5.2 Verhaltenstherapeutischen Methoden

Dieser Therapie liegen Lerntheorien zugrunde, bei denen man davon ausgeht, dass ein gelerntes Verhalten auch wieder verlernt werden kann. Das Erkennen und Ändern von Verhaltensmustern und dysfunktionalen Schemen im Denken ist grundlegend. Gearbeitet wird überwiegend an der Lösung von aktuellen Problemen, sozialen Defiziten, gegenwärtigen Ängsten und belastenden Lebensumständen. Meistens bestehen diese dysfunktionalen kognitiven Muster bereits lange und laufen deshalb stark automatisiert ab. Es ist deshalb bei der Diagnostik wichtig, diese Kognitionen sorgfältig zu explorieren.

Eine Form der kognitiven Verhaltenstherapie ist den „alten“ dysfunktionalen durch einen „neuen“ funktionalen Gedanken zu ersetzen, wie z.B. bei der 5-Spalten-Technik nach Beck (1999). Dieses Vorgehen des Umformulierens kommt den Betroffenen zuerst oft künstlich und holprig vor. Ursprünglich hatte Beck seine Therapieform für depressive Patienten entwickelt, die seiner Meinung nach wichtige Erfahrungen unangemessen verarbeiten wobei Denkfehler entstehen. Weitere bekannte Methoden der kognitiven Umstrukturierung sind die Rational-Emotive Therapie von Ellis, die Methode der Umbenennung von Goldfried und das Selbstverbalisationstraining von Meichenbaum. Bezogen auf BIID bedeutet dies, dass der Wunsch nach BIID durch eine bestimmten Denkweise hervorgebracht wird, auch wenn sie sich in den Annahmen, welche Gedanken das sein könnten, unterscheiden.

In der Therapie wird dem Betroffenen z.B. die Methode des ABC der Rational-Emotiven Therapie erklärt. A steht für die Situation, B für die persönliche Bewertung und C für die emotionalen Konsequenzen, also Gefühle, Körperreaktionen und Verhalten. Bei BIID Patienten erfolgt eine

negative Bewertung bei B und nimmt Einfluss auf die Gefühle. Dieser Zusammenhang muss dem Betroffenen verständlich aufgezeigt werden, damit dieser eine neue angemessene Einstellung entwickeln kann.

2.5.3 Humanistischen Methoden

Im engeren Sinne werden Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie und das Psychodrama zu den humanistischen Verfahren gezählt. In der Gestalttherapie werden verschiedene spielerische und kreative Methoden wie z.B. Kunsttherapie eingesetzt. Es handelt sich oft um Übungen, mit denen man intensiveren Zugang zu den eigenen Gefühlen finden kann. So auch im Psychodrama in dem mit Rollenspielen gearbeitet wird, um den Therapeuten unterschiedliche Perspektiven auf den Patienten und sein Umfeld geben zu können. Bei der Gesprächspsychotherapie steht nach Roger das Selbstkonzept im Vordergrund, das alle subjektiven Erfahrungen einer Person und mit anderen enthält. Während der Therapie werden Störungen im Selbstkonzept bearbeitet, um so das Selbstkonzept zu reorganisieren (Lehrbuch der Psychotherapie, 2010; zitiert nach Leibing und Hoyer, 2010, S. 352). Im Unterschied zu der Verhaltenstherapie und der Tiefenpsychologischen Therapie zählt keines der humanistischen Verfahren gegenwärtig zu den regulär über die Krankenkassen finanzierten Verfahren. Diese Therapie muss der Patient selber bezahlen.

2.5.4 Entspannungsverfahren

Deren Ziel ist eine Entspannungsreaktion und somit körperliche und geistige Anspannung zu reduzieren. Prinzipiell werden also zwei Ziele verfolgt, die Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens bzw. Senkung des generellen Anspannungsniveaus und die Reduktion von Ängsten. Der Patient übt in einem Entspannungsverfahren seine Gedanken und seinen Körper bewusster wahrzunehmen und psychovegetative Reaktionen besser zu steuern.

Sofern bei den Betroffenen noch keine Vorerfahrungen bestehen wie z.B. Yoga, Autogenes Training oder Mediationsverfahren, hat sich die leicht zu erlernende Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen (1938) durchgesetzt. Bei dieser Methode werden gezielt einzelne Muskeln für eine kurze Zeit angespannt und wieder entspannt. Die Aufgabe für den Betroffenen ist, die damit verbundenen Gefühle bewusst wahrzunehmen. Die Hypnose wird den Entspannungsverfahren ebenfalls untergeordnet und wird im Zustand der Trance durchgeführt. Diese wird durch den Therapeuten, um Heilungs-, Such- und Lernprozesse zu fördern, mittels Suggestionen eingeleitet. Neben klassischen Hypnosetechniken gibt es eine Vielzahl an modernen Techniken, wie das Zukunftsbahnen, die Arbeit mit Metaphern und Geschichten. In charakteristisch wenigen Sitzungen wird entweder mit Hilfe von Fremd- oder Selbsthypnose, allein oder in Gruppen oder in leichter oder tiefer Trance gearbeitet. Weitere Methoden kommen aus dem fernöstlichen Areal wie z.B. Qigong und Taijiquan.

2.5.5 Gruppentherapie

Gruppentherapie gibt es in fast allen Therapie-Methoden. Zentral ist die Bearbeitung von Konflikten, die auf Interaktion und Selbstwahrnehmung beruhen. Dabei fordert und fördert die Therapiegruppe das Mitglied z.B. durch Rollenspiele. Bei dieser Therapieform kann ein BIID Betroffener die Erfahrung machen, dass andere bei der Erfüllung von sehr speziellen Wünschen auch an Grenzen stoßen.

2.5.6 Esoterische Therapieansätze

Diese Ansätze wollen die Lebenshilfe, Sinnggebung und Seelenführung vereinigen. Charakteristisch ist, dass manche Verfahren auch eine religiöse Belehrung als Element beinhalten. Es wird z.B. von Heilpraktikern eine unüberschaubare Menge von Therapien angeboten, die teilweise esoterisches Denken widerspiegeln. Eine kritische

wissenschaftliche Überprüfung ist hierbei im Allgemeinen nicht von Relevanz (Hemminger, 2008).

2.5.7 Musiktherapie

Diese Therapiemethode ist ein psychodynamisch- und ressourcenorientiertes Behandlungsverfahren, das sowohl im stationären-klinischen als auch ambulanten Rahmen durchgeführt wird. Die Wirkung wird größtenteils über die Therapeut-Patienten-Beziehung aufgebaut, die auf verschiedenen Dynamiken beruht und mit der der Patient neue Beziehungserfahrungen machen kann. Die psychodynamische Komponente kommt auch bei Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen zum Tragen, die den wichtigsten Baustein in der Musiktherapie darstellt (Hagemann, 2001, Hochreutener, 2009). Die BIID Betroffenen können sich auf Klänge, Rhythmen, Melodien, Dynamiken und Formen einlassen (Hegi und Rüdüsüli, 2011) und sollen darüber einen tieferen Zugang zu ihrer Wahrnehmung, ihrem Ausdruck, ihrer Kommunikation und ihrem Verhalten bekommen. Diese Wirkung wird z.B. über Lieder oder Improvisationen mit Instrumenten und der Stimme erreicht.

2.5.8 Tanz- und Bewegungstherapie

Die Anwendung von körpertherapeutischen Verfahren wie die Tanz- und Bewegungstherapie könnten gerade für BIID Betroffene hilfreich sein (Thiel, Ehnli, Oddo und Stirn, 2011). Es gibt ein vielfältiges Angebot, das aber in zwei Kategorien eingeteilt werden kann, die Arbeit mit Bewegung und eine Form, die zur Psychotherapie gezählt werden kann. Bei der Arbeit mit Bewegung wird übungsorientiert und reedukativ gearbeitet und darunter lassen sich z.B. die Entspannungstherapie oder auch die Sporttherapie einordnen. Zu der psychotherapeutisch ausgerichteten zweiten Kategorie lassen sich die Integrative Bewegungstherapie, die Konzentrative Bewegungstherapie und einige Ansätze der Tanztherapie

zuordnen. Das Vereinen von Bewegung und Tanz schafft die integrative Tanztherapie als Beispiel für ein psychotherapeutisches integratives Konzept. Durch die differenzierten Methoden und Techniken, die beziehungs-, ressourcen- und wahrnehmungsorientiert sind und vor allem das Problem aktualisieren, kann diese therapeutische Methode bei einem breiten Spektrum von Störungsbildern angewandt werden.

2.5.9 Kunsttherapie

Es gibt keine Grenzen beim künstlerischen Erschaffen, denn fast alles kann als Kunst definiert werden (Rössler und Matter, 2013). Genauso breit gefächert sind allerdings auch die Ansätze und unterschiedlichen Methoden, die schon bei dem Namen für die „Kunsttherapie“ anfangen, denn es gibt 47 unterschiedliche Formen (vgl. Mechler-Schönach 2005). Alle Ansätze wollen aber den Patienten in seinen bildnerischen und gestalterischen Ausdrucksvermögen stärken. Das Material und die aus ihm resultierende Gestaltung lässt aus der Patient-Therapeut Beziehung eine Dreiecksbeziehung werden, in der das Material die Funktion des „Dritten“ einnimmt. Die Art der Gestaltung muss nur entschlüsselt werden, um dem Patienten unbewusste Konflikte, Erinnerungen, Potenzial, Emotionen oder Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen (Kunst- und Ausdruckstherapien, 2013; zitiert nach Rössler und Matter, 2013, S. 231-239).

2.5.10 Ergotherapie

In der Ergotherapie gibt es unterschiedliche Ansätze und Praxismodelle, aber alle vereinen das selbe Prinzip. Die Therapiemethode hilft den Patienten bei Problemen im praktischen Handeln diese funktional, sinn- oder zweckvoll zu behandeln. Ergotherapeuten bieten kunst- und ausdrucks-therapeutische Methoden, kreative Aktivitäten oder konzentrierte Bewegungstherapien an. Im Fokus dieser Therapie steht die Auseinandersetzung mit Materialien, Werkstoffen und handwerklich-

gestalterischen Techniken (vgl. Marotzki 2004, Harris 2008, Winkelmann 2009). Für affektive Störungen z.B. eine Depression, die eine häufige Begleiterscheinung bei BIID-Patienten ist, sind signifikante Behandlungseffekte nachgewiesen. Im stationären Setting ließ sich bei ergotherapeutischen Gruppentherapien ein Rückgang der Symptombelastung messen (Cook 2009).

2.5.11 Systemtherapie

Diese Methode, zunächst auch als Familientherapie bezeichnet, beruht auf Wechselwirkungen zwischen einzelnen Mitglieder eines sozialen Systems (Familie, Arbeitsteam, Schulklasse usw.). Der systemtheoretische Ansatz geht davon aus, dass nicht die Person Schuld an einer psychischen Störung trägt, sondern das umgebende soziale System eine schädigende Einwirkung hat. Behandelt werden muss also nicht nur der „Symptomträger“, sondern das ganze soziale System. Erst im Laufe von diagnostischen Gesprächen wird der Familie eine psychodynamische, eine behaviorale oder systemische Familientherapie vorgeschlagen. Die psychodynamische Form beinhaltet, anders als in der Einzeltherapie, ein aktiveres Vorgehen, aber meistens wird eine behaviorale Vorgehensweise indiziert anstatt einer psychodynamischen oder systemischen (alle Quellen zitiert nach Hiller, Leibing, Leichsenring, Sulz, 2010).

2.6 Aktueller Forschungsstand

Bisher gibt es nur relativ wenige repräsentative Studien über BIID, was den geringen Bekanntheitsgrad nochmals unterstreicht. Überwiegend wurden einzelne Fallberichte, Fragebogenstudien zu psychologischen Aspekten, neurowissenschaftliche Studien zur Hautleitfähigkeitsmessung und einige wenige Studien mittels fMRI bei Berührung des Beines und Darbietung von Fotos des Betroffenen im erwünschten amputierten Zustand publiziert.

