

Bachelorarbeit
zur Erlangung des Grades Bachelor of Science Psychologie

**Die gesellschaftliche Akzeptanz der Body Integrity
Identity Disorder**

-

**Empirische Untersuchung zur Bewertung von BIID durch
die Bevölkerung**

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

Vorgelegt von: Sabur Safi

Matrikelnummer: 1102073

Erstgutachter: Prof. Dr. Erich Kasten

Zweitgutachter: Prof. Dr. Thomas Schnell

Hamburg, den 08.09.2014

Inhalt

Zusammenfassung.....	IV
1. Einleitung.....	1
2. Störungsbild Body Integrity Identity Disorder	3
2.1. Terminologie	3
2.2. Prävalenz.....	5
2.3. Klassifikation	5
2.4. Diagnostik BIID.....	6
2.5. Differentialdiagnostik	10
2.5.1. Körperdysmorphe Störungen	10
2.5.2. Transsexualität.....	10
2.5.3. Psychotische Selbstverstümmelung	11
2.5.4. Organische Erkrankungen	11
2.5.5. Komorbidität	12
2.6. Ätiologie.....	12
2.7. Therapieansätze.....	16
3. Das Stigma psychischer Krankheit	17
3.1. Mechanismen der Stigmatisierung.....	19
3.2.1. Selbststigmatisierung Betroffener	20
3.2. Ursachen für die Stigmatisierung.....	21
3.3. Stereotype gegenüber psychisch Kranken	23
3.4. Folgen der Stigmatisierung	25
4. BIID in der öffentlichen Wahrnehmung.....	26
4.1. Ethische Problematik des Amputationswunsches	27
5. Fragestellung.....	29
5.1. Explorative Fragestellungen.....	30
5.2. Hypothesenbildung	33
5.3. Operationalisierung.....	35
5.4. Entwicklung des Instruments	38
5.5. Vorgehen bei der Befragung.....	39
6. Analyse.....	40
6.1. Deskriptive Statistik.....	40
6.2. Auswertung der explorativen Fragen.	44
6.3. Testen der Hypothesen	53
7. Diskussion.....	60
7.1. Kritische Reflexion	62
7.2. Fazit.....	63

Quellenverzeichnis.....	IV
Anhang.....	IX
1. Fragebogen.....	X

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Xenomelie in Interaktion mit der Gesellschaft, Gehirn und Geist..	16
Abbildung 2 Wirkungspfad zur Vermeidung psychisch Erkrankter.....	22
Abbildung 3: Altersverteilung nach Geschlecht.....	41
Abbildung 4: Verteilung der Bildungsabschlüsse	41
Abbildung 5: Verteilung der Konfessionszugehörigkeit	43
Abbildung 6: Verteilung des Familienstandes.....	43
Abbildung 7: Wahrgenommene Ähnlichkeit der BIID zu anderen Störungen	45
Abbildung 8: Bewertung der konventionellen Behandlungsmethoden	48
Abbildung 9: Übersicht Maßnahmen zum Selbstschutz von BIID-Betroffenen ..	49
Abbildung 10: Vergleich der Bewertung zwischen Kostenübernahmen.....	51
Abbildung 11: Strafrechtliche Konsequenzen.....	53
Abbildung 12: SPSS Testung Altersunterschied	55
Abbildung 13: SPSS Testung Bildungsunterschied	55
Abbildung 14: SPSS Testung Geschlechtsunterschied	56
Abbildung 15: Vergleich Mitleid und Hilfsbereitschaft nach Verantwortlichkeit.	56

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Kriterien zur BIID-Diagnostik	7
Tabelle 2: Übersicht der neurologischen BIID Studien	14
Tabelle 3 Vorurteilsverstärkende Faktoren.....	24
Tabelle 4: Operationalisierung der Fragestellung und Items	35
Tabelle 5: Aktuelle berufliche Tätigkeit der Befragten	42
Tabelle 6: Antwortverhalten Item 28.....	44
Tabelle 7: Antwortverhalten Item 35.....	44
Tabelle 8: Antwortverhalten Item 2.....	46
Tabelle 9: Antwortverhalten Item 8 A.....	47
Tabelle 10: Antwortverhalten Item 8 B.....	47
Tabelle 11: Antwortverhalten Item 16.....	50
Tabelle 12: Antwortverhalten Item 13.....	50
Tabelle 13: Antwortverhalten Item 3.....	51
Tabelle 14: Antwortverhalten Item 11.....	52
Tabelle 15: Verteilung nach Altersklasse	54
Tabelle 16: Übersicht Lagemaße Mitleids- und Hilfebewertung.....	57
Tabelle 17: Korrelationsvergleich Mitleid und Hilfsbereitschaft je Beispiel	57
Tabelle 18: Antwortverhalten Item 1.....	58
Tabelle 19: Antwortverhalten Item 5.....	58

Zusammenfassung

Die Body Integrity Identity Disorder ist ein seltenes Störungsbild, bei dem eine fehlende Kongruenz zwischen dem mentalen Körperbild und dem tatsächlichem körperlichen Erscheinungsbild der Betroffenen auftritt (Kröger, Schnell, & Kasten, 2014). Die Betroffenen fühlen, dass ein Körperteil nicht zu ihnen gehört. Sie wünschen sich amputiert oder auch paralysiert zu sein und möchten diesen Zustand durch eine Operation herbeiführen (First, 2005).

In Fachkreisen erfolgt aufgrund der ethischen und juristischen Problematik eine kontroverse Diskussion des Amputationswunsches (Johnston & Elliott, 2002). Ausgehend von der These, dass auch in der Öffentlichkeit der Wunsch nach einer so gravierenden Körpermodifikation als nicht normenkonform angesehen wird, wird die Forschung zum Stigma psychischer Erkrankung angewandt, um die Akzeptanz von BIID in der Bevölkerung zu untersuchen. Obwohl BIID in verschiedenen Medien thematisiert wurde ist die Reaktionen der Bevölkerung darauf bisher nicht betrachtet worden.

Mit Hilfe einer Fragebogenstudie wurden N = 133 Personen befragt, um zu prüfen, wie sie BIID einordnen, wie sie den Betroffenen begegnen würden und ob der Amputationswunsch der Betroffenen Unterstützung findet. Zentrale Ergebnisse sind, dass BIID anhand des Fallbeispiels von den Befragten als psychische Krankheit identifiziert wird. Diese Störung wird aber nicht als bedrohlich wahrgenommen. Die Befragten bringen einem freiwillig Amputierten wenig Mitleid entgegenbringen, vor allem im Vergleich zu einem unverschuldet Amputiertem oder jemandem, der nur indirekt zu seiner Amputation beigetragen hat. Sie sind unentschieden, ob der Amputationswunsch von BIID-Betroffenen unterstützt werden sollte. Hat der Betroffene schon eine Operation durchführen lassen, so sind sie aber eher zur Hilfe bereit, wenn auch weniger ausgeprägt als gegenüber einer Person, die unverschuldet behindert ist. Dem Betroffenen wird dennoch das Recht über seinen Körper zugestanden, auch wenn dies Verletzungen einschließt, bei den durchführenden Medizinern sind sich die Befragten jedoch uneinig.

1. Einleitung

Ich wurde mit diesem Wunsch geboren, ich habe mir das nicht ausgesucht! Sagt ein BIID Patient, ein freundlicher und gebildeter Mittsechziger aus den Vereinigten Staaten, der bereits im Alter von vier Jahren von dem quälenden Drang heimgesucht wurde, einbeinig leben zu wollen, zu müssen. Mehr als ein halbes Jahrhundert lang litt er unter seiner Obsession, fühlte sich isoliert, seinen täglichen Amputationsphantasien ausgeliefert, kurzum: wie ein Freak. (Langer, 2010a)

Body Integrity Identity Disorder (abgekürzt mit BIID) – Die wenigsten Menschen auf der Welt könnten sich vorstellen, freiwillig einen Körperteil entfernen zu lassen oder eine Körperfunktion absichtlich zu beeinträchtigen. Dennoch tauchen immer mehr Berichte in den Medien auf, in denen BIID-Betroffene von ihren Amputationswünschen¹ oder Amputationsversuchen berichten.