1977 wurde die erste Studie zu BIID über zwei Betroffene mit jeweils dem Wunsch nach einer einseitigen Beinamputation von Money et al. veröffentlicht. Erst zwanzig Jahre später gab es eine weitere Fallstudie von Bruno (1997) über zwei BIID-Betroffene. Berger et al (2005) beschrieben in ihrer Fallstudie zum ersten Mal einen Mann-zu-Frau-Transsexuellen BIID-Betroffenen, der eine Amputation umgesetzt hatte. Nur ein Jahr später haben Sorene, Heras-Palou und Burke (2006) den Fall eines BIID-Betroffenen dokumentiert, der multiple Amputationen des Beines, Armes und mehreren Fingern selbst vorgenommen hatte. Noch im selben Jahr veröffentlichten Braam et al. in einer Therapiestudie ihre Ergebnisse zur Wirksamkeit psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung bei BIID anhand eines Einzelfalles. Bei diesem Betroffenen wurde eine kognitive Verhaltenstherapie angewendet, die zu einer Abschwächung des Wunsches nach einer Amputation geführt hatte. Zudem wurden Handlungen erlernt, die den Leidensdruck verringerten, aber trotzdem blieb der Wunsch bestehen. Kasten und Stirn (2009) beschrieben einen BIID-Betroffenen, bei dem der Amputationswunsch von dem linken Bein auf das rechte Bein wechselte. Diese Tatsache konnten die Autoren als Hinweis interpretieren, dass es sich nicht um einen einfachen neurologischen Hirnschaden handelt, sondern dass für die Entstehung von BIID psychologische Komponenten hinzugezogen werden müssen.

Erste Erfolge in der Langzeittherapie konnten Thiel, Ehni, Oddo und Stirn 2011 anhand eines Fallbeispiels nachweisen. In der Therapie waren psychodynamische, konfliktaufdeckende als auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente integriert worden. Der Patient konnte reflektieren, dass der Amputationswunsch am stärksten bei Frustration, Unzufriedenheit und Enttäuschung war und bei positiv erlebten Situationen seltener auftrat. Diese Einsicht führte bei dem Patienten zum Rückgang des Wunsches nach BIID und er verspürte eine emotionale Erleichterung. Zusammenfassend ist das Ergebnis dieser Studie wie schon Braam et al. (2006) aufzeigen konnten, dass eine Psychotherapie symptomreduzierend wirkt, aber den Wunsch nach einer Amputation nicht

vollständig aufheben kann. Zudem ergaben sich keine Hinweise auf frühkindliche Hirnfunktionsstörungen oder andere neurologische Beeinträchtigungen.

Alle Einzelfallstudien zeigen, dass die Betroffenen schon in der Kindheit durch den Anblick eines Amputierten diesen Wunsch entwickeln. Bei einigen Betroffenen besteht möglicherweise unbewusst die Hoffnung, die zuvor nicht erhaltene Nähe, Aufmerksamkeit und Fürsorge als Amputierter zu bekommen.

Bei den Gruppenstudien hat First (2005) die bislang größte Untersuchung mit 52 Betroffenen mittels strukturierten Telefoninterviews durchgeführt. Die Daten lieferten Ausschluss darüber, dass der Wunsch nach einer körperlichen Behinderung keiner akuten psychotischen oder wahnhaften Störung entstammte.

Kasten und Spithaler haben anhand standardisierter Fragebögen 2009 von neun BIID Betroffenen z.B. Antworten zu den Hauptmotiven für eine Amputation, den Gefühlen über die betroffenen Gliedmaßen, einer Psychotherapie und Medikation bekommen. Dadurch konnten erste Einblicke in Persönlichkeitseigenschaften gewonnen werden, die auch schon bei First (2005) zusammengeführt werden konnten. Zudem bestätigen die Resultate, dass bei den Betroffenen weder eine psychotische Störung noch eine Körperdysmorphie Störung diagnostiziert werden kann. Zu ähnlichen Ergebnissen führte auch eine Telefoninterviewstudie von Blanke et al. (2009) an 20 BIID-Betroffenen aus verschiedenen Ländern. Bei dieser Studie wurde aber erstmals bekannt, dass die meisten BIID-Betroffene eine medizinische Vorerkrankung hatten. Viele berichteten von Migräne, die die Autoren in der Annahme einer neurologische Ursache von BIID stärkte.

Stirn et al. führte an 30 BIID-Betroffenen (2010) klinische Interviews, Fragebögen und funktionelle Bildgebungsverfahren durch. Damit war diese Studie die erste, die persönliche klinische Gespräche integriert hat. Insgesamt unterstützen diese Ergebnisse die bereits beschriebenen Resultate von First (2005), Kasten (2009) und Blanke et al. (2009). Die Betroffenen sind überwiegend sehr intelligente, erfolgreiche und autonome

Persönlichkeiten und zeigen narzisstische und leicht zwanghafte Ausprägungen.

Die ersten Hinweise auf einen neurologischen Ursprung fanden Brang, McGeoch und Ramachandran 2009 in ihrer Studie an zwei BIID-Patienten. Diese Autoren vermuteten, dass bei BIID wie auch bei der Somatoparaphrenie eine Dysfunktion des rechten Scheitellappens zu einem verzerrten Körperbild führt. Gestützt wird die neurologische Vermutung auf der Tatsache, dass die Betroffenen dreimal häufiger das linke Bein amputiert haben möchten. Zudem können BIID Patienten eine genaue Linie ziehen, bis zu der ein Gliedmaß amputiert werden sollte und diese bleibt in der Regel stabil (First 2005). Die Vermutung wurde durch die Messung der Hautleitfähigkeit oberhalb und unterhalb der gewünschten Amputationslinie prüft. Die Ergebnisse zeigten Differenzen zwischen den beiden Körperarealen und eine erhöhte Hautleitfähigkeit unterhalb der Linie der erwünschten Amputation, was für eine angeborene Funktionsstörung des rechten superioren Parietallappens sprechen könnte. Daran anknüpfend, untersuchten die Autoren mithilfe eines Magnetenzephalographen die weiteren Hirnaktivitäten an diesem Parietallappen bei vier BIID-Betroffenen (McGeoch, Brang, Song, Lee, Huang & Ramachandran, 2009). Die Betroffenen wurden in dem Versuch an beiden Füßen berührt. Die Ergebnisse zeigten, dass keine Aktivierung des rechten superioren Parietallappens bei dem Fuß zu sehen war, den der Betroffene amputieren möchte. Bei dem Fuß hingegen, den der Betroffene nicht amputieren möchte, zeichnete das Programm eine normale Aktivierung auf.

Oddo et al (2009) haben 12 BIID-Betroffene mit Hilfe eines funktionellen Magnetresonanztomographen untersucht und fanden heraus, dass der Wunsch nach einer Amputation nicht nur eine sensomotorische Verankerung hat. Bedeutende Aktivierungen zeigten sich vielmehr in Bereichen der emotionalen und belohnenden Hirnstrukturen. Diese Resultate sprechen gegen ein rein neurologisches Erklärungsmodell für die Entstehung von BIID. Die zum Teil sehr diskrepanten Forschungsergebnisse weisen darauf hin, was man ein integrierendes

neurobiologisches, biosoziales und psychologisches Erklärungsmodell entwickeln muss.

2.7 Ableitung von Hypothesen aus dem Forschungsstand

Die wesentlichste Frage der hier vorgelegten Bachelorarbeit ist, ob Therapien den BIID-Betroffenen helfen und wenn ja, hierbei insbesondere zu differenzieren, welche Patienten hiervon profitieren und welche eher nicht. Der hierfür entwickelte Fragebogen soll außerdem zwischen verschiedenen Therapieerfahrungen differenzieren können und prüfen, ob eine Veränderung hinsichtlich des Wunsches nach einer körperlichen Behinderung zu messen ist. Außerdem soll hypothesengenerierend geprüft werden, ob sich bedeutsame Korrelationen zwischen den Therapie-Erfahrungen und demographischen Daten finden lassen.

Meine Hypothesen sind wie folgt aufgestellt:

H0: Psychotherapie hat keinen Einfluss auf die Stärke des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung.

H1: Tiefenpsychologische Therapie bzw. Psychoanalyse führt zu einer signifikanten Verminderung der Stärke des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung.

H2: Verhaltenstherapie führt zu einer signifikanten Verminderung der Stärke des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung.

H3: Gesprächstherapie führt zu einer signifikanten Verminderung der Stärke des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung.

H4: Entspannungstherapie führt zu einer signifikanten Verminderung der Stärke des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung.

H5: Andere Therapieverfahren (z.B. Gestalttherapie, Psychodrama, NLP, Transaktionsanalyse, systemische Therapie, usw) führen zu einer

signifikanten Verminderung der Stärke des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung.

H6: Psychopharmaka (z.B. Antidepressiva) führen zu einer signifikanten Verminderung der Stärke des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung.

H7: Fernöstliche Verfahren (z.B. Meditation, Akupunktur, Qiong, Shiatsu usw.) führen zu einer signifikanten Verminderung der Stärke des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung.

H8: Esoterische Verfahren führen zu einer signifikanten Verminderung der Stärke des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung

H9: Die Anzahl von Therapiesitzungen korreliert mit dem Rückgang des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung.

3. Methodik

3.1 Untersuchungsinstrument

Ziel dieser Studie war es, Erkenntnisse anhand einer Stichprobe von BIID Betroffenen über die bisherigen Therapieerfahrungen zu gewinnen. Als Untersuchungsinstrument wurde ein Fragebogen entwickelt, der den Therapieerfolg misst. Ein Fragebogen meint nach Porst (1996) „eine mehr oder weniger standardisierte Zusammenstellung von Fragen, die Personen zur Beantwortung vorgelegt werden mit dem Ziel, deren Antworten zur Überprüfung der den Fragen zugrunde liegenden theoretischen Konzepte und Zusammenhänge zu verwenden. Somit stellt ein Fragebogen das zentrale Verbindungsstück zwischen Theorie und Analyse dar“.

Nach der Eingrenzung des intendierten Anwendungsbereichs und Definition der Zielgruppe wurden die Testitems konstruiert, deren Grundlage ein Fragebogen von Frederike Spithaler (Universität Lübeck) ist, die bereits einige Fragen hierzu gestellt hatte, z.B. inwieweit sich die Sehnsucht nach Erfüllung des Wunsches nach Behinderung durch die Psychotherapie verändert hat. Zu Beginn wurden die Probanden bei dem Fragebogen darüber informiert, dass ihre Daten nur für Forschungszwecke verwendet werden und die Teilnehmer mit Nennung ihres Namens oder pseudoanonymisiert antworten können. Danach kamen übergeordnete Fragen zur Soziodemographie, die das Alter, das Geschlecht, die sexuelle Orientierung, den Bildungsabschluss, den aktueller Beruf, den Familienstand und die Religionszugehörigkeit inkludieren.

Daran anschließend folgten Aussagen aus dem Aachener Selbstwirksamkeitsfragebogen von Wälte und Kröger, der eine wesentliche Bedeutung für das gesundheitsfördernde und krankheitsvermeidende Verhalten hat. Von den drei Subskalen wurde die Skala „Körper und Gesundheit“ für diesen Fragebogen verwendet, um die

Selbstwirksamkeit einer Person zu messen. Die Aussagen sollten von den Personen auf einer zweiseitigen Skala beantwortet werden. Um die Reliabilität zu prüfen, wurden nach dem Paralleltest-Verfahren inhaltlich ähnliche Items, sog. Itemzwillinge gebildet. Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität ist durch die vorgegebenen Antwortskalen gegeben.