Die Forderung nach Amputationen von gesunden Gliedmaßen oder der Herbeiführung einer Querschnittlähmung ist kein Einzelfall – auf der Welt wird diese Forderung von einigen tausend BIID-Betroffenen geteilt, wie die vorliegende Bachelorarbeit zeigen soll. Da diese Forderung in der Regel auf Ablehnung stößt, kommt es immer wieder zu Fällen, in denen BIID-Betroffene sich selbst verstümmeln und Amputationen an sich selbst vornehmen (Müller, 2008). In einigen Fällen verbleibt es nicht bei der Amputation einer Gliedmaße, wie das folgende Beispiel zeigt: Ein BIID-Betroffener führte bei sich im Alter von 41 Jahren seine erste Amputation am rechten Oberschenkel durch, woraufhin er sich zwei Jahre später seinen rechten kleinen Finger amputierte. Weitere zwei Jahre später folgte sein linker kleiner Finger und sechs Jahre darauf seine gesamte linke Hand. Alle Amputationen, die er vollzog, dienten zur Annäherung an sein empfundenes Körperbild (ebd.) In der Vergangenheit gab es allerdings auch Fälle, bei denen Chirurgen zur Amputation von gesunden

¹ BIID-Betroffenen fällt es schwer, das Empfinden gegenüber ihrem Körperteil in Worte zu fassen. Der Begriff „Wunsch“ steht in diesem Zusammenhang deshalb nicht für eine bewusste Entscheidung, sondern ist mit Verlangen, Drang oder Bedürfnis gleich zu setzen.

Gliedmaßen von BIID-Betroffenen zugestimmt und diese durchgeführt haben. So beispielsweise Robert Smith, der zwischen 1997 und 1999 zwei Männern jeweils ein gesundes Bein oberhalb des Knies amputierte. Eine dritte Amputation an einem weiteren BIID-Patienten konnte er nicht durchführen, da die Krankenhausbetreibergesellschaft nach einer Stellungnahme des Ethikkomitees ihm diese untersagte (Stirn, Thiel, & Oddo, 2010). 2000 wurde in Folge einer BBC-Reportage eine Debatte zwischen Medizinethikern ausgelöst, die die Frage aufwarf, wie man mit Amputationswünschen von BIID-Patienten zukünftig umgehen sollte (ebd.)

Diese Frage kann jedoch nicht alleine von der Medizin beantwortet werden. Wie Johnston und Elliott (2002) anführen, ist die Anerkennung und Verbreitung psychiatrischer Störungen auch von kulturellen Faktoren abhängig. Psychisch Erkrankte begegnen dabei häufig Diskriminierung und Stigmatisierung, die einen Einfluss auf ihr soziales Leben, aber auch einen Einfluss auf ihren Zugang zu Behandlung hat. Besonders BIID-Betroffene machen ihren Amputationswunsch sehr selten publik, viele halten sie sogar vor ihren engsten sozialen Kontakten geheim. Welche Arten von Körpermodifikationen innerhalb der Norm und damit akzeptabel sind wird auch im gesellschaftlichen Diskurs verhandelt.² Es ist zu erkennen, dass die Bewertung einer Störung durch die Allgemeinheit daher einen großen Einfluss auf die Betroffenen hat. Über die Reaktion auf BIID in der öffentlichen Berichterstattung und auch gegenüber BIID selber ist bisher kaum was bekannt. Diese Bachelorarbeit unternimmt eine erste empirische Untersuchung, wie sich die gesellschaftliche Akzeptanz von BIID-Betroffenen darstellt. Wäre die Akzeptanz gegeben, so würde an die Betroffenen ein positives Signal gesendet werden, ihr Leben mit BIID bekannt zu machen und so wieder Forschung und dadurch auch die Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten und / oder die Anerkennung von angleichenden Operationen zu ermöglichen.

² Daher unterliegt auch das eigene Körperbild kulturellen Normen und wie Brugger, Lenggenhager, and Giummarra (2013) anführen sollte entsprechend auch der gesellschaftlichen Komponente bei der Entwicklung eines Ätiologiemo­dells für BIID Rechnung getragen werden.

2. Störungsbild Body Integrity Identity Disorder

An dieser Stelle wird zunächst das Störungsbild der Body Integrity Identity Disorder, kurz BIID eingeführt. Das Störungsbild wird begrifflich abgegrenzt, danach beschrieben, von anderen, ähnlichen Störungen abgegrenzt und die möglichen Ursachen werden vorgestellt. So wird eine Grundlage geschaffen zu verstehen, was die Besonderheit von BIID ist um später Schlüsse für die Wahrnehmung und Bewertung der Störung durch die Allgemeinheit ziehen zu können.

2.1. Terminologie

Der Wunsch nach der Amputation von gesunden Gliedmaßen scheint es schon lange zu geben. In einer Anekdote aus dem 18. Jahrhundert wird von einem Arzt berichtet, der unter Waffengewalt von einem Mann gezwungen wurde, dessen völlig gesundes und funktionsfähiges Bein zu amputieren (vgl. Johnston & Elliott, 2002).

Die erste medizinische Aufzeichnung eines ähnlichen Phänomens erfolgte vor über 60 Jahren. 1950 beschrieben London und Caprio einen Patienten den eine Amputation von seinem Bein stimulierte (Stirn et al., 2010). Eingeführt in den medizinischen Diskurs wurde das Phänomen des Amputationswunsches von Money, Jobaris und Furth (1977) unter dem Begriff „Apotemnophilia“, was aus dem Griechischen entnommen ist und „Liebe zum Abschneiden“ (im Original: „amputation love“) bedeutet (Money, Jobaris, & Furth, 1977). Apotemnophilia bezeichnet die sexuelle Erregtheit bei der Vorstellung selbst amputiert zu sein. Im Gegensatz dazu steht der Begriff „Acrotomophilia“, was die sexuelle Erregtheit beim Anblick eines Amputierten³ bezeichnet (Stirn et al., 2010).

Nachfolgende Studien zeigten jedoch, dass bei der Mehrheit der BIID-Betroffenen der Amputationswunsch keine primär sexuelle Motivation aufweist. Im Jahre 2000 wurde von Furth und Smith daher der Begriff „Amputee Identity Disorder“ eingeführt, der jedoch inzwischen

³ Bruno (1997) bezeichnet mit dem Begriff „devotees“ nicht-behinderte Menschen, die von Menschen mit Behinderungen sexuell erregt werden, besonders von solchen mit Mobilitätsbehinderungen, und typischerweise Amputierten.

weitestgehend vom Begriff „Body Integrity Identity Disorder“ abgelöst wurde (Stirn et al., 2010). In der Studie von First, aufgrund derer er diesen Begriff ableitete stellte er fest, dass nur eine Minderheit von 15 % der Befragten ein primär sexuelles Motiv für den Amputationswunsch angab, 73 % der Betroffenen wünschten sich jedoch eine Amputation um ihr Äußeres ihrer Körperidentität anzugleichen (First, 2005). First argumentiert eine Vergleichbarkeit zwischen der „Gender Identity Disorder“ (GID) mit dem Amputationswunsch in zahlreichen Punkten.

Alternativ wird von Brugger, Lenggenhager, & Giummarra (2013), McGeoch et al. (2011) und Hilti et al. (2013) der Begriff „Xenomelia“ verwendet, abgeleitet aus dem griechischen xenos = fremd und melos = Gliedmaße („foreign limb syndrome“) um eine Interpretation über die noch ungeklärte Ätiologie (vgl. Kapitel 2.6.) zu vermeiden. Der Begriff wurde von McGeoch et al., 2011 eingeführt, nachdem sie bei BIID-Betroffenen eine Dysfunktion im rechten Parietallappen fanden und Xenomalia deshalb auch als „neues Syndrom des rechten Parietallappens“ bezeichneten. Diese Veränderung in der Nomenklatur ist sinnbildlich für die Uneinigkeit über die Störung und die verschiedenartigen Zugänge zu ihrer Untersuchung (Sedda & Bottini, 2014). In dieser Arbeit wird der Begriff BIID verwendet, da er (noch) der am häufigsten genutzte Begriff für das Störungsbild ist.

Personen die mit BIID leben, bezeichnen sich selbst als „Wannabe“ (aus dem eng. want to be, „möchte gern“). Die „Wannabes“ versuchen ihrem Drang nach einer Amputation Erleichterung zu verschaffen, indem sie Prothesen, Orthesen, Rollstühle oder Blindenstücke verwenden, um die gewünschte Behinderung zu simulieren. Das Verhalten zur Kompensierung des Dranges wird als „Pretending“ bezeichnet.