Der nächste Abschnitt des Fragebogens beschäftigte sich mit den allgemeinen Angaben zu Art und Ausprägung von BIID und den Therapieerfahrungen. Hierbei wurde auch abgefragt, ob die Personen jemals eine Therapie gemacht haben und ob BIID der Auslöser für eine Therapie war oder ob auch andere Gründe vorlagen. Sofern die Person keine Therapieerfahrungen hatte, war der Fragebogen für sie beendet. Für die BIID-Betroffenen, die bereits Therapieerfahrungen gemacht haben, wurden die in Deutschland am häufigsten durchgeführten Therapien mit Kurzbeschreibung aufgelistet, damit die Betroffenen sich besser orientieren und ihre bisherigen Therapieversuche genau zuordnen konnten. Für jede Therapieform wurde jeweils der grundlegende Ablauf abgefragt, wer z.B. die Therapie durchgeführt hat und wie die Zeitspanne aussah bzw. noch aussieht. Diese Fragen konnten in Mehrfachauswahlmöglichkeiten, halboffenen Fragen oder auch freien Antwortmöglichkeiten beantwortet werden. Bei der halboffenen Fragestellung wurde an eine geschlossene Frage eine zusätzliche Kategorie (z.B. "Sonstiges, bitte nennen") angehängt. Diese konnte dann wie eine offene Frage beantwortet werden und bietet sich bei manchen Fragen gut an, weil einige Antworten zwar abgeschätzt, aber quantitativ nicht genau festgelegt werden können. Ein Item differenzierte in Gruppentherapie- oder Einzeltherapie Erfahrungen, um für jede Therapieform diesen Bereich abzudecken. Nach den Allgemeineren Angaben zu der Behandlung wurde genauer die Auswirkung der Therapie abgefragt. Ergänzend zu jeder Therapieform wurden Items aus dem Patientenstundenfragebogen von Grawe integriert, um genauere Eindrücke von der Therapiesitzung zu bekommen. Die Fragen bezogen sich auf die letzte Sitzung und wurden bei allen Therapieformen auf einer

zweiseitigen Skala abgefragt (außer bei der Verhaltenstherapie. An dieser Stelle ist leider ein Fehler beim Konstruieren passiert). Durch die Items aus dem Patientenstundenbogen kann ein Vergleich zwischen den Therapien hergestellt werden. Bei den Betroffenen lagen die Therapien allerdings zum Teil so weit zurück, dass mit Erinnerungsfehlern zu rechnen ist, welche die Interpretationsfähigkeit leicht einschränkt. Für Betroffene die aktuell noch eine Therapie besuchen, sollten sich die Fragen vom Patientenstundenbogen auf die letzte Therapiesitzung beziehen, die sie besucht haben. Die Gefahr der Erinnerungsfehler wird dadurch entgegengewirkt.

Im Fragebogen wurden an fünfter Stelle die Entspannungsverfahren abgedeckt, bei den das genaue Verfahren angegeben werden sollte. Bekanntere Verfahren wurden vorgegeben, doch aufgrund der Vielfalt an Entspannungsverfahren half eine freie Antwortmöglichkeit die Erfahrungen auf ein genaues Verfahren zurückzuführen.

Die Probanden wurden zudem noch an sechster Stelle nach Erfahrungen mit esoterischen Therapieansätzen gefragt.

Zum Abschluss wurden in dem Fragebogen noch die pharmakologischen Therapieversuche abgedeckt, bei der eine Mehrfachauswahl die häufigsten Medikamente auflistete. Sofern ein anderes Medikament von der Person genommen wurde, bot eine freies Textfeld die Möglichkeit das Medikament zu notieren. Sofern die Person ihre Therapie zu keiner der bisher aufgezählten Therapien zu ordnen konnte, gibt ein freies Textfeld auf der letzten Seite die Möglichkeit einer freien Antwort. Die grundlegenden Fragen sowie die spezifischeren Fragen werden wie bei allen anderen Therapien auch hier aufgeführt.

Der zeitliche Umfang bei der Beantwortung des Fragebogens variiert stark. Sofern ein Proband niemals eine Therapie gemacht hat, dauerte der Fragebogen zirka 10 Minuten. Abhängig von der Anzahl der unterschiedlichen Therapieerfahrungen die ein Proband gemacht hat, dauerte der Fragebogen länger.

3.2 Ablauf der Datenerhebung

Nachdem der Fragebogen entwickelt wurde, folgte vor der Datenerhebung ein Pretest, um herauszufinden, ob bei dem Untersuchungsinstrument noch Änderungsbedarf besteht. An einer kleinen Gruppe von Personen wurden Schwierigkeiten bei der Beantwortung, z.B. aufgrund des Frageninhalts, aufgedeckt. Dieses Vorgehen verbesserte den Fragebogen, entlastete die Befragten und erhöhte die Datenqualität.

Die Daten wurden im Zeitraum vom 8.6.2013 bis zum 14.7.2013 erhoben, welches einen Befragungszeitraum von 37 Tagen ergibt. Der Fragebogen wurde mit dem Programm Soscisurvey entwickelt, um eine computergestützte Datenerhebung zu ermöglichen. Die Werte aus einem computergestützten Verfahren zeigen eine größere Genauigkeit, sowie eine bessere formale Qualität auf im Gegensatz zu nicht-computergestützten Erhebungen (Moosbrugger, H. & Kelava, A., 2012). Zum Beispiel können Filterfehler vermieden werden und ungültigen Werten kann vorgebeugt werden.

Der offizielle Link zum Fragebogen wurde auf die BIID Homepage www.biid-dach.org gestellt, um direkt die Zielgruppe zu erreichen.

3.3 Statistik

Die Auswertung erfolgt mithilfe SPSS, bei denen den Antworten numerische Werte zugeordnet wurden. Vor allem wurden dabei itemspezifische deskriptive Analysen von Häufigkeiten durchgeführt. Die Signifikanzprüfung wurde mit dem U-Test durchgeführt, einem nicht-parametrischen Test für zwei unabhängige Stichproben. Als Signifikanzniveau wurde $p < 0.05$ festgelegt.

Die Datensätze wurden auf uneinheitliche Beantwortung der Reliabilitätsfragen und doppelt ausgefüllte Fragebögen überprüft und, wenn keine logische Stimmigkeit zu erkennen war, wurden diese Daten ausselektiert.

4. Ergebnisse

Im Befragungszeitraum von 37 Tagen waren auf dem Link insgesamt 84 Klicks gespeichert worden, allerdings zählt jeder Aufruf als „Klick“ unabhängig davon, ob der Teilnehmer den Fragebogen anschließend gleich wieder geschlossen hat oder den Fragebogen bearbeitet hat. Aufrufe durch Suchmaschinen sind auch in dieser Statistik inkludiert. 53 Personen haben insgesamt den Fragebogen über den Link aufgerufen, davon haben 26 Personen den Fragebogen abgeschlossen und die Daten von 25 Probanden sind auswertbar (n=25).

4.1 Zusammenfassung der Soziodemografischen Daten

Die Auswertung der Soziodemografischen Daten ergab, dass 76% der Teilnehmer männlich und 24% weiblich waren. Die Teilnehmer waren im Alter zwischen 21 und 61, wobei der Durchschnitt bei 44 Jahren lag. 4 % waren Angestellte, 4 % Arbeiter, 12 % arbeitslos bzw. hatten keinen Job, 8 % Diplom Ingenieure, 8 % Fachangestellte, 4 % IT-Berater, 4 % Künstler, 4 % Leiter im Hausdienst, 4 % Musiker, 8 % Pädagogen, 4 % Projektleiter, 4 % Referent in der Öffentlichkeitsarbeit, 4 % im Ruhestand, 12 % selbstständig, 4 % Spediteur, 4 % Student und 8 % Unternehmer. 76 % ordneten sich zum Befragungszeitpunkt als heterosexuell ein, 12 % waren homosexuell und 12 % bisexuell. 4 % hatten den Hauptschulabschluss, 20 % Mittlere Reife, 8 % die Fachhochschulreife, 20 % hatten ihr Abitur geschafft und 48 % haben einen Hochschulabschluss. 28 % lebten alleine, 16% waren in einer Partnerschaft, 52 % verheiratet und 4 % verwitwet. 20 % der Teilnehmer gaben an, nicht gläubig zu sein, 32 % waren katholisch, 44 % evangelisch und 4 % gehörten dem Islam an.

4.2 Beantwortung der Hypothesen Vermittels: Reliabilität

Abbildung 1: Erste Reliabilitätsprüfung¹

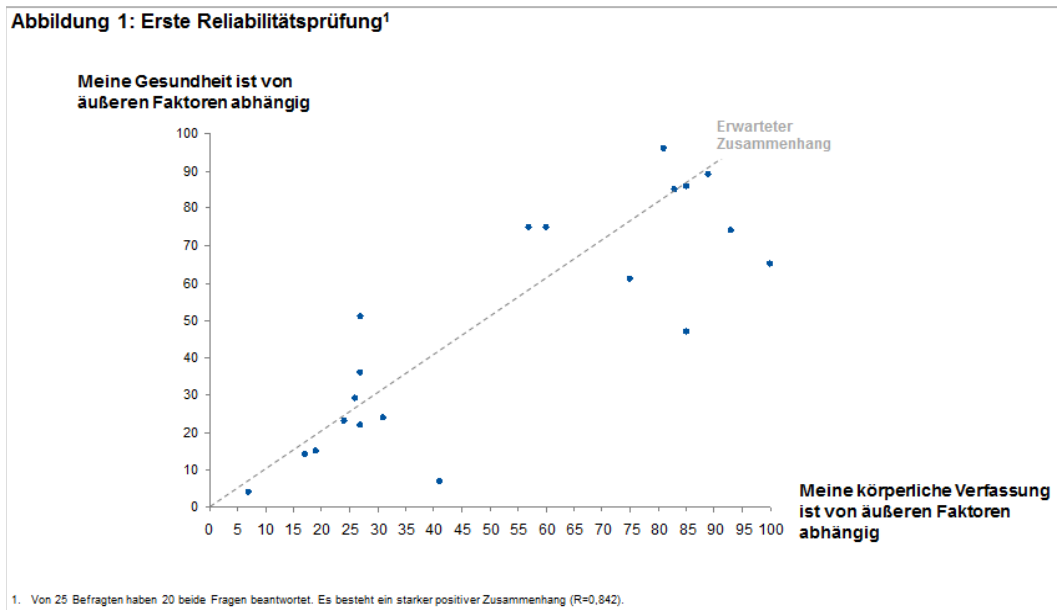
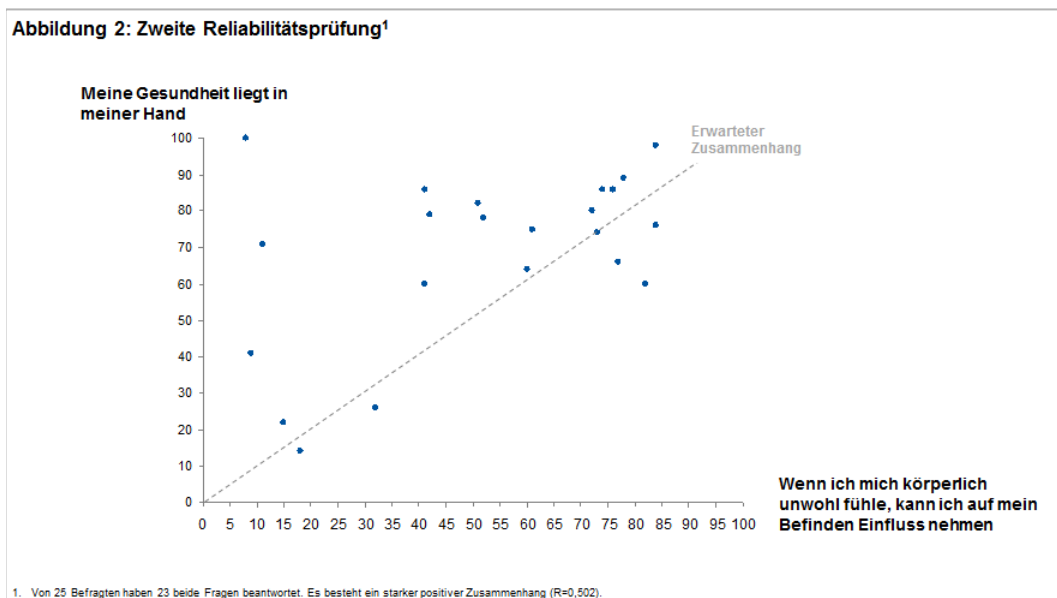