2.2. Prävalenz

Über die annähernd exakte Zahl der BIID-Betroffene gibt es bisher kaum Erkenntnisse. Die bereits durchgeführten Studien basieren meist auf Einzelfallstudien (Khalil & Richa, 2012) oder wurden mit acht bis zehn Patienten durchgeführt. Diese Studien liefern durch den begrenzten Umfang⁴ kaum Informationen darüber, wie die tatsächliche Prävalenz in der Gesamtbevölkerung liegt.

Stirn et al. (2010) verweisen auf Furth und Smith, die davon ausgehen, dass 1 bis 3 % der Gesamtbevölkerung von BIID betroffen sein könnte, stellen aber kritisch fest, dass es sich hierbei um eine Schätzung handelt, die nicht auf große Repräsentativuntersuchungen gestützt ist. Als Indikator für die Prävalenz schlagen die Autoren die Nutzeranzahl in einschlägigen Internet-Foren für BIID-Betroffene vor (ebd.) Im deutschsprachigen Raum existieren zum Störungsbild BIID beispielsweise die Foren „Diskussionsforum für Behinderte, Amelos, Pretender, BIIDler und Wannabes“ mit 515 registrierten Mitgliedern und „BIID – DACH - Informationen für BIID-Betroffene, Angehörige, Ärzte und Therapeuten“ mit 466 registrierten Mitgliedern.

2.3. Klassifikation

Bislang gibt es keine allgemeingültigen Kriterien, die eine exakte, wissenschaftlich fundierte Definition dieses Störungsbildes ermöglichen. Daher wurde BIID bisher nicht in die international anerkannten Klassifikationssysteme „Statistical Manual of Mental Disorder“ (DSM-IV-TR) und „International Classification of Diseases“ (ICD-10) aufgenommen (Stirn et al., 2010). Für eine Aufnahme in das DSM spricht laut First (2005), dass BIID deutlich von anderen Störungen abgrenzbar ist und mit Leidensdruck, Beeinträchtigung und sogar Todesrisiko (durch selbst durchgeführte Amputationsversuche) einhergeht. Dagegen spricht laut ihm die Seltenheit der Erkrankung und die Gefahr einer Überfrachtung des DSM mit seltenen Störungsbildern, die die klinische Nützlichkeit des Kataloges einschränken würde. Im

⁴ Durch die hohe Fallzahl heben sich hier positiv die Studie von First mit N = 52 (First, 2005) und Blom, Hennekam und Denys mit N = 54 (Blom, Hennekam, & Denys, 2012) ab.

gleichen Sinne argumentiert Kasten (2012) im Auftrag der BIID-Kommission in seinem Antrag an die ICD Kommission für eine Aufnahme in ICD mit der Begründung, dass BIID keinem gängigen Störungsbild zugeordnet werden kann. Er schlägt eine Eingruppierung unter F60 – 69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit der Spezifizierung F67.0 Identitätsstörungen vor. Als Unterklassifikation von BIID wird die Verortung des Behinderungswunsches vorgeschlagen (I. Amputationswunsch, II. Lähmungswunsch (z.B. Querschnittlähmung), III. Wunsch nach einer anderen konkreten körperlichen Behinderung (z.B. Blindheit, Taubheit) und IV. unspezifischer Wunsch nach einer Behinderung oder dauerhaften Erkrankung).

2.4. Diagnostik BIID

Da BIID (noch) nicht offiziell als Störungsbild in den einschlägigen Werken aufgenommen ist, gibt es auch noch keine offiziellen Diagnosekriterien. Dieser Umstand wird von mehreren Autoren bemängelt (vgl. z.B. Giummarra, Bradshaw, Nicholls, Michael, Hilti, & Brugger, 2011), da so die Untersuchungen der Epidemiologie ebenso erschwert wird wie die systematische Erforschung, welche Aspekte der Körperrepräsentation und deren Verarbeitung bei BIID gestört sind. Dennoch gibt es eine Reihe von in der Literatur immer wiederkehrenden Merkmalen der BIID. Außerdem liegt mit dem Antrag der BIID-Kommission im deutschsprachigen Raum auch schon ein konkreter Vorschlag für Diagnosekriterien vor (Kasten, 2012).

Ryan (2009) schlägt folgende Kriterien zur Eingliederung in das DSM vor, wobei das zweite Kriterium seiner Angabe nach zentral für die Abgrenzung zur Apotemnophilia ist:

- „A. A strong persistent desire for the amputation of a limb
- B. The primary motivation for the desire is the feeling that being an amputee is one's true and proper identity
- C. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning

D. The disorder is not better explained by other medical or psychiatric syndrome such as somatoparaphrenia, a psychotic disorder or body dismorphic disorder.” (Ryan, 2009)

Diese Kriterien wurden von Kasten noch präzisiert:

Tabelle 1 Kriterien zur BIID-Diagnostik

Hauptkriterien	Nebenkriterien
<p>1. Amputationswunsch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeitlich überdauernd - Intensiv - Meist Erstmanifestation in Kindheit oder früher Jugend 	<p>1. Simulation der erwünschten Behinderung, auch mit Hilfsmitteln (Pretending)</p>
<p>2. Fremdgefühl gegenüber dem betroffenen Körperteil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine Einschränkung in Funktion und Sensibilität - Gefühl der fehlenden Übereinstimmung von Körperidentität und Körperbild - Psychischer Leidensdruck durch die Inkongruenz 	<p>2. Rationale kognitive Abwägungsprozesse über den Behinderungswunsch</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewusstsein über Nachteile der Behinderung - Langjährige Abwägung und Verzögerung der Erlangung einer Behinderung
<p>3. Domination des Alltages durch den Wunsch nach einer Behinderung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Starke psychische Belastung - Schamgefühl - Verbergen des Wunsches - Einschränkung in Arbeitsfähigkeit, Freizeit, Partnerschaft und soziale Beziehungen. 	<p>3. Behinderungswunsch nicht durch Krankheitsgewinn (Vorteile durch die Behinderung) motiviert</p>
<p>4. Feste Überzeugung, nur durch eine Operation (z. B. Amputation) eine Kongruenz des Körper-Selbst-Verhältnisses zu erfahren.</p>	<p>4. Kein primär sexuelles Motiv</p>

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Erzwingen einer Operation durch Planung und Ausführung selbstverletzender Handlungen | |
|--|--|

Der Amputationswunsch in gleichbleibender oder zunehmender Stärke ist nicht unspezifisch, sondern bezieht sich in den meisten Fällen auf einen spezifischen Körperteil (vgl. Blanke, Morgenthaler, Brugger, & Overney, 2009). BIID-Betroffene geben sogar an, die genaue Linie für die Amputation erspüren zu können (Kasten, 2009). Einige Betroffene wünschen sich jedoch keine Amputation, auch der Wunsch nach einer Paralyse, anderweitigen Behinderungen oder ein unspezifischer Behinderungswunsch sind möglich.

Die BIID ist lebensbestimmend und nicht das Ergebnis einer somatischen oder psychiatrischen Morbidität (Blom, Hennekam, Denys, & Harrison, 2012). Der Wunsch ist sehr lange überdauernd, wie Blanke et al. (2009) feststellen sogar lebenslang. Betroffene berichten dabei von einer Erstmanifestation in Kindheit oder früher Jugend. Das durchschnittliche Alter des erstmaligen Amputationswunsches war bei ihnen 11,6 Jahre, einige Betroffene konnten den Wunsch sogar auf die früheste Kindheit zwischen 3 – 9 zurückführen (ebd.) In ihrer Übersicht über 14 BIID Studien stellen Khalil und Richa (2012) die Altersstufen zwischen 8-12 als häufigstes Erstmanifestationsalter fest.

Die meisten BIID-Betroffenen, die bisher in Einzelfallstudien beschrieben oder an Untersuchungen teilgenommen haben sind männlich. In Unterschied zu den Männern scheint es bei den betroffenen Frauen vermehrt bilaterale Amputationswünsche zu geben (Kasten, 2009). Obwohl in einzelnen Studien eine Hauptlateralität zu erkennen ist (vgl. First, 2005) ergibt sich über mehrere Studien hinweg laut Khalil und Richa, (2012) kein eindeutiges Bild bezüglich der Lateralität. Der hauptsächlich betroffene Körperteil, unabhängig von der Lateralität, ist jedoch das Bein (ebd.)