Abbildung 2: Zweite Reliabilitätsprüfung¹

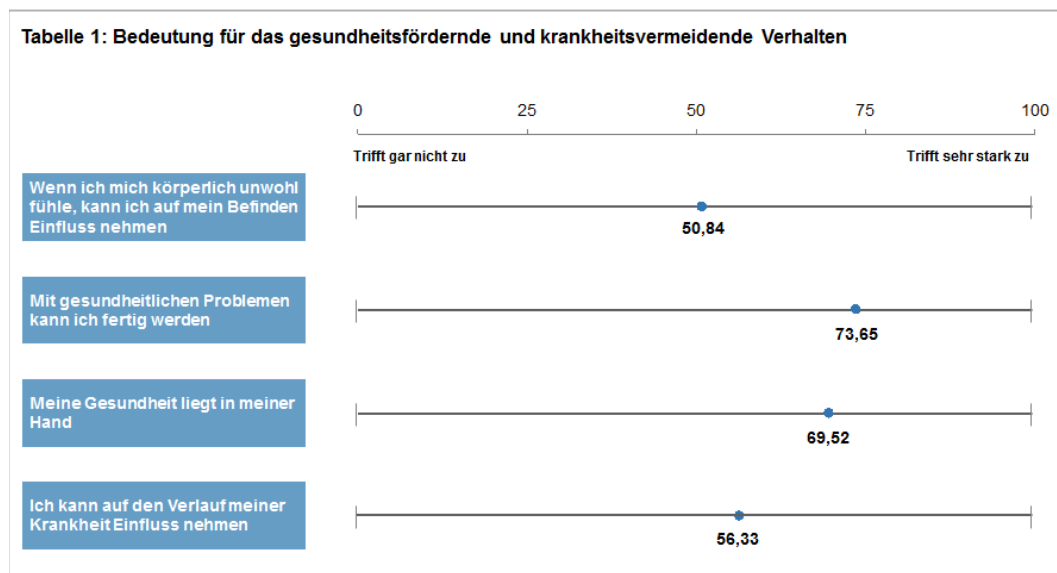


Beide Reliabilitätsprüfungen zeigen mit $r=0,842$ (Abbildung 1) und $r=0,502$ (Abbildung 2) einen starken positiven Zusammenhang.

4.3 Ergebnisse zur Selbstwirksamkeit

Zusammenfassend zeigt die folgende Abbildung die Ergebnisse zur Selbstwirksamkeit. Diese Ergebnisse lassen Aussagen über das gesundheitsfördernde und krankheitsvermeidende Verhalten der BIID-Betroffenen zu und werden im Diskussionsteil nochmals aufgegriffen.

Diese Aussagen aus dem Aachener Selbstwirksamkeitsfragebogen von Wälte und Kröger wurden von einer Stichprobe beantwortet, die sich aus der Inanspruchnahmepopulation der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin der RWTH Aachen zusammensetzt (n=970). Die Beantwortung erfolgt auf einer fünfstufigen Ratingskala mit den Ausprägungen „1 = trifft gar nicht zu“ bis „5 = trifft sehr stark zu“. Für die Skala Körper und Gesundheit ergibt sich ein Mittelwert von 2,84 mit einer Standardabweichung von 0,84. Diese Ergebnisse können nicht exakt mit den BIID-Betroffenen verglichen werden, weil die Antwortskalen zu verschieden sind. Allerdings lässt sich erkennen, dass die Antworten von den BIID-Betroffenen über dem Mittelwert von der Stichprobe der Klinik liegen.



SD = 25,99 zum Item „Wenn ich mich körperlich unwohl fühle, kann ich auf mein Befinden Einfluss nehmen“

SD = 19,29 zum Item „Mit gesundheitlichen Problemen kann ich fertig werden“

SD = 21,26 zum Item „Meine Gesundheit liegt in meiner Hand“

SD = 28,27 zum Item „Ich kann auf den Verlauf meiner Krankheit Einfluss nehmen“

4.4 Ergebnisse zu BIID und den allgemeinen Therapieerfahrungen

Bei den Angaben zu BIID und den Therapieerfahrungen geben die Teilnehmer auf einer Skala von 0 bis 100 an, ob ihre BIID-Wünsche ihre Lebensqualität beeinträchtigt. Im Durchschnitt wurde ein Wert von 82 (SD=17,63) angegeben, das heißt dass sich die Teilnehmer stark in ihrer Lebensqualität durch BIID eingeschränkt fühlen.

Im Durchschnitt leiden die Teilnehmer schon bewusst seit 28 Jahren (SD=15,27) an BIID.

Ebenfalls sollten die Teilnehmer auf einer Skala von 0 bis 100 angeben, ob der Wunsch nach einer Amputation auf ihre Lebenszufriedenheit Einfluss genommen hat. Die Teilnehmer haben im Durchschnitt 83 (SD =16,68) angegeben, welches einen starken Einfluss von BIID auf die Lebenszufriedenheit widerspiegelt. Auf diesem Skalenniveau wurde auch nach der Stärke des Ausmaßes an psychischen Veränderungen, die auf BIID zurückzuführen sind, gefragt und mit einem Durchschnittswert von 70 (SD=25,69) gaben die Teilnehmer ein starkes Ausmaß an psychischen Veränderungen an. Nur ein Teilnehmer gab an, gar keine psychischen Veränderungen aufgrund von BIID zu erleben. 36 % der Teilnehmer haben eine Psychotherapie oder eine pharmakologische Therapie versucht, 64 % haben noch nie eine Therapie gemacht. Die Gründe, weshalb die Teilnehmer noch nie eine Therapie probiert haben, fallen vielfältig aus. Einige zweifeln an den Erfolg von Therapien und einer stellte die „Wirksamkeit in Frage, die außerhalb der Verwirklichung meiner Körperform durchgeführt werden soll“. Zwei Teilnehmer gaben an „keine adequate Möglichkeit“ gefunden zu haben. Ein paar Teilnehmer wollten sich nicht Zweit- oder Drittpersonen anvertrauen, weil sie mit niemanden

darüber sprechen möchten. Drei Teilnehmer beschrieben Ängste nicht verstanden zu werden und die „befüchtung, als verrückt dargestellt zu werden“.

Zwei Teilnehmer haben eine Therapie gemacht und als zusätzliche Gründe für die Therapie Depressionen und Minderwertigkeitsgefühle genannt und eine hat zusätzlich zu BIID noch Suizidversuche begangen. Ein anderer Teilnehmer hatte zwar zwei Therapien gemacht, aber beide nicht wegen BIID und hat deshalb die spezifischen Fragen zu den Therapien nicht beantwortet. 77,8% der Teilnehmer haben eine ambulante Therapie gemacht, um sich von dem BIID-Wunsch zu befreien und 22,2 % stationär. 77,8% der Therapien wurde über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet, 11,1 % über private Krankenkassen und 11,1 % haben die Therapie selbst bezahlt.

Auf einer Skala von -50 bis 50 sind die Teilnehmer im Durchschnitt mit Wert 9 (SD=22,88) der Meinung, dass Psychotherapie ihnen bei BIID weder hilft noch schadet. Insgesamt wurden von den von mir vorgeschlagenen Behandlungsarten nur sechs Therapien in Anspruch genommen, die Tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapien, die verhaltenstherapeutische Methode, die Gesprächspsychotherapie, Entspannungsverfahren, pharmakologische Therapie und Kunst- und Bewegungstherapie.

Kein BIID-Betroffener hat Erfahrungen bei einer esoterischen Therapie, bei einer Gestalttherapie oder mit einem Psychodrama gemacht. Die Hypothese 8, dass esoterische Verfahren zu einer signifikanten Verminderung der Stärke des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung führen, kann daher nicht beantwortet werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den spezifischen Therapien dargestellt.

4.5 Ergebnisse zu den Therapieverfahren

20 % der BIID-Betroffenen haben eine Tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapie gemacht, wovon 4% bisher eine Therapie

und 16 % bisher zwei Therapien absolviert haben. Bei 16 % der Betroffenen hat ein Psychologe die Therapie durchgeführt, bei 4% ein Heilpraktiker und bei 4 % ein Arzt oder auch Psychiater. 66,7 % der Betroffenen haben eine Einzeltherapie durchlaufen und 33,3% eine Gruppen- und Einzeltherapie. Die Anzahl an Therapiesitzungen lagen im Durchschnitt bei 49 Sitzungen und verteilten sich von 10 bis 100 Sitzungen. Zwei Betroffene sind zum Zeitpunkt der Befragung noch in therapeutischer Behandlung, bei einem Betroffenen lag die Therapie 4 ein Monat zurück, bei zwei anderen Betroffenen lagen die Therapien Jahre zurück, einmal 2,5 Jahre und einmal 3 Jahre. 50 % der Betroffenen hatten mehrmals pro Woche Therapiesitzungen, 33,3 % hatten jede Woche eine Therapiesitzung und 16,7 % hatten alle zwei Wochen eine Therapiesitzung besucht. Auf einer Skala von -50 (= Wunsch stark zugenommen) bis 50 (= abgenommen) haben die Betroffenen den Einfluss der Therapie auf den Wunsch nach BIID mit den durchschnittlichen Wert -25,5 (SD=25,74) angegeben, also hat durch die Therapie der Wunsch nach BIID leicht zugenommen. Die Therapie hat bei den Betroffenen mit einem durchschnittlichen Wert von 21,5 (SD=24,57) auf der gleichen Skalenverteilung den Leidensdruck in Bezug auf BIID leicht reduziert.

24 % der BIID-Betroffenen haben eine Verhaltenstherapie absolviert, von denen 16% eine Therapie und 8 % zwei Therapien gemacht haben. Bei 16 % der Betroffenen hat ein Psychologe die Therapie durchgeführt und bei 8 % der Betroffenen ein Arzt oder auch Psychiater. Alle Betroffenen haben die Verhaltenstherapie als Einzeltherapie gemacht. Im Durchschnitt haben die Betroffenen diese Therapie 28,5 Monate (SD=22,67) in Anspruch genommen. Zwei Betroffene waren zum Erhebungszeitpunkt aktuell noch in therapeutischer Behandlung, bei zwei anderen Betroffenen lag die Therapie 2 Jahre zurück und bei einem anderen 15 Monate. 50 % der Betroffenen hatten jede Woche eine Therapiesitzung, 33,3 % alle 2 Wochen eine Sitzung und 16,7 % hatten weniger als alle zwei Wochen eine Sitzung. Auf einer Skala von -50 bis 50 haben die Betroffenen den

Einfluss der Therapie auf den Wunsch nach BIID mit den durchschnittlichen Wert -11 ($SD=20,84$) beurteilt, also hat durch die Therapie der Wunsch nach BIID leicht zugenommen. Die Therapie hat bei den Betroffenen mit einem durchschnittlichen Wert von 7 ($SD=21,43$) auf der gleichen Skalenteilung den Leidensdruck in Bezug auf BIID ganz leicht reduziert.