Eine Amputation der betroffenen Gliedmaßen wird von der Mehrheit der BIID-Betroffenen als einzige Möglichkeit betrachtet, ihre Körperidentität herzustellen (Blanke et al., 2009). Tatsächlich berichten Betroffene, die

eine Amputation herbeigeführt haben, von einer Rückbildung der BIID, woraus Blom et al. (2012) den Schluss ziehen, dass eine Amputation die Lebensqualität von BIID-Betroffenen maßgeblich erhöht und daher vorteilhaft für BIID-Betroffene scheint. Auf der von Blom et al. (2012) verwendeten Sheehan Disability Scale, die die wahrgenommene Behinderung einer Person misst, gaben die BIID-Betroffenen mit Amputation (N = 7) signifikant niedrigere Werte an, als die ohne Operation (N = 47). BIID-Betroffene bevorzugen also einen Zustand im Einklang mit ihrer wahrgenommenen Körperidentität, selbst wenn dies bedeutet psychisch behindert zu sein. Es gibt aber in der Literatur auch Fallbeschreibungen, bei der sich der Amputationswunsch nach erfolgter Operation auf neue Gliedmaße verlagert hat (vgl z.B. Kasten & Stirn).

Brugger et al. (2013) führen an, dass mit BIID typischerweise eine nicht der sozialen Norm entsprechende Einstellung gegenüber und Bewunderung von den Körpern körperlich Behinderter und vor allem Amputierten einhergeht. Obwohl wie eingangs bemerkt die sexuelle Motivation nicht der primäre Grund für den Amputationswunsch ist, ist anzumerken, dass 52% ein sexuelles Motiv als sekundären Grund für einen Amputationswunsch angaben. Daher geht First (2005) davon aus, dass es eine deutliche Überschneidung zwischen BIID und Apotemnophilia gibt.⁵ Ein ähnliches Ergebnis finden Blom et al. (2012), bei deren Befragten 46,3% angaben, sexuell erregt zu werden wenn sie jemanden mit einer ihrer BIID entsprechenden Behinderung sehen und 44,4% von der Vorstellung an eine eigene Behinderung erregt wurden. Die von Ryan (2009) vorgenommene Abgrenzung von BIID zu Apotemnophilia ist daher unsicher. Wie Sedda und Bottini (2014) feststellen, ist die Rolle von sexuellen Komponenten in BIID bzw. wie und ob sie der BIID zuzuordnen sind noch nicht abschließend geklärt. Allerdings scheint hinsichtlich der sexuellen Orientierung ein überdurchschnittlicher Anteil der BIID-Betroffenen homosexuell zu sein.⁶

⁵ Hilti et al. (2013) schlagen aufgrund ihrer MRT Studie vor, dass die sexuelle Erregung dadurch bedingt sein kann, dass beeinträchtigte Gehirnbereiche dicht an der kortikalen Repräsentation der Genitalien liegen.

⁶ In der Studie von (First, 2005) waren 31 % der 52 Probanden homosexuell. Bei (Kasten, 2009) waren 60% von neun und bei Stirn, Thiel, and Oddo (2010) waren es 25% von insgesamt 30

2.5. Differentialdiagnostik

Im folgenden Abschnitt werden einige Störungsbilder dargelegt, die prima facie von der Symptomatik BIID sehr ähnlich sind. Diese können sowohl in psychischen Erkrankungen, wie auch in neurologischen Erkrankungen begründet sein.

2.5.1. Körperdysmorphie Störungen

BIID-Betroffene wissen, dass ihr unerwünschter Körperteil keinen erkennbaren Defekt hat (Sedda & Bottini, 2014). Patienten die von der körperdysmorphen Störung betroffen sind, empfinden ihr unerwünschtes Körperglied hingegen als hässlich oder unnatürlich. Sie schämen sich für das betroffene Körperglied und verstecken es vor anderen. Die Betroffenen möchten auf gar keinen Fall in der Masse auffallen und den von ihnen gefühlten Makel preisgeben. Bei BIID-Betroffenen ist das Gegenteil der Fall. Sie möchten ihre Behinderung in der Masse zeigen und genießen. Deshalb ist es besonders wichtig darauf zu achten, aus welcher Motivation eine Operation angestrebt wird. Während es bei Patienten mit körperdysmorphen Störung primär darum geht, ein vorhandenes Makel zu beseitigen, geht es bei BIID-Betroffenen darum ein Makel anzunehmen (Stadler, 2010).

2.5.2. Transsexualität

Transsexuelle (gender identity disorder, kurz GID) haben einen ähnlichen Wunsch wie BIID-Betroffene. Sie verspüren das Bedürfnis, ihr Äußeres Körperbild an ihre innere Identität anzupassen. Transsexuelle berichten, dass sie seit den frühesten Kindheit das Gefühl haben nicht im richtigen Körper geboren zu sein. Die Diskrepanz zwischen dem äußeren und inneren Körperbild ist für GID-Betroffene so stark, dass sich viele zu einer geschlechtsangleichenden Operation entscheiden. Die Betroffenen beider Gruppen wollen sich durch eine operative Modifikation ihrer Körperidentität anpassen, wobei das Ziel für GID-Betroffene Normalität und Eingliederung in eine bestehende Kategorie ist, während BIID-

Probanden. Eine Ausnahme bildet die Studie von (Blanke, Morgenthaler, Brugger, & Overney, 2008). In der Studie gaben 95% der 20 Teilnehmer an, heterosexuell orientiert zu sein.

Betroffene durch ihre Modifikation ein Anderssein anstreben (Stirn et al., 2010).

Beide Gruppen simulieren vorab ihre jeweilig angestrebte Situation. Während die GID-Betroffenen auf „cross-dressing“ zurückgreifen, greifen BIID-Betroffene auf „pretending“ zurück (Lawrence, 2006). Bei der Stimulation des gewünschten Zustandes kann es bei BIID- und GID-Betroffenen zu einer sexuellen Erregung kommen. BIID und GID Betroffene fühlen sich von Menschen angezogen, die in dem Zustand leben, die die Betroffene beider Gruppen anstreben.

2.5.3. Psychotische Selbstverstümmelung

Von BIID leicht zu unterscheiden ist die psychotische Selbstverstümmelung, die meistens im Rahmen einer Wahnidee oder Psychose passiert. In mehrere Studien konnte man herauskristallisieren, dass BIID-Betroffene nicht verstärkt unter psychischen Auffälligkeiten leiden (vgl. Kapitel 2.4). Sie wägen die Pros und Kontras ihre Handlung über Jahrzehnte ab und haben wissen, dass ihr Wunsch nach Amputation abnorm ist (Stirn et al., 2010).

2.5.4. Organische Erkrankungen

Einige neurologische Erkrankungen sind von der Symptomatik her dem Störungsbild BIID sehr ähnlich. Diese Erkrankungen führen zu einer Störung des Körperbildes der Betroffenen. Einige dieser Erkrankungen sind das Alien-Hand-Syndrom, Misoplegie, Asamatognosie, Somatoparaphrenie⁷ und unilateraler räumlicher Neglect (unilateral spatial neglect). Diese Erkrankungen haben ein eindeutiges pathologisches neurologisches Korrelat und sollten als Ausschlusskriterium für BIID dienen. Ursächlich für das gestörte Körperbild ist hier eine fehlerhafte kortikale Repräsentation des Körpers, hervorgerufen durch verschiedene Ursachen wie z.B. einem Infarkt oder andere Schädigungen im Gehirn.

⁷ Somatoparaphrenie betrifft im Gegensatz zu BIID nur eine Körperhälfte, während BIID auch bilateral verortet sein kann (Sedda (2011)). Die Möglichkeit einer spontanen Genesung wie bei der Somatoparaphrenie ist bei BIID nicht gegeben, der Amputationswunsch ist überdauernd (und kann wie Einzelfälle Hinweise geben auch erst durch Erfüllung des Wunsches aufgelöst werden (Blom, Hennekam, Denys, and Harrison (2012), wobei dies nicht als gesichert angesehen werden kann First (2005)).

Eine detaillierte Beschreibung der Störungsbilder geht über den Rahmen dieser Arbeit hinaus, für eine detaillierte Darstellung sei auf Stirn et al., (2010) oder Giummarra (2011) verwiesen.

2.5.5. Komorbidität

Bei der psychiatrischen Komorbidität gibt es keine offensichtlichen Unterschiede zur allgemeinen Bevölkerung mit der Ausnahme einer Häufung von depressiven Symptomen und Störungen des Gemütszustandes (Blanke et al., 2009, Blom et al., 2012, Fisher & First, 2011). Dabei wird jedoch vermutet, dass die BIID hier ursächlich ist (Blom et al., 2012). Die Depression zeigt sich darin, dass Betroffene sich meistens antriebsarm, interesse- freudlos fühlen und sich vermehrt von der ihrer Umwelt isolieren (Stirn et al., 2010).

2.6. Ätiologie

Die Ätiologie von BIID ist noch nicht abschließend geklärt. Die ersten Theorien zur Entstehung von BIID betrachten sie aus einer psychologischen Perspektive als ein erlerntes Verhalten (Money et al., 1977, Bruno, 1997). Die Forschung der letzten Jahre hingegen hat sich vermehrt kognitiven Ursachen zugewendet.

Vereinfacht gesprochen reflektiert der Wunsch nach einer Behinderung gemäß den psychodynamischen Erklärungsansätzen das Verlangen nach fehlender Zuneigung, von der der Betroffene annimmt, sie so erlangen zu können. Bruno (1997) postuliert, dass die Ursache für die Genese von BIID in der Kindheit liegt. Er zentriert dabei die Annahme, dass das Kind sich von den Eltern vernachlässigt fühlt und mangelnde Zuneigung beklagt. Das Kind macht die Beobachtung, dass die Eltern einem amputierten Kind mehr Aufmerksamkeit und Zuneigung schenken. Daraus entsteht bei dem Kind das Bedürfnis selbst amputiert zu sein, um somit von den Eltern mehr emotionale Zuneigung zu erlangen. Im Kern lernt das Kind, dass es nur Zuneigung und Liebe bekommt, wenn es eine körperliche Behinderung hat. Berger adaptiert die Überlegungen von Bruno und ergänzt diesen Ansatz, indem er sagt, dass durch die mangelnde Wertschätzung der Eltern bei dem Kind ein geringes

Selbstwertgefühl entsteht. Aus dieser Position heraus möchte das Kind zeigen, dass er trotz Behinderung in der Lage ist sein Leben zu meistern (Berger, Lehrmann, Larson, Alverno, & Tsao, 2005).

Stirn et al., 2010 gehen davon aus, dass eine Amputation eine für jeden sichtbaren Ausdruck von dem Innenleben des Betroffenen sein könnte. Ein Ausdruck dafür, wie stark sich Betroffene „beschnitten“ fühlen, weil ihnen Liebe und Zuneigung verwehrt wurden ist. Darüber hinaus kommt hinzu, dass Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft eine hohe Maß an Mitgefühl und Respekt entgegengebracht wird. Durch die sexuelle Komponente der BIID könnte die Amputation auch als „verschobene Kastration“ betrachtet werden, um aggressive Energie zu entfernen.

Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Modell basiert auf ähnlichen Annahmen wie das Modell von Bruno (1997), wird jedoch um einige Aspekte erweitert. Wenn BIID für jeden erlernbar ist wirft die Seltenheit des Störungsbildes Fragen auf (Thiel, 2010). Aufgrund des in den meisten Fällen sehr frühen erstmaligen Auftretens des Amputationswunsches wird eine genetische Komponente vermutet, die entweder die BIID bedingt,⁸ oder aber als Prädisposition das Erlernen einer BIID positiv beeinflusst (McGeoch et al., 2011, Skoruppa, 2011). Auch Thiel (2010) geht daher davon aus, dass kein Modell die Genese von BIID adäquat erklären kann, wenn man neben dem Erziehungsverhalten der Eltern und der kindlichen Lernerfahrung nicht auch eine neurologische Prädisposition berücksichtigt

Er erklärt, dass wenn ein Kind einen behinderten Menschen sieht, kann es sich mit diesem identifizieren kann, da die Behinderung seiner Körperidentität entspricht und empfindet entsprechend aufgrund seiner neurologischen Prädisposition positive Gefühle (ebd.) Als positiver Verstärker kommt hinzu, dass das Kind bereits sehr früh lernt, dass behinderte Kinder mehr Liebe, Aufmerksamkeit und Zuwendung von seinen Eltern bekommen. Ein Zusammenspiel aus positiver und negativer Verstärkung hält den Amputationswunsch auch im Erwachsenenalter

⁸ Blom et al. (2012) geben an, Studien zu den genetischen Ursachen (sie vermuten mehrere beteiligte Gene) initiiert zu haben.

aufrecht. Thiel (2010) erwähnt hier von der Erweiterung der Amputationsphantasien, dem Pretending, von selbstwertdienlicher Kognition und der Stressverarbeitung durch mit den Amputationsfantasien verbundenen positiven Emotionen.

Dass BIID eine neurologische Komponente hat kann inzwischen als gesichert betrachtet werden. Auf der Grundlage von N = 20 Interviews stellten zunächst Blanke et al. (2009) die Hypothese auf, dass die neurologische Ursache von BIID in einer abnormalen Funktionsweise des rechten vorderen parietalen Kortex zu finden ist. Diese Hypothese wurde inzwischen mit Studien zur Messung des Hautleitwiderstandes, Magnetenzephalografie (MEG) und (funktioneller) Magnetresonanztomografie (MRT und fMRT) überprüft. Folgende Tabelle stellt eine Übersicht der Studien zu den neurologischen Ursachen bzw. Korrelaten einer BIID dar:

Tabelle 2: Übersicht der neurologischen BIID Studien

Studie	Vorgehen	Fazit über neuronale Korrelate
Brang, McGeoch, & Ramachandran, (2008)	Hautleitwiderstandsmessung mit N = 2	Ja
Skoruppa (2011)	fMRT mit jeweils N = 11 BIID / Vergleichsperson	Ja
McGeoch et al. (2011)	Magnetenzephalografie	Ja
van Dijk, Milenna T. et al. (2013)	fMRT mit N = 5 BIID / N = 10 Vergleichspersonen	Ja
Hilti et al. (2013)	MRT mit N = 13 BIID zu N = 13 paarweiser Vergleich	Ja

Insgesamt lässt sich feststellen, dass BIID-Betroffene sich von gesunden Vergleichspersonen in ihrer Gehirnphysiologie bzw. Aktivierungsmustern von diesen signifikant unterscheiden (Brugger et al., 2013, Skoruppa, 2011). Diese Unterschiede finden sich auch in Regionen des Gehirnes, die

für die Körperrepräsentation zuständig sind. Wie Hilti et al. (2013) feststellen, kann BIID aber nicht einfach einer genauen Hirnregion zugeordnet werden. Durch ihre Studie kommen sie zu dem Schluss, dass ein ganzes Netzwerk an Arealen betroffen ist, das für die Kodierung von unterschiedlichen Facetten der eigenen Körperwahrnehmung zuständig ist. Auch andere Autoren argumentieren für eine Störung auf multiplen Ebenen. (Giummarra et al., 2011) zum Beispiel halten außerdem die Störung der Integration von sensorischen Informationen, Selbst-Attribution, Agency und ganzheitlichem Embodiment für wahrscheinlich.

Skoruppa (2011) fand in ihrer fMRT Studie neben fehlender Aktivierung im neuronalen Netzwerk der Körperrepräsentation auch ein „[...] Netzwerk aus Erinnerungen und erlernten Prozessen, die mit Hilfe des mesolimbischen Dopaminsystems zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen könnten.“ Zusammenfassend stellt sie fest, dass „[...] das amputierte Wunschkörperbild neuronal stark und breitgefächert verankert ist und viel dominanter repräsentiert ist als das reale Körperbild.“

Die Befunde zu den Unterschieden im Gehirn zwischen BIID-Betroffenen und gesunden Vergleichspersonen ließen sich daher sowohl mit einer psychischen als auch physiologischen (genetisch bedingten) Ursachen erklären oder auch durch ein Zusammenspiel beider Faktoren (Skoruppa, 2011). Wie Brang et al., (2008) bemerken verwischen bei Apotemnophilia (bei ihnen synonym zu BIID) die Grenzen zwischen Neurologie und Psychiatrie. Die Plastizität des Gehirns bedingt, dass Ursache und Wirkung der strukturellen Veränderungen im Gehirn nicht festgestellt werden können (Hilti et al., 2013). Dafür wären Langzeitstudien nötig, aber diese werden aufgrund des fehlenden Zuganges zu geeigneten Probanden (vor oder am Anfang der BIID) kaum realisierbar sein. Die neurologische Erforschung von BIID befindet sich insgesamt noch im Anfangsstadium und Bedarf noch einiger weiterführender Studien (Sedda, 2011).