8% der BIID-Betroffenen haben einmal Erfahrungen mit einer Gesprächspsychotherapie gemacht. 4% der Betroffenen hat die Therapie mit einem Psychologen absolviert und 4% mit einem Arzt oder auch Psychiater. Alle Betroffenen haben die Verhaltenstherapie als Einzeltherapie gemacht. Durchschnittlich haben die Betroffenen $22,5$ Monate ($SD=24,75$) diese Therapie durchlaufen. Die letzte Therapiesitzung liegt im Durchschnitt bei den Betroffenen 31 Monate ($SD=26,87$), also über $2,5$ Jahre zurück. 4% der Betroffenen hatten jede Woche eine Sitzung und 4% der Betroffenen hatte weniger als alle zwei Wochen eine Sitzung. Auf einer Skala von -50 bis 50 haben die Betroffenen den Einfluss der Therapie auf den Wunsch nach BIID durchschnittlich mit $-3,5$ ($SD=4,95$) bewertet. Daraus resultierend hat die Therapie den Wunsch nach BIID nicht reduziert, sondern ganz leicht zunehmen lassen. Die Therapie hat mit einem durchschnittlichen Wert von 7 ($SD=21,21$) bei einer Skala von -50 bis 50 den Leidensdruck in Bezug auf BIID ganz leicht reduziert.

20% der Betroffenen haben ein oder mehrere Entspannungsverfahren durchgeführt. Zu 16% wurde das Autogene Training absolviert, 12% der Betroffenen hat Übungen zur progressiven Muskelentspannung durchgeführt, 4% fernöstliche Methoden (Shiatsu) und 4% haben mit Musik gearbeitet. 4% der Betroffenen haben die Entspannungsverfahren bei einem Psychologen angewendet, 8% bei einem Heilpraktiker, 8% wussten es nicht und 4% hatten es selbst durchgeführt. 16% der Betroffenen haben angegeben, dass sie die Therapie in Form einer Gruppentherapie wahrgenommen haben und dieselben Betroffenen haben

Angegeben nach dem Lehrkurs die Übungen selbstständig zuhause durchgeführt zu haben. Die Intensität mit der die Übungen zuhause selbstständig durchgeführt werden variieren allerdings stark. 4 % der Betroffenen machten die Übungen noch bis zum Untersuchungszeitpunkt, aber unregelmäßig, 4 % haben die Übungen nur einige Wochen durchgeführt, 4 % unregelmäßig und 4 % absolvieren die Übungen seit 20 Jahren. Auf einer Skala von -50 bis 50 haben die Betroffenen den Einfluss der Therapie auf den Wunsch nach BIID durchschnittlich mit -2,5 (SD=0) bewertet, das heißt das die Therapie den Wunsch nach BIID leicht zunehmen lässt. Die Entspannungsverfahren reduzieren allerdings ganz leicht den Leidensdruck, weil die Betroffenen durchschnittlich den Wert 6,5 (SD=10,61) angeben bei einer Skala von -50 bis 50.

32 % der BIID Betroffenen hat eine pharmakologische Therapie durchgeführt, wovon 20 % Antidepressiva verschrieben bekommen haben und 12 % Neuroleptika. 8 % der Betroffenen haben die Medikamente von ihren Arzt verschrieben bekommen, 4 % von ihrem Hausarzt auf Anraten der Psychologin, 4 % von ihrem Psychiater. Durchschnittlich wurden die Medikamente über einen Zeitraum von 60 Monaten (SD=80,87) eingenommen. 2 Betroffene nehmen zum Erhebungszeitpunkt noch Medikamente ein und bei den anderen beiden Betroffenen lag die letzte Einnahme einmal 2 Wochen zurück und das andere mal 16 Monate. Auf einer Skala von -50 bis 50 hat ein Betroffener den Einfluss der Medikamente auf den Wunsch nach BIID mit -48 beantwortet. Für diesen Betroffenen hat der Wunsch nach BIID durch die Medikamente stark zugenommen. Der Leidensdruck durch die Medikamente wirkt sich bei zwei Betroffenen ganz unterschiedlich aus. Ein Betroffener mit dem Wert -48 hatte einen stark erhöhten Leidensdruck, während ein anderer Betroffener mit dem Wert 44 angab, dass sich der Leidensdruck stark reduziert hat durch die Medikamente.

4% der Betroffenen haben eine Kunst- und Bewegungstherapie absolviert bei einem Psychologen. Die Betroffenen waren 1,5 Monate in Therapie

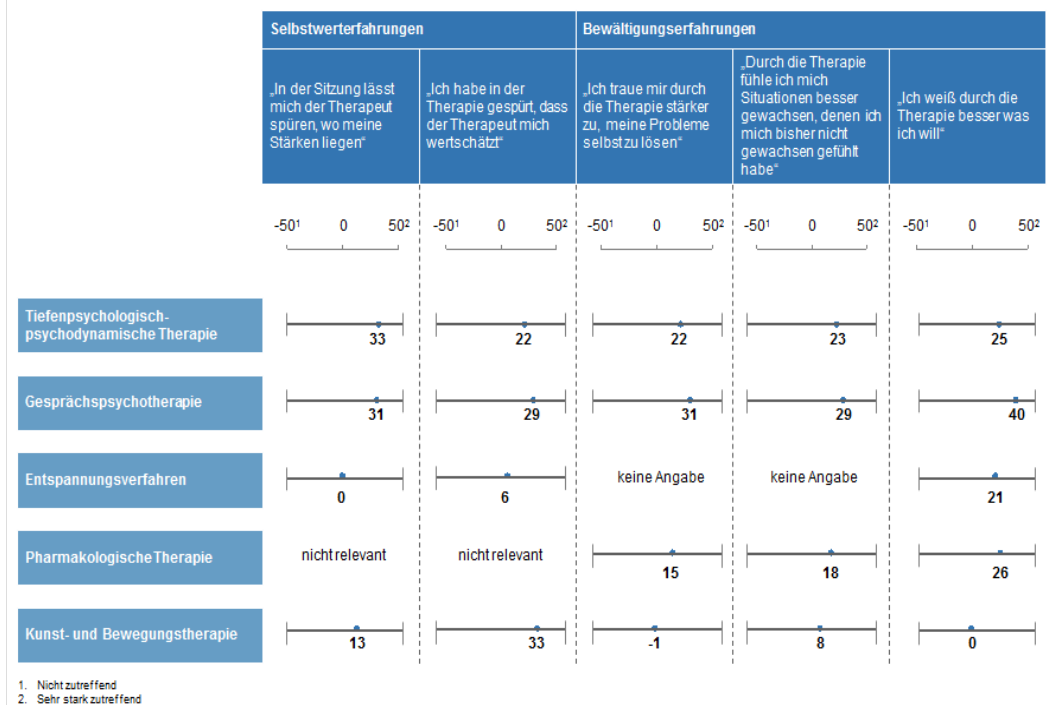
und die letzte Sitzung lag eine Woche zurück. Die Betroffenen hatten mehrmals pro Woche eine Sitzung durchgeführt. Auf einer Skala mit einer -50 bis 50 Verteilung haben die Betroffenen bei dem Einfluss dieser Therapie auf den Wunsch nach BIID mit -12 (SD=0) angegeben, was eine leichte Zunahme des Wunsches nach BIID bedeutet. Mit dem Wert 16 (SD=0) hat sich der Leidensdruck leicht reduziert durch die Therapie.

Ein anvisiertes Ziel dieser Befragung war zudem, ob die Anzahl von Therapiesitzungen mit dem Rückgang des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung korreliert (**H9**). In die Rechnung miteinbezogen waren die tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapie, die Verhaltenstherapie, die Gesprächspsychotherapie und die Kunst- und Bewegungstherapie. Mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = -0,128$ besteht eine geringe Korrelation.

4.6 Ergebnisse zur Patientenwahrnehmung der Therapieverfahren

Bei jeder Therapieform wurden die BIID-Betroffenen gefragt, wie sie die Therapiesitzung erlebt haben. Die Fragen lassen sich in eine positive Selbstwerterfahrungen und eine positiven Bewältigungserfahrungen unterteilen, wie Tabelle 2 zeigt.

Tabelle 2: Patientenwahrnehmung der Therapieverfahren



Die Therapiesitzung in der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapie wurde von den Betroffenen als ziemlich positiv wahrgenommen (Summen-Mittelwert=25, SD=4,64). Durch die Sitzung haben die Betroffenen eine positive Selbsterfahrung und positive Bewältigungserfahrungen machen können.

In der Gesprächspsychotherapie wurde die Therapiesitzung von den Betroffenen ebenfalls positiv erlebt (Summen-Mittelwert=32, SD=4,58). Die Therapie hat den Betroffenen auch mit positive Selbsterfahrungen und positive Bewältigungserfahrungen aus den Sitzungen entlassen.

Bei den Entspannungsverfahren sind diese Erfolge nicht zu beobachten (Summen-Mittelwert=9, SD=10,82). Die Therapiesitzung hat weder zu einer positive Selbsterfahrung und einer positiven Bewältigungserfahrung beigetragen, noch hat sie das Gegenteilige angerichtet. Allerdings wissen die Betroffenen nach dieser Therapie besser was sie wollen.

Bei der pharmakologischen Therapie konnte nicht nach der Selbsterfahrung gefragt werden. Diese Therapie bewerten die

Betroffenen leicht positiv und sie hilft, dass die Betroffenen besser wissen, was sie wollen (Summen-Mittelwert=19,67, SD=5,69).

Die Therapiesitzung der Kunst- und Bewegungstherapie bewerten die Betroffenen leicht positiv (Summen-Mittelwert=10,6, SD=13,79). Durch die Sitzung haben sie ein bisschen merken können, wo ihre Stärken liegen und haben gespürt, dass der Therapeut sie wertschätzt. Insgesamt haben die Betroffenen eine positive Selbstwernerfahrung in dieser Therapie gemacht. Die Betroffenen konnten positive Bewältigungserfahrungen in der Therapie bei Situationen angeben, denen sie sich jetzt ein bisschen besser gewachsen fühlen und denen sie sich bisher nicht gewachsen gefühlt haben. Die Therapie hatte allerdings keinen Einfluss darauf, dass sie jetzt besser wissen was sie wollen und die Therapie hatte auch keinen Einfluss auf ihr Selbstvertrauen, Probleme selbst zu lösen.

5. Diskussion der Ergebnisse

Mithilfe des Fragebogens zum Therapieerfolg bei BIID sollte herausgefunden werden, ob Therapieverfahren den BIID-Betroffenen helfen können und welche Therapien die größten Erfolge erzielen können. Einer von 26 ausgefüllten Fragebogen musste ausgeschlossen werden. Die anderen 25 Fragebögen wurden nach sorgfältiger Prüfung ausgewertet. Nach den Reliabilitätsprüfungen bei Anwendung der 20% Toleranzgrenze gibt es bei den beiden Reliabilitätsprüfungen Ausreißer. Diese Ausreißer sind allerdings nicht von der Auswertung ausgeschlossen worden, weil bei diesen Ausreißern sehr kritisch die anderen Antwortwerte auf Sinnhaftigkeit überprüft wurden. Es kann bei dieser Stichprobe von 25 BIID-Betroffenen also davon ausgegangen werden, dass aus den Daten zuverlässige Ergebnisse abgeleitet werden können.

Ein zuverlässiger Zusammenhang wurde in vielen Studien zwischen dem Gesundheitsverhalten und der Selbstwirksamkeit bestätigt (Schwarzer 2002, Ziegelmann 2002). Die Selbstwirksamkeit ist daher auch ein entscheidender Prädiktor bei Therapien, weil bei einer niedrigen Selbstwirksamkeit z.B. ein Vermeidungsverhalten entsteht und einem Therapieerfolg erschwert. Fuchs & Schwarzer (1994) haben empirisch festgestellt, „dass Personen mit höherer Selbstwirksamkeit offenbar eine bessere seelische und körperliche Gesundheit aufweisen“. In meiner Studie geben die BIID-Betroffenen im Hinblick auf ihr gesundheitsförderndes und krankheitsvermeidendes Verhalten eine mittlere bis starke Selbstwirksamkeit an verglichen mit einer Stichprobe, die sich aus der Inanspruchnahmepopulation der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin der RWTH Aachen zusammensetzt. Mit dieser „stabilen Persönlichkeitsdimension, die subjektive Überzeugung zum Ausdruck bringt, aufgrund eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu können“ (Schwarzer,1994), lässt sich in einer Therapie mit den BIID-Patienten gut arbeiten.