Brugger et al., (2013) führen zudem an, dass ein weiterer, bisher kaum betrachteter, kultureller Faktor beachtet werden muss. Das Körperbild des Einzelnen hat auch immer eine soziale Komponente. Kulturelle Normen

geben den Rahmen dessen vor, was bezüglich Erscheinungsbild und Modifikation akzeptabel ist. Brugger et al., (2013) sprechen daher von einer „sozialen Neurobiologie“ der Störung, die allen vor, Zugängen zum Ichbewusstsein Rechnung trägt.



Abbildung 1: Xenomelie in Interaktion mit der Gesellschaft, Gehirn und Geist⁹

2.7. Therapieansätze

Bislang gibt es kaum Erkenntnisse darüber wie man BIID-Betroffene am effizientesten behandeln kann. Für die Entwicklung einer effektiven Behandlung ist jedoch eine Klärung der Ätiologie Voraussetzung (Sedda und Bottini 2014), die bislang nicht abschließend geklärt werden konnte. Die Kombination aus Psychopharmaka, kognitiver Verhaltenstherapie und psychodynamischer Psychotherapie bringen bislang keine Heilung. Lediglich eine Erleichterung mit dem Umgang der Amputationswünsche ist gegeben (Stirn et al., 2010). Dieses Ergebnis wird auch von Kröger et al., (2014) bestätigt, die analysieren, dass eine Reduktion des emotionalen Drucks durch Therapie erreicht werden kann (am besten scheint hier die psychodynamische Therapie geeignet), aber der Amputationswunsch bei allen untersuchten Therapieformen verstärkt wird. Momentan scheint es,

⁹ Brugger et al. (2013)

als wäre die Durchführung einer Amputation die einzige effiziente Therapiemöglichkeit (First, 2005). Hier kommt erschwerend hinzu, dass viele Therapeuten mit dem Störungsbild nicht vertraut sind (Neff & Kasten, 2009). In den neurologischen Ansätzen zur Erklärung von BIID begründet gehen Ramachandran und McGeoch (2007) davon aus, dass man den intensiven Wunsch nach einer Amputation mit einer Kaltwasserspülung der äußeren Gehörgänge parallel zur Somatoparaphrenie zeitweise mildern kann. Studien über die Wirksamkeit des Verfahrens gibt es bislang aber nicht.

3. Das Stigma psychischer Krankheit

Nachdem das Krankheitsbild BIID genau beschrieben wurde wird jetzt auf die Grundlagen zur Wahrnehmung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung eingegangen. Thematisiert wird das Stigma psychischer Erkrankung, dann Erklärungen, warum Betroffene psychischer Erkrankung stigmatisiert werden und wie dieser Prozess abläuft und schließlich welche Konsequenz dies für ihr Leben, aber auch für ihre Aussichten auf Behandlung haben kann.

Die systematische Erforschung psychischer Erkrankungen durch neue technische Möglichkeiten z.B. bildgebende Verfahren wird unterstützt durch Fortschritte in der Pharmakologie, was eine verbesserte, individualisierte Behandlung verschiedener psychischer Störungen ermöglicht. Statt eines Bilds „Wahnsinnigen“, den es zu vermeiden gilt ermöglicht ein auch in der Bevölkerung gestiegenes Wissen eine verbesserte Inklusion psychisch Erkrankter. Wie Rauchfleisch (2014) bemerkt ist die Toleranz gegenüber Andersartigkeit, wie z.B. auch der GID allgemein höher als noch vor 40 Jahren. Wie Kardoff feststellt profitieren Betroffene psychischer Störungen (oder wie er sagt psychisch Behinderter) daher von einem Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik von „[...] patriarchaler Fürsorge zu Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Teilhabe [...]“ (Kardorff, 2010).

Die eben beschriebenen Fortschritte spiegeln sich aber nur begrenzt in der alltäglichen Behandlung psychisch Erkrankter durch die Allgemeinheit

wieder. Trotz Kampagnen zur Aufklärung der Allgemeinbevölkerung über verschiedene psychische Erkrankungen und der hohen Prävalenz über alle psychischen Erkrankungen hinweg bestehen Vorurteile der Allgemeinbevölkerung gegenüber Betroffenen aber nahezu unvermindert weiter (Crisp, Rowlands A. H., Gelder, Rix Susannah, Meltzer, & Rowlands, 2000). Psychisch Erkrankten wird mit Vorurteilen, Angst und Ablehnung begegnet. Psychisch Erkrankte haben so mit einer doppelten Belastung zu kämpfen: den Symptomen ihrer Erkrankung und den gesellschaftlichen Reaktionen darauf (Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005). Unter Diskriminierung versteht Kardoff die

„[...] klassifizierende Zuordnungen von Personen zu einer Gruppe [...], der negative Eigenschaften (Stigmata) zugeschrieben werden, sei es aufgrund ethnischer Herkunft, sozialer Lage, Auffälligkeiten im Aussehen und Verhalten oder anderer Formen der Abweichung von gesellschaftlichen Erwartungen, insbesondere von Leistungsnormen und Perfektionsidealen, von Regeln der sozialen Interaktion und von einschlägigen Zugehörigkeitsmerkmalen.“

Ein Stigma ist dabei definiert als „[...] a sign of disgrace or discredit, which sets a person apart from others.“ (Byrne, 2000). Stigmatisierte Personen besitzen also (scheinbar) eine Eigenschaft oder Charakteristik die eine soziale Identität transportiert, die in einem spezifischen sozialen Kontext abgewertet wird (Link & Phelan, 2001). Wie an der Definition der von (Kardoff, 2010) zu erkennen handelt es sich hierbei um einen aktiven (wenn auch oft unbewussten) Prozess, der im Folgenden beschrieben wird.

3.1. Mechanismen der Stigmatisierung

Stigmatisierung ist ein sozialer Prozess und wem ein Stigma anhaftet ist abhängig von der jeweils betrachteten Gesellschaft. Link und Phelan (2001) definieren Stigma daher auch als das gleichzeitige Auftreten der beteiligten Komponenten: (1) Etikettierung („labeling“), (2) Stereotypisierung, (3) Ausgrenzung, (4) Verlust von Status und (5) Diskriminierung. Für Stigmatisierung ist dabei immer ein Machtgefälle Voraussetzung (ebd.) Dieser Prozess findet bei der natürlichen Klassifikation von Interaktionspartnern seinen Anfang.

Um im sozialen Gefüge besser agieren zu können kategorisieren Menschen ihre Umwelt. Dafür identifiziert und benennt bzw. etikettiert eine Person Unterschiede zwischen Menschen und nimmt auf dieser Grundlage eine Zuordnung zur entsprechenden Gruppe vor. Neben den Gruppen, die jeder individuell für sich bildet gibt es auch solche, die auf Unterschieden beruhen, die aufgrund ihrer gesellschaftlichen Relevanz sozial selektiert werden und daher breite Anwendung finden (diese sind daher auch Änderungen unterworfen, Link & Phelan, 2001).

Die Bildung solcher Gruppen ist nur möglich durch die Bildung von stark vereinfachten Etiketten¹⁰ also durch eine erhebliche Informationsreduktion. Die verwendeten Kategorien werden dabei als gegeben angenommen und nicht in Frage gestellt. Das liegt auch daran, dass dieser Prozess unterbewusst innerhalb von Sekundenbruchteilen passiert. Der große Vorteil ist, dass dadurch kognitive Ressourcen für andere Tätigkeiten frei werden (Link & Phelan, 2001). Dieser alltägliche und lebensvereinfachende Prozess ist aber auch die Grundlage für Diskriminierung und Stigmatisierung, denn mit den Etiketten sind auch Stereotype assoziiert. Stereotype sind negative Meinungen über eine Gruppe, und Vorurteile bedingen eine Zustimmung zu diesen ((Rüsch et al., 2005). Durch Stereotype werden die Unterschiede zwischen den Gruppen stark hervorheben um die Unterschiede innerhalb der Gruppen

¹⁰ Die Verwendung des Begriffes Etikett statt Merkmal oder Eigenschaft betont den Aspekt der sozialen Konstruktion der Gruppenunterschiede gegenüber dem tatsächlichen Vorhandensein von Merkmalen in der Person und stellt heraus, dass die verwendeten Etiketten nicht valide sein müssen (Link and Phelan (2001)).

zu überdecken (Byrne, 2000 in Referenz auf Townsend, 1979).

Durch die Zuordnung von Personen mit dem gleichen Etikett in Gruppen wird auch die Unterscheidung zwischen „uns“ und „denen“ vorgenommen (Link & Phelan, 2001). Die Unterteilung in „uns“ im Gegensatz zu „denen“ bekräftigt für die Nicht-Betroffenen („Normalen“) soziale Normen, stärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb der Gruppe und gibt den Gruppenmitgliedern eine Verhaltensorientierung vor (Kardorff, 2010). Diese Urteile legitimieren diskriminierendes Verhalten von Einzelpersonen (z.B. abschätzig, benachteiligend oder auch aggressiv) und Strukturen, die die benachteiligte Gruppe aus der Gesellschaft ausgrenzen, wie etwa durch die Unterbringung in Heimen (Kardorff, 2010). Durch die Zuschreibung eines Stigmas wird die betroffene Person nur noch durch ihr Stigma wahrgenommen (ebd.), der an Schizophrenie Erkrankte wird zum Schizophrenen.

Eine Zuordnung zu einer Gruppe mit einem negativ belegten Stereotyp führt dann sofort zum Statusverlust der betroffenen Person, die Person wird abgewertet. Da die Gruppe der „psychische Kranken“ negativ belegt ist versuchen sich nicht dieser Gruppe zugehörige Individuen sich davon abzugrenzen

3.2.1. Selbststigmatisierung Betroffener

Die Mechanismen, die zu Diskriminierung führen sind die individuelle Diskriminierung, strukturelle Diskriminierung und die Überzeugungen und das Verhalten der stigmatisierten Personen selber. Durch Sozialisierung lernt jedes Mitglied der Gesellschaft, wie sich diese gegenüber Menschen mit mentalen Störungen verhält. Erfahren Mitglieder dieser Gesellschaft nun selber eine psychische Erkrankung so haben sie klare Erwartungen über die Reaktionen, die ihnen entgegen gebracht werden. Die tatsächlichen Erfahrungen sind den Erwartungen untergeordnet. (Angermeyer, Beck, Dietrich, & Holzinger, 2004). Tatsächlich ist die erwartete Stigmatisierung bei psychisch Erkrankten ist höher als die tatsächlich erfahrene Diskriminierung und beide korrelieren nur schwach miteinander (Angermeyer et al., 2004).

Es kann dazu kommen, dass Betroffene durch die Akzeptanz der Vorurteile, die ihnen entgegen gebracht werden diese gegen sich selber wenden und an Selbstbewusstsein verlieren, ein Prozess der als Selbststigmatisierung bezeichnet wird (Rüsch et al., 2005). In Erwartung von Zurückweisung wenden Betroffene den Rückzug als Coping-Strategie an, sie ziehen sich präventiv aus sozialen Interaktionen heraus. So entsteht ein Teufelskreis: Das soziale Netzwerk Betroffener wird Schwächer und sie haben weniger Rückhalt, um Diskriminierung zu begegnen (Kardorff, 2010). Die Lebensqualität sinkt, das Selbstbewusstsein wird angegriffen, depressive Symptome können auftreten und Arbeitslosigkeit und Einkommensverlust können die Folge sein (ebd.) Das Stigma psychischer Erkrankungen wird für die Betroffenen, die sich selbst stigmatisieren, zur selbsterfüllenden Prophezeiung.

3.2. Ursachen für die Stigmatisierung

Das ablehnende Verhalten gegenüber psychisch Erkrankten ist zum einen historisch bedingt (Kardorff, 2010). Im Laufe der Zeit haben sich Strukturen ausgeformt, die die Diskriminierung psychisch Erkrankter reflektiert, erhält und verstärkt, weshalb auch von „struktureller Diskriminierung“ gesprochen wird. Das bedeutet, dass kein Individuum aktiv diskriminierendes Verhalten zeigen muss, damit psychisch Erkrankte Benachteiligungen erfahren, diese passiert „automatisch“. Die Stigmatisierung psychisch Erkrankter ist quasi in unserer Kultur verankert (Hoffmann-Richter, 2003).

Als die drei möglichen Motive für Diskriminierung beschreiben Link und Phelan (2014) (1) Ausnutzung / Dominanz oder „Leute kleinhalten“, (2) Durchsetzung sozialer Normen oder „Leute in der Reihe behalten“ und (3) Vermeidung von Krankheit oder „sich Leute fernhalten“. Sie sind der Überzeugung, dass bei psychischen Erkrankten der Faktor der Durchsetzung sozialer Normen die stärkste Rolle spielt. Das abweichende Verhalten psychisch Erkrankter soll korrigiert werden. Wenn das jedoch nicht gelingt und das symptomatische Verhalten anhält spielt auch die

Motivation sich die Erkrankten fernzuhalten und sie klein zu halten (und damit kontrollierbarer zu machen) eine Rolle (Link & Phelan, 2014).

Nicht zu unterschätzen ist auch der emotionale Faktor, die Reaktion auf bestimmte Annahmen, die der diskriminierende gegenüber psychisch Erkrankten hat. Der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Gefährlichkeit, Angst und als Reaktion einer Vermeidung des Kontaktes mit psychisch Erkrankten hat sich dabei als sehr stark herausgestellt (Corrigan & Watson, 2002).



Abbildung 2 Wirkungspfad zur Vermeidung psychisch Erkrankter¹¹

Selbst bei einer weit verbreiteten und allgemein bekannten psychischen Erkrankung, der Depression, stellten Althaus, Stefanek, Hasford, und Hegerl (2002) in ihrer Befragung fest, dass immer noch ein beträchtliches Wissensdefizit in der Allgemeinbevölkerung herrscht, vor allem was die Wirksamkeit von Medikamenten betrifft. Die Einstellung gegenüber psychisch Kranken kann durch (positiven) Kontakt zu ihnen verbessert werden (vgl. z.B. Stadler, 2010 oder für einen Überblick Couture & Penn, 2003). Fehlt es einer Person jedoch an Wissen oder hat sie selber keinen Kontakt zu psychisch Erkrankten ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass sich die Einstellung zu und dadurch das Verhalten gegenüber psychisch Erkrankten an Stereotypen ausrichtet.

¹¹ Corrigan (2002)

3.3. Stereotype gegenüber psychisch Kranken

Personen mit psychischen Erkrankungen werden folgende Stereotype entgegen gebracht: sie sind gefährlich, unberechenbar, es ist schwierig, mit ihnen zu kommunizieren, sie haben selbst Schuld, sie wären in der Lage, sich zusammen zu reißen, haben schlechte Aussichten und sprechen schlecht auf Behandlungen an (Crisp, Rowlands A. H. et al., 2000). Mentale Störungen werden auch als Ausrede für Faulheit gesehen und Kriminalität in Verbindung gebracht (Byrne, 2000).

Die Kernannahmen stigmatisierender Einstellung sind zusammenfassend (Rüsch et al., 2005):

- Furcht und Ausschließung (Gefährlichkeit psychisch Erkrankter)
- Autoritäres Verhalten (Unverantwortlichkeit psychisch Erkrankter bedingt, dass andere ihre Entscheidungen treffen sollten)
- Wohltätigkeit (Die Kindlichkeit psychisch Erkrankter bedingt, dass sie umsorgt werden müssen).

Stereotype werden durch die Medien forciert, indem die Berichterstattung sich auf solche Geschichten beschränkt, die den gängigen Stereotypen entsprechen (Byrne, 2000). Bei psychisch Erkrankten sind zum Beispiel Berichte über Gewalt, die dem Stereotyp der Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit entsprechen stark überrepräsentiert (Rüsch et al., 2005). Dabei scheint die Angst vor der Gefährlichkeit die zentrale Einstellung zu sein, die zu diskriminierendem Verhalten führt (Corrigan & Watson, 2002). Verschiedene Studien belegen aber, dass die Einstellungen gegenüber psychisch Erkrankten auch bedingt sind durch die Art der Erkrankung. Trotz einiger Übereinstimmung in Annahmen und Einstellungen variieren diese je nach Störungsbild in der Wahrnehmung der Berechenbarkeit und erwarteten Gewalttätigkeit. Alkoholabhängige und an Schizophrenie Erkrankte werden als unberechenbarer und gewalttätiger eingestuft als an Depression Erkrankte und Personen mit Angststörung (Angermeyer & Dietrich, 2006, Crisp, Rowlands A. H. et al., 2000). Wie die nachfolgende Übersicht zeigt können individuelle Faktoren allgemeine Vorurteile gegenüber psychisch Erkrankten zusätzlich verstärken.