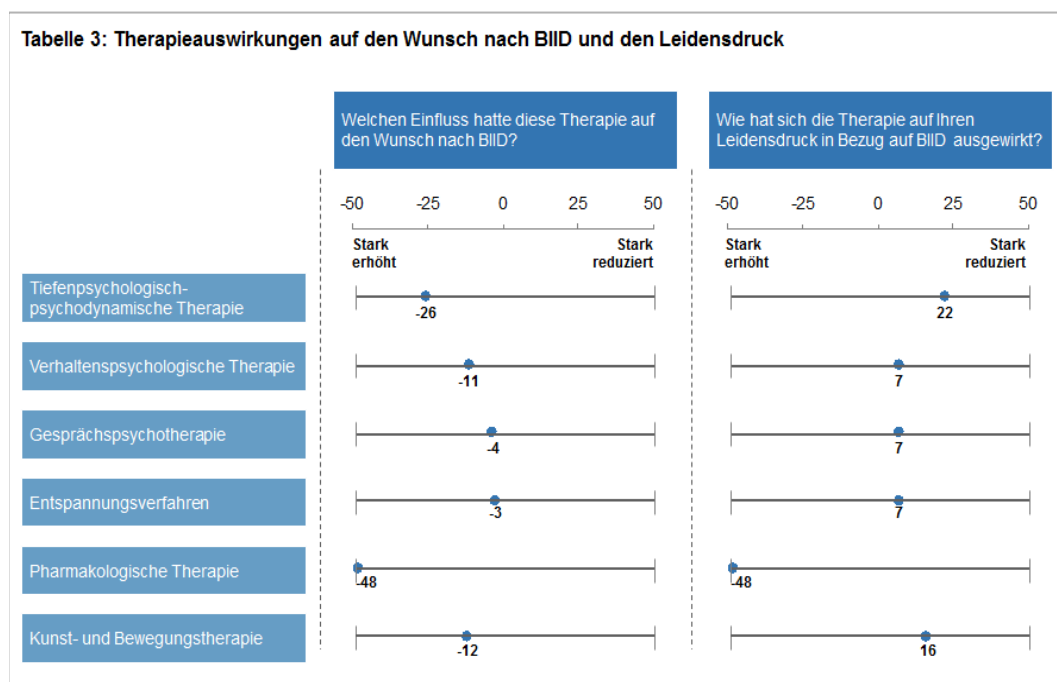
Obwohl viele BIID-Betroffene überzeugt sind, dass sie mit ihrem eigenen Handeln auf ihr Befinden Einfluss nehmen können, haben nur 36 % der Teilnehmer bereits eine Psychotherapie oder eine pharmakologische Therapie gemacht, während 64 % verschiedenste Gründe aufführen, weshalb sie noch nie eine Therapie versucht haben. Neben Ängsten sich anzuvertrauen und Zweifel an der Wirksamkeit einer Therapie gaben auch zwei BIID-Betroffene an, dass sich keine Möglichkeit ergeben hat. Davon ausgehend dass die Betroffenen sich nicht helfen lassen, kann die Schlussfolgerung sein, dass die Betroffenen gar nicht so stark unter BIID leiden, wie bisher angenommen. Dieser Annahme widersprechen allerdings die Ergebnisse, dass sich die Teilnehmer stark in ihrer Lebensqualität durch BIID eingeschränkt fühlen und im Durchschnitt seit 28 Jahren an BIID leiden. Zudem hat der Wunsch nach einer Amputation einen starken Einfluss auf ihre Lebenszufriedenheit und anscheinend lässt sich auf BIID ein starkes Ausmaß an psychischen Veränderungen zurückführen.

Behandeln ließen sich 32 % der BIID-Betroffenen mit Medikamenten, 24 % mit einer Verhaltenstherapie, 20 % mit einer tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapie, 20 % mit ein oder mehrere Entspannungsverfahren, 8% mit einer Gesprächspsychotherapie und 4% der Betroffenen haben eine Kunst und Bewegungstherapie absolviert. Damit sind die Daten für jede Therapie von 3 bis 4 Betroffenen, da nur 36 % von der Stichprobe (n=25) eine Therapie gemacht haben. Diese kleine Gruppengröße bringt grundsätzlich die methodische Fragestellungen der Repräsentativität der Stichprobe mit sich. Allerdings kann bis heute keine konkrete Angabe zu der Häufigkeitsverteilung von BIID gegeben werden, aber es wird davon ausgegangen, dass diese Störung sehr selten vertreten ist.

Mittels Internet-Befragung an 680 Personen wurde von Kasten und Spithaler (2012) ein Versuch zur Häufigkeitsverteilung von BIID gestartet. Die Fragen wurden zu unterschiedlichen Veränderungen der Körperwahrnehmung gestellt und bei dieser Befragung zielte die Frage

nach den Wunsch, einen Körperteil loswerden zu wollen auf die Häufigkeitsprüfung von BIID ab. Diese wurde von 7.9 % der Teilnehmer bejaht. Keiner der Teilnehmer erfüllte allerdings die Diagnosekriterien für BIID und nur in der unselektierten Gesamtstichprobe von 680 Teilnehmern gab es einen einzigen Teilnehmer, der den Diagnosekriterien entsprochen hätte, aber aufgrund der Ausschlusskriterien ausgeschlossen werden musste. Eine Person erlaubt zudem keine sichere statistische Angabe der Häufigkeit von BIID.

Die geringe Stichprobe von drei bis vier Personen bei den verschiedenen Therapie erlaubt daher auch nur entsprechend wenige Kombinationsmöglichkeiten für die Werte der Variablen. Die Wahrscheinlichkeit ist nämlich hoch, dass dabei eine Kombination erhalten wird, die einen zufällig starken Zusammenhang darstellt. Es werden lediglich die Durchschnittswerte der einzelnen Therapien miteinander verglichen und diese erlauben die H0 zu verwerfen. Insgesamt hat Psychotherapie einen Einfluss auf die Stärke des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung, aber die einzelnen Therapien unterscheiden sich in der Stärke des Einflusses wie aus der Tabelle 3 zu entnehmen ist.



Bei allen Therapien hat allerdings die Therapie den Wunsch nach BIID zunehmen lassen.

Am stärksten nimmt der Wunsch nach BIID bei der pharmakologischen Therapie zu und dann bei der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapie. Leicht nimmt dieser Wunsch bei der Kunst- und Bewegungstherapie zu und bei der Verhaltenstherapie. Bei der Gesprächspsychotherapie und den Entspannungsverfahren ist die Zunahme des Wunsches nach BIID am schwächsten. Diese Ergebnisse führen zum Verwerfen der Alternativ-Hypothesen (**H1, H2, H3, H4, H6 und H7**), weil die tiefenpsychologische Therapie, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Entspannungstherapie, Psychopharmaka und fernöstlichen Verfahren (Shiatsu) zu keiner signifikanten Verminderung der Stärke des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung führen. Die Ergebnisse bei der Entspannungstherapie zu Shiatsu wurden dabei einzeln betrachtet und können deswegen auf die Hypothese der fernöstlichen Verfahren übertragen werden.

Der Leidensdruck in Bezug auf BIID wird von allen Therapien reduziert, außer von einem Betroffenen der Medikamente eingenommen hat und dessen Leidensdruck sich stark erhöht hat. Dieser Betroffene hatte auch angegeben, dass der Einfluss des Wunsches nach BIID stark zugenommen hat, war aber der einzige, der diese Frage beantwortet hat. Es wäre interessant gewesen zu erfahren, wie die andere Betroffene, deren Leidensdruck stark reduziert wurde, die Frage nach dem Einfluss beantwortet hätte. Eine signifikante Reduzierung des Leidensdrucks hat die tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapie erzielt. Danach folgt die Kunst- und Bewegungstherapie und eine durchweg leichte Reduzierung zeigen die Verhaltenstherapie, die Gesprächspsychotherapie und die Entspannungsverfahren.

Zusammenfassend führt Psychotherapie nicht zu einer Verminderung des Amputationswunsches, sondern der Wunsch bleibt bestehen. Immerhin reduzieren alle Therapien den Leidensdruck der Betroffenen.

Diese Erkenntnisse untermauern die im Jahr 2006 veröffentlichte Therapiestudie von Braam et al. in einer ihrer Ergebnisse zur Wirksamkeit psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung bei BIID anhand eines Einzelfalles. Bei diesem Betroffenen wurde eine kognitive Verhaltenstherapie angewendet, die den Leidensdruck verringerten, aber trotzdem blieb der Wunsch bestehen.

Erfolge in der Langzeittherapie konnte in dieser Studie durch die tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapie und der Verhaltenstherapie wie zuvor bei Thiel, Ehni, Oddo und Stirn 2011 nicht nachgewiesen werden. In der Therapie waren psychodynamische, konfliktaufdeckende als auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente integriert worden, die eventuell nicht so stark in den Therapien von diesen BIID-Betroffenen integriert waren. Die Einsicht, dass der Amputationswunsch am stärksten bei Frustration ist, führte bei dem Patienten zum Rückgang des Wunsches nach BIID, was in dieser Studie nicht bestätigt werden kann.

Stattdessen belegt diese Studie, dass der Wunsch nicht nur bestehen bleibt, sondern durch die Therapie zu nimmt. Ein mögliches Erklärungsmodell für diese Zunahme könnte die intensive Beschäftigung und das verstärkte Reden über den Amputationswunsch sein. Auch ohne Therapie verbringen die Betroffenen viel Zeit mit Grübeleien, ob und wie sie die Behinderung erreichen können und wann sie diesen Schritt wagen. In der Therapie wird ebenfalls die Empfindung einer Differenz zwischen dem intakten Körper mit dem die Betroffenen leben müssen und dem angestrebten Selbstbild eines Behinderten thematisiert. Diese Differenz hat bis jetzt keine Therapie auflösen können und die Betroffenen sehen weiterhin nur eine Amputation als Lösung. Damit schließt sich der Kreis, weil die Betroffenen weiterhin überlegen, wie sie die Behinderung erreichen können.

Bei der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapie, der Verhaltenstherapie, der Gesprächspsychotherapie und der Kunst- und Bewegungstherapie erhöht sich tendenziell bei einer höheren Anzahl von

Therapiesitzungen der Wunsch nach einer Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung, welches zum Verwerfen der Alternativ-Hypothesen führt.

Dieses Ergebnis untermauert die bisherigen Erkenntnisse, dass der Wunsch nach BIID durch die Therapien ansteigt. Die bisherige Vermutung, dass der intensive Austausch über BIID in der Therapie den Wunsch verstärkt, kann auch bei diesem Ergebnis als Erklärungsmodell dienen.

6. Literatur

Bayne T, Levy N. Amputees by choice: Body Integrity Identity Disorder and the ethics of amputation. *J Appl Psychol* 2005; 22: 75–85

Blom R. M. et al. (2012): Body Integrity Identity Disorder. *PLoS ONE* Volume 7, Issue 4: S. 1-6

Fuchs, R., Schwarzer, R. (1994). Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Meßinstruments, *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 15, 1994, Heft 3, S. 149

Furth, G.M, Smith, R. (2000): *Amputee Identity Disorder: Information, Questions, Answers and Recommendations About Self-Demand Amputation*; AuthorHouse Paperback

Henningsen, G.R.P. (2008). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*, 6. Aufl., Georg Thieme Verlag.

Hick, C. (2007). *Klinische Ethik*. Springer Medizin Verlag.

Hiller, W., Leibing, E., Leichsenring, F., Sulz, S. (2010). *Lehrbuch der Psychotherapie. Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie*, 2. Aufl., CIP-Medien.

Kasten, E. (2012): Body integrity Identity Disorder - Körperidentität durch erwünschte Behinderung. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date* 6: S. 1-11, Stuttgart

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

Kriz, Jürgen (2001). Grundkonzepte der Psychotherapie, 5. Aufl., Weinheim: Beltz-Verlag.

Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2012). Testtheorie und Fragebogenkonstruktion, 2. Aufl., Springer Verlag.

Müller S. (2009): Body Integrity Identity Disorder (BIID) - Is the Amputation of Healthy Limbs Ethically Justified?. The American Journal of Bioethics, 9: S.36-43

Rössler, W., Matter, B., (2013). Kunst- und Ausdruckstherapien. Ein Handbuch für die psychiatrische und psychosoziale Praxis, 1. Aufl., Kohlhammer Verlag.

Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsresource, Diagnostica,1994,40, S. 105.

Schwarzer, R. (2002). Selbstwirksamkeitserwartungen in Schwarzer, R., Jerusalem, M., Weber, H. (2002) Gesundheitspsychologie von A-Z, Verlag Hogrefe S. 521-524

Spithaler F., Kasten E. (2012). Internet-Befragung zur Häufigkeit von Veränderungen der Körperwahrnehmung. Z Med Psychol 39-47.

Stirn, A., Thiel, A., Oddo, S. (2010). Body Integrity Identity Disorder (BIID) - Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze, 1. Aufl., Beltz Verlag.

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

Wälte, D., Kröger, F. (2000). Aachener Selbstwirksamkeitsfragebogen ASF. Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der RWTH, Aachen.

Internetquellen:

www.biid-dach.org

www.erich-kasten.de

www.transabled.org

www.therapie.de/psyche/info/glossar/psychoanalyse/

www.institut-fuer-hypnose.de/hypnose.htm

www.weltanschauungsbeauftragte.elk-wue.de/fileadmin/mediapool/einrichtungen/E_weltanschauungsbeauftragte/DoksA-G/Esoterische_Heiler_-_Esoterische_Therapien.pdf

BIID Fragebogen zum Therapieerfolg

Seite 01

Ich führe im Rahmen meiner Bachelorarbeit bei Prof. Dr. Erich Kasten eine Untersuchung durch, um die Therapieerfahrungen von Personen zu erfassen, die von „Body Integrity Identity Disorder“ (BIID) betroffen sind. Hierbei haben die Betroffenen z.B. den Wunsch, sich ein Körperteil amputieren zu lassen oder teilweise gelähmt zu sein. Ich hoffe, durch diesen Fragebogen mehr darüber herauszufinden, ob und ggf. in welchem Ausmaß Psychotherapie oder pharmakologische Behandlungen den Betroffenen helfen können. Ihre Erfahrungen in diesem Fragebogen zu dokumentieren ist sehr wichtig, weil erst nachgewiesen werden muss, ob Therapien helfen oder nicht, bevor überhaupt eine legale Amputation in Betracht gezogen werden kann.

Die Teilnahme an dieser Befragung ist völlig freiwillig; Sie können statt Ihres Namens auch ein Pseudonym angeben. Ich stehe unter Schweigepflicht und werde Ihre Identität unter keinen Umständen jemandem mitteilen! Wenn Sie einzelne Fragen gar nicht beantworten möchten, so lassen Sie diese frei. Sie helfen mir aber sehr, wenn Sie möglichst alle Fragen beantworten. Auch ohne Ihre Unterschrift erklären Sie sich durch Ausfüllen und Rücksenden dieses Fragebogens damit einverstanden, dass ich Ihre Daten wissenschaftlich auswerten darf. In den entsprechenden wissenschaftlichen Arbeiten wird Ihre Identität nicht erkennbar sein; Ihr Wunsch nach Anonymität wird auf jeden Fall respektiert!

Bitte helfen Sie mir, indem Sie ihre bisherigen Therapieerfahrungen angeben und wir somit gemeinsam einen kleinen Schritt in die richtige Richtung gehen können, um die Behandlungsmöglichkeiten für BIID-Patienten effektiver gestalten zu können. Bitte beantworten Sie den ersten Teil auch dann, wenn Sie noch nie eine Therapie versucht haben; auch das hilft uns weiter.

Bei Fragen können Sie sich gerne per Mail an mich wenden (k.kroeger@uke.de).

Mit freundlichen Grüßen

Katharina Kröger

Name oder Pseudonym

Alter

Aktueller Beruf

Seite 02

Bitte zutreffende Auswahlmöglichkeit auswählen

Geschlecht

[Bitte auswählen] ▾

Sexualität

Familienstand

Höchster Schulabschluss

Auswahlmöglichkeit

Religionszugehörigkeit

- Keine
- Katholisch
- Evangelisch
- Islam
- Andere (bitte angeben)

Seite 03

1. Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie?

Wenn ich mich körperlich unwohl fühle, kann ich auf mein Befinden Einfluss nehmen.

trifft gar nicht zu trifft sehr stark zu

2. Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie?

Meine Gesundheit ist von äußeren Faktoren abhängig.

trifft gar nicht zu trifft sehr stark zu

3. Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie?

Mit gesundheitlichen Problemen kann ich fertig werden.

trifft gar nicht zu trifft sehr stark zu

4. Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie?

Meine körperliche Verfassung ist von äußeren Faktoren abhängig.

trifft gar nicht zu trifft sehr stark zu

5. Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie?

Meine Gesundheit liegt in meiner Hand.

trifft gar nicht zu trifft sehr stark zu

6. Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie?

Ich kann auf den Verlauf meiner Krankheit Einfluss nehmen.

trifft gar nicht zu trifft sehr stark zu

Seite 04

7. Allgemeine Angaben zu BIID und Therapieerfahrungen

a) Wie stark beeinträchtigen Ihre BIID-Wünsche Ihre Lebensqualität

gar nicht sehr stark

Bitte zutreffende Jahre angeben

b) Seit wie vielen Jahren leiden Sie schon bewusst an BIID?

c) Hat dieser Wunsch auf Ihre Lebenszufriedenheit Einfluss genommen?

gar nicht sehr stark

d) Wie stark waren die Ausmaße an psychischen Veränderungen, die auf BIID zurückzuführen sind?

gar nicht sehr stark

e) Haben Sie jemals eine Psychotherapie oder pharmakologische Therapie gemacht?

8. Bei keiner Teilnahme an einer Therapie ist dies Ihre letzte Frage und die Umfrage ist für Sie danach beendet. Danke für Ihre Mitarbeit!

Hinweis: Um den Fragebogen abzuschließen, müssen sie bei den folgenden Fragebogenseiten immer auf „weiter“ drücken“.

Wenn nein, geben Sie bitte den Grund an (Ängste oder Befürchtungen etc.)

Wo haben Sie die Therapie, um sich von dem BIID-Wunsch zu befreien gemacht?

In welcher Form wurde die Therapie finanziert?

Sind Sie der Meinung, dass Psychotherapie Ihnen bei BIID hilft?

-50 es schadet sehr 50 es hilft sehr

9. Angaben zu Tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapien:

Diese thematisiert bewusste und unbewusste Konflikte. In dieser Therapieform werden zudem noch Entwicklungsdefizite und der Einfluss von seelischen Verletzungen behandelt. Das Setting findet meist regelmäßig 3 bis 5 Stunden in der Woche weitgehend auf einer Couch statt. Zum Teil findet diese Therapie auch im Sitzen statt, aber unterscheidet sich z.B. von der Verhaltenstherapie durch das Vorgehen des Therapeuten und in der Häufigkeit. Der Therapeut in den tiefenpsychologischen Therapien hört gewöhnlich mehr zu und lässt den Patienten frei assoziieren d.h. dass der Patient seine Einfälle zu bestimmten Ereignissen und Personen freien Lauf lassen soll.

Haben Sie diese Therapieform in Anspruch genommen?

Hinweis: Es sind nicht einzelne Sitzungen gemeint, sondern vollständige Therapiedurchgänge mit etlichen Sitzungen.

Wenn nicht, können sie gleich am Ende der Seite auf „weiter“ klicken.

Wer hat diese Therapie durchgeführt?

- Psychologe
 Arzt/Psychiater
 Heilpraktiker
 Weiß ich nicht
 Anderes

In welcher Form fand die Therapie statt?

Bitte ungefähre Anzahl von Sitzungen angeben

Wie viele Sitzungen haben sie in der Therapie in Anspruch genommen?

Bitte Anzahl der Monate eintragen oder eine 0, wenn Sie noch in Therapie sind

Sind Sie aktuell noch in Therapie
oder wie lange liegt die letzte
Sitzung zurück?

In welcher Intensität haben Sie die Therapie in Anspruch genommen?

Welchen Einfluss hatte diese Therapie auf den Wunsch nach BIID?

-50 stark zugenommen 50 stark zurückgegangen

Wie hat sich die Therapie auf Ihren Leidensdruck in Bezug auf BIID ausgewirkt?

-50 Leidensdruck hat sich stark erhöht 50 Leidensdruck hat sich stark reduziert

Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie auf einer Skala von -50 bis 50?

In der Sitzung lässt/ließ mich der
Therapeut spüren, wo meine
Stärken liegen. -50 50

Ich traue mir durch die Therapie
stärker zu, meine Probleme
selbst zu lösen. -50 50

Ich habe in der Therapie gespürt,
dass der Therapeut mich
wertschätzt. -50 50

Durch die Therapie fühle ich
mich Situationen besser
gewachsen, denen ich mich
bisher nicht gewachsen gefühlt
habe. -50 50

Ich weiß durch die Therapie
besser was ich will. -50 50

10. Angaben zu verhaltenstherapeutischen Methoden:

Diese Therapie Methoden liegen Lerntheorien zugrunde, bei denen man davon ausgeht, dass ein gelerntes Verhalten auch wieder verlernt werden kann. Das Erkennen und Ändern von Verhaltensmustern und dysfunktionalen Schemen im Denken ist grundlegend. Gearbeitet wird überwiegend an der Lösung von aktuellen Problemen, sozialen Defiziten, gegenwärtigen Ängsten und belastenden Lebensumständen.

Haben Sie diese Therapieform in Anspruch genommen?

Hinweis: Es sind nicht einzelne Sitzungen gemeint, sondern vollständige Therapiedurchgänge mit etlichen Sitzungen.


Wenn nicht, können sie gleich am Ende der Seite auf „weiter“ klicken.

[Bitte auswählen] 

Wer hat diese Therapie durchgeführt?

- Psychologe
- Arzt/Psychiater
- Heilpraktiker
- Weiß ich nicht
- Anderes

In welcher Form fand die Therapie statt?

[Bitte auswählen] 

Bitte Anzahl der Monate eintragen

Über wie viele Monate haben Sie diese Therapie in Anspruch genommen?

Bitte Anzahl der Monate eintragen oder eine 0, wenn Sie noch in Therapie sind

Sind Sie aktuell noch in Therapie oder wie lange liegt die letzte Sitzung zurück?

In welcher Intensität haben Sie die Therapie in Anspruch genommen?

Welchen Einfluss hatte diese Therapie auf den Wunsch nach BIID?

-50 stark zugenommen 50 stark zurückgegangen

Wie hat sich die Therapie auf Ihren Leidendruck ausgewirkt?

-50 Leidensdruck hat sich stark erhöht 50 Leidensdruck hat sich stark reduziert

Seite 08

11. Angaben zu humanistischen Methoden:

Im engeren Sinne werden die Gestalttherapie und das Psychodrama zu den humanistischen Verfahren gezählt. In der Gestalttherapie werden verschiedene spielerische und kreative Methoden wie z.B. Kunsttherapie eingesetzt. Es handelt sich oft um Übungen, mit denen man intensiveren Zugang zu den eigenen Gefühlen finden kann. (Im Unterschied zu der Verhaltenstherapie und der Tiefenpsychologischen Therapie zählt keines der humanistischen Verfahren gegenwärtig zu den regulär über die Krankenkassen finanzierten Verfahren. Diese Therapie muss der Patient selber bezahlen).

Haben Sie diese Therapieform in Anspruch genommen?


Hinweis: Es sind nicht einzelne Sitzungen gemeint, sondern vollständige Therapiedurchgänge mit etlichen Sitzungen.

Wenn nicht, können sie gleich am Ende der Seite auf „weiter“ klicken.

Wer hat diese Therapie durchgeführt?

- Psychologe
- Arzt/Psychiater
- Heilpraktiker
- Weiß ich nicht
- Anderes

In welcher Form fand die Therapie statt?

[Bitte auswählen] 

Bitte Anzahl der Monate eintragen

Über wie viele Monate haben Sie diese Therapie in Anspruch genommen?

Bitte Anzahl der Monate eintragen oder eine 0, wenn Sie noch in Therapie sind

Sind Sie aktuell noch in Therapie oder wie lange liegt die letzte Sitzung zurück?

In welcher Intensität haben Sie die Therapie in Anspruch genommen?

[Bitte auswählen] 

Wie hat sich die Therapie auf Ihren Leidendruck ausgewirkt?

-50 Leidensdruck hat sich erhöht 50 Leidensdruck hat sich stark reduziert

Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie auf einer Skala von -50 bis 50?

In der Sitzung lässt/ließ mich der Therapeut spüren, wo meine Stärken liegen. -50 50

Ich traue mir durch die Therapie stärker zu, meine Probleme selbst zu lösen. -50 50

Ich habe in der Therapie gespürt, dass der Therapeut mich wertschätzt. -50 50

Durch die Therapie fühle ich mich Situationen besser gewachsen, denen ich mich 50

bisher nicht gewachsen gefühlt habe. -50

12. Angaben zu humanistischen Methoden:

Im engeren Sinne wird auch die Gesprächspsychotherapie zu den humanistischen Verfahren gezählt.

Bei der Gesprächspsychotherapie steht das Selbstkonzept im Vordergrund, dass alle subjektiven Erfahrungen einer Person und mit anderen enthält. Während der Therapie werden Störungen im Selbstkonzept bearbeitet, um so das Selbstkonzept zu reorganisieren und neue Erfahrungen zu integrieren.

Haben Sie diese Therapieform in Anspruch genommen?

Hinweis: Es sind nicht einzelne Sitzungen gemeint, sondern vollständige Therapiedurchgänge mit etlichen Sitzungen.

Wenn nicht, können sie gleich am Ende der Seite auf „weiter“ klicken.

[Bitte auswählen]

Wer hat diese Therapie durchgeführt?

- Psychologe
- Arzt/Psychiater
- Heilpraktiker
- Weiß ich nicht
- Anderes

In welcher Form fand die Therapie statt?

[Bitte auswählen]

Bitte Anzahl der Monate eintragen

Über wie viele Monate haben Sie diese Therapie in Anspruch genommen?

Bitte Anzahl der Monate eintragen oder eine 0, wenn Sie noch in Therapie sind

Sind Sie aktuell noch in Therapie
oder wie lange liegt die letzte
Sitzung zurück?

In welcher Intensität haben Sie die Therapie in Anspruch genommen?

Welchen Einfluss hatte diese Therapie auf den Wunsch nach BILD?

- 50 stark zugenommen 50 stark zurückgegangen

Wie hat sich die Therapie auf Ihren Leidendruck ausgewirkt?

- 50 Leidendruck hat sich stark erhöht 50 Leidendruck hat sich stark reduziert

Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie auf einer Skala von -50 bis 50?

In der Sitzung lässt/ließ mich der
Therapeut spüren, wo meine
Stärken liegen. -50 50

Ich traue mir durch die Therapie
stärker zu, meine Probleme
selbst zu lösen. -50 50

Ich habe in der Therapie gespürt,
dass der Therapeut mich
wertschätzt. -50 50

Durch die Therapie fühle ich
mich Situationen besser
gewachsen, denen ich mich
bisher nicht gewachsen gefühlt
habe. -50 50

Ich weiß durch die Therapie
besser was ich will. 50

13. Angaben zu Entspannungsverfahren:

Deren Ziel ist eine Entspannungsreaktion und somit körperliche und geistige Anspannung zu reduzieren. Der Patient übt in einem Entspannungsverfahren seine Gedanken und seinen Körper bewusster wahrzunehmen und psychovegetative Reaktionen besser zu steuern. Es gibt z.B. das Autogene Training und die Progressive Muskelentspannung, Meditative Verfahren, Hypnose und fernöstliche Methoden wie z.B. Qigong und Taijiquan.

Haben Sie diese Therapieform in Anspruch genommen?

Hinweis: Es sind nicht einzelne Sitzungen gemeint, sondern vollständige Therapiedurchgänge mit etlichen Sitzungen.


Wenn nicht, können sie gleich am Ende der Seite auf „weiter“ klicken.

- ja, Autogenes Training
- ja, Progressive Muskelentspannung
- ja, Meditative Verfahren
- ja, Hypnose
- ja, fernöstliche Methoden
- ja, Sonstige bitte angeben
- nein, dann bitte weiter zu den Esoterischen Therapieansätzen


Wer hat diese Therapie durchgeführt?

- Psychologe
- Arzt/Psychiater
- Heilpraktiker
- Weiß ich nicht
- Anderes

In welcher Form fand die Therapie statt?



Haben Sie nach dem Lehrkurs die Übungen selbstständig zuhause durchgeführt?



Bitte zutreffende Anzahl in Wochen oder Monaten angeben

In welcher Intensität haben sie die Übungen zuhause selbstständig durchgeführt?

Welchen Einfluss hatte diese Therapie auf den Wunsch nach BLID?

-50 stark zugenommen 50 stark zurückgegangen

Wie hat sich die Therapie auf Ihren Leidendruck ausgewirkt?

- 50 Leidensdruck hat sich stark erhöht 50 Leidensdruck hat sich stark reduziert

Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie auf einer Skala von -50 bis 50?

In der Sitzung lässt/ließ mich der Therapeut spüren, wo meine Stärken liegen. -50 50

Ich traue mir durch die Therapie stärker zu, meine Probleme selbst zu lösen. -50 50

Ich habe in der Therapie gespürt, dass der Therapeut mich wertschätzt. -50 50

Durch die Therapie fühle ich mich Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe. -50 50

Ich weiß durch die Therapie besser was ich will. -50 50

Seite 11

14. Angaben zu esoterischen Therapieansätzen:

Diese Ansätze wollen die Lebenshilfe, Sinnggebung und Seelenführung vereinigen. Charakteristisch ist, dass manche Verfahren auch eine religiöse Belehrung als Element beinhalten. Sie werden oft von Heilpraktikern angeboten.

Haben Sie diese Therapieform in Anspruch genommen?

Hinweis: Es sind nicht einzelne Sitzungen gemeint, sondern vollständige Therapiedurchgänge mit etlichen Sitzungen.


Wenn nicht, können sie gleich am Ende der Seite auf „weiter“ klicken.

[Bitte auswählen] 

Wer hat diese Therapie durchgeführt?

- Psychologe
- Arzt/Psychiater
- Heilpraktiker
- Weiß ich nicht
- Anderes

In welcher Form fand die Therapie statt?

[Bitte auswählen] 

Bitte Anzahl der Monate eintragen

Über wie viele Monate haben Sie diese Therapie in Anspruch genommen?

Bitte Anzahl der Monate eintragen oder eine 0, wenn Sie noch in Therapie sind

Sind Sie aktuell noch in Therapie oder wie lange liegt die letzte Sitzung zurück?

Welchen Einfluss hatte diese Therapie auf den Wunsch nach BILD?

- 50 stark zugenommen 50 stark zurückgegangen

Wie hat sich die Therapie auf Ihren Leidendruck ausgewirkt?

- 50 Leidensdruck hat sich stark erhöht 50 Leidensdruck hat sich stark reduziert

Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie auf einer Skala von -50 bis 50?

In der Sitzung lässt/ließ mich der Therapeut spüren, wo meine Stärken liegen. -50 50

Ich traue mir durch die Therapie stärker zu, meine Probleme selbst zu lösen. -50 50

Ich habe in der Therapie gespürt, dass der Therapeut mich wertschätzt. -50 50

Durch die Therapie fühle ich mich Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe. -50 50

Ich weiß durch die Therapie besser was ich will. -50 50

Seite 12

15. Pharmakologische Therapieversuche

Ist eine Medikamentöse Behandlung, die nicht von Psychologen, sondern nur von Ärzten, insbesondere Psychiatern verordnet werden dürfen. Es gibt unterschiedliche Medikamentengruppen, die z.B. beruhigend oder stimmungsaufhellend oder aktivitätssteigernd wirken.

Haben Sie diese Therapieform in Anspruch genommen?

Wenn nicht, können sie gleich am Ende der Seite auf „weiter“ klicken.

- ja, Antidepressiva
- ja, Neuroleptika (Antipsychotika)
- ja, Psychostimulantien (anregende Medikamente)
- ja, Sonstige bitte angeben
- nein, dann weiter zu sonstigen Therapieversuchen

Bitte zutreffendes angeben

Wer hat Ihnen die Medikamente verschrieben?

Bitte Anzahl der Monate eintragen

Über wie viele Monate haben Sie diese Therapie in Anspruch genommen?

Bitte Anzahl der Monate eintragen oder eine 0, wenn Sie noch in Therapie sind

Sind Sie aktuell noch in Therapie oder wie lange liegt die letzte Einnahme zurück?

Welchen Einfluss hatte diese Therapie auf den Wunsch nach BILD?

- 50 stark zugenommen 50 stark zurückgegangen

Wie hat sich die Therapie auf Ihren Leidendruck ausgewirkt?

- 50 Leidensdruck hat sich stark erhöht 50 Leidensdruck hat sich stark reduziert

Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie auf einer Skala von -50 bis 50?

Ich traue mir durch die Therapie stärker zu, meine Probleme selbst zu lösen. -50 50

Durch die Therapie fühle ich mich Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe. -50 50

Ich weiß durch die Therapie besser was ich will. -50 50

Seite 13

16. Sofern Ihre Therapie zu keine der bisher augezählten Therapien zählt, geben Sie bitte hier Ihre Therapie an. Beispiele: neurolinguistisches Programmieren, Eye movement desensitization Training, Primärtherapie, Kunsttherapie,, Musik-Tanztherapie oder Familientherapie.

Wenn Sie keine Angabe machen können, ist für Sie jetzt die Umfrage beendet. Danke für Ihre Mitarbeit!

Sonstige Therapie

Wer hat diese Therapie durchgeführt?

- Psychologe
- Arzt/Psychiater
- Heilpraktiker
- Weiß ich nicht

Anderes

Bitte Anzahl der Monate eintragen

Über wie viele Monate haben Sie diese Therapie in Anspruch genommen?

Bitte Anzahl der Monate eintragen oder eine 0, wenn Sie noch in Therapie sind

Sind Sie aktuell noch in Therapie oder wie lange liegt die letzte Sitzung zurück?

In welcher Intensität haben Sie die Therapie in Anspruch genommen?

Welchen Einfluss hatte diese Therapie auf den Wunsch nach BIID?

- 50 stark zugenommen 50 stark zurückgegangen

Wie hat sich die Therapie auf Ihren Leidendruck ausgewirkt?

- 50 Leidensdruck hat sich stark erhöht 50 Leidensdruck hat sich stark reduziert

Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie auf einer Skala von -50 bis 50?

In der Sitzung lässt/ließ mich der Therapeut spüren, wo meine Stärken liegen. -50 50

Ich traue mir durch die Therapie stärker zu, meine Probleme selbst zu lösen. -50 50

Ich habe in der Therapie gespürt, dass der Therapeut mich wertschätzt. -50 50

Durch die Therapie fühle ich mich Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe. -50 50

Ich weiß durch die Therapie besser was ich will. -50 50

Letzte Seite

Danke für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.