Tabelle 3 Vorurteilsverstärkende Faktoren¹²

Faktor	Beispiel	Verstärkung des Vorurteils wahrscheinlich
Attribut des Stigmatisierten	Geschlecht	Männlich
	Erscheinungsbild	Ungepflegt
	Verhalten	Akute Krankheitsepisode
	Finanzielle Umstände	Obdachlos
Annahmen über die Störung	Wahrgenommener Fokus der Störung	Zahlreiche Defizite
	Wahrgenommene Verantwortlichkeit	Nicht verantwortlich für eigene Handlungen
	Wahrgenommener Schweregrad	Bisherige Krankenhausaufenthalte
Wissen über die Störung in Frage	Wahrgenommene Ursache	Selbst hervorgerufen
	Wahrgenommener Verlauf	Chronisch / unheilbar
	Wahrgenommene Behandlungsmöglichkeiten	Psychopharmaka zur Stabilisierung nötig
	Wahrgenommene Gefährlichkeit	Kriminalität oder Gewalt

Insgesamt zeigt sich, dass die Diskriminierung und Stigmatisierung psychisch Erkrankter sehr vielschichtig und komplex ist. Daher ist es auch so schwierig erfolgreiche und vor allem nachhaltige Anti-Stigmatisierungskampagnen durchzuführen, wie Link und Phelan (2014) feststellen, sind sogar gravierende Änderungen in der sozialen Struktur der Gesellschaft nötig. Das ist umso problematischer, da das Stigma der psychischen Erkrankung für die Betroffenen ganz konkrete Auswirkungen haben kann.

¹² Byrne (2000)

3.4. Folgen der Stigmatisierung

Die öffentliche Wahrnehmung von psychischen Krankheiten ist sehr relevant für die Betroffenen. Wie Angermeyer und Matschinger (2003) in ihren Studienüberblick zur Wahrnehmung des Stigmas aus Sicht von Erkrankten feststellen, haben die erwartete und tatsächlich erfahrene Stigmatisierung, sowohl wie die Versuche, diese Stigmatisierung zu bewältigen, einen erheblichen Einfluss auf die Einbindung Betroffener in das soziale Leben, die Arbeitswelt und ihre allgemeine Lebensqualität. Dabei gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen der erwarteten Diskriminierung und der allgemeinen Lebenszufriedenheit der Betroffenen. Durch Diskriminierung und Stigmatisierung kann auch eine Verstärkung krankheitsbedingter Verhaltensweisen wie Misstrauen, gesteigerter Empfindlichkeit und sozialem Rückzug erfolgen (Kardorff, 2010). Durch ihren fehlenden sozialen Rückhalt fehlt es den Betroffenen dann oftmals an der Widerstandskraft Diskriminierungen zu begegnen, wodurch sie das vorurteilsbelastete Bild ihnen gegenüber bestätigen (Kardorff, 2010).

Psychisch Erkrankte versuchen daher das Etikett der „Krankheit“ zu vermeiden und ziehen es vor, keine Behandlung aufzunehmen oder diese frühzeitig abubrechen, was dazu führt, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und solche mit weniger schweren Erkrankungen sich mit der gleichen Häufigkeit in Behandlung finden (Rüsch et al., 2005). Die erwarteten und tatsächlichen Reaktionen aus dem sozialen Umfeld und der berufliche Hintergrund spielen hier eine große Rolle (ebd.)

Auch strukturell kann der Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten beeinträchtigt werden. Die Verteilung der Ressourcen im Gesundheitssystem ist zum Beispiel auch beeinflusst von dem Urteil der Allgemeinheit, gegenüber denen sich Politiker rechtfertigen müssen. Daher ist die öffentliche Wahrnehmung einer psychischen Erkrankung auch für die einzelnen Betroffenen relevant.

4. BIID in der öffentlichen Wahrnehmung

„Der Körper ist die Quelle eines anthropologischen Werts, wer ihn verletzt, der löst ein gesellschaftliches Schockerlebnis aus“ (Schramme, 2006)

Obwohl BIID wie bereits erwähnt eine sehr seltene Störung ist, die vermutlich nur einige tausend Menschen weltweit betrifft wurde sie dennoch schon in Massenmedien thematisiert. Im deutschsprachigen Raum haben zum Beispiel der SPIEGEL oder der Focus Artikel zu BIID veröffentlicht.

Die meisten BIID-Betroffenen meiden die Öffentlichkeit, da sie eine Stigmatisierung der Gesellschaft befürchten. Berichte über den prominenten US-Fernsehmoderator Jerry Springer, der einen transsexuellen BIID-Betroffenen dazu aufforderte, mit einer Kettensäge zu demonstrieren, wie dieser sein gesundes Bein amputierte und ihn somit dem Gejohle und Spott der Zuschauer aussetzte, führten möglicherweise dazu, dass viele BIID-Betroffene weitgehend die Öffentlichkeit meiden.¹³

Wenn die Betroffenen an die Öffentlichkeit herantreten, erfolgt dies meist anonymisiert. Dennoch scheint es ein öffentliches Interesse an diesem Störungsbild zu geben, da dieses immer wieder in den Mainstream-Medien auftaucht – so unter anderem Anfang 2014 auf RTL in der Sendung „Das Jenke Experiment“.¹⁴

BIID-Betroffene nutzen das Internet als Kommunikationsmedium und finden darin eine Plattform, sich auszutauschen und zu organisieren. Einerseits kommen die Betroffenen zu der Erkenntnis, dass sie nicht alleine mit ihren Amputationswünschen sind, kommen somit aus der Isolation heraus und bieten außerdem der Forschung eine Möglichkeit, an sie heranzutreten (Skoruppa, 2011). Andererseits nutzen viele Betroffene einschlägige Internetforen, um sich Ideen anzueignen, wie sie Amputationen an sich selbst durchführen können.

Berger et al., (2005) stellen die Hypothese auf, dass mit zunehmender

¹³ Langer (2010b)

¹⁴ Unbekannt (2014)

Nutzung einschlägiger Internetforen auch die Selbst-Amputationsrate steigen müsse.

Zentral für die BIID ist der Wunsch der Betroffenen nach der Amputation einer oder mehrerer Gliedmaße oder auch einer Lähmung. Auch glauben die meisten Betroffenen, dass eine Amputation das einzige „Heilmittel“ für ihre BIID darstellt (Müller, 2008). Dieses Verlangen stellt die Wissenschaft aber auch die Allgemeinheit vor eine besondere Herausforderung: Wie soll mit diesem Wunsch umgegangen werden? Im Folgenden soll die ethische Diskussion über die Erfüllung des Amputationswunsches dargestellt werden. Damit wird die theoretische Grundlage für die Hypothesenbildung abgeschlossen.

4.1. Ethische Problematik des Amputationswunsches

In die letzte Dekade wurde die Frage nach der Amputation eines gesunden Körperteils kontrovers zwischen verschiedenen Wissenschaften diskutiert. Angestoßen wurde die Diskussion von Johnston und Elliott (2002). Die Amputation eines gesunden Gliedmaßes wirft für sie juristische und ethische Probleme auf, nicht nur bezogen auf den angemessenen Handlungsspielraum der Medizin, sondern auch über die Auswirkungen psychiatrischer Diagnosen und ihrer „Nutzung“ durch Betroffene (Johnston & Elliott, 2002).

Johnston et al. (2002) bezogen sich dabei auf die bereits durchgeführten Amputationen von Robert Smith und stufen diese gemäß geltendem Recht als eine kriminelle Handlung ein. Sie fordern, dass die Forschung sich zunächst intensiv mit dem Thema BIID auseinandersetzen muss um zu wissen, ob eine Operation nicht jenseits der Grenzen einer verantwortungsvollen Medizin liegt. Sie betonen gleichzeitig, dass die Klassifikation des Amputationswunsches als psychologische Störung zu einem Anstieg der Amputationswünsche bei mehr Menschen führen könnte, die sich mit dem Störungsbild identifizieren.

Bridy (2004) befürwortet zwar nicht die Amputation gesunder Gliedmaßen, schließt es aber auch nicht kategorisch aus. Sie schlägt vor, dass man die derzeit kontrovers geführte Diskussion nutzen sollte um

neue Therapieansätze herzuleiten. BIID-Betroffene sollten nicht unnötig den Gefahren der nicht Beachtung ausgesetzt, was das Risiko auf Selbstverletzung steigern könnte.

Bayne und Levy (2005) ziehen nach einer Abwägung der Argumente für und wider einer Amputation eine Bilanz, die die Amputation befürwortet. Sie postulieren, dass BIID eine Diskrepanz zwischen dem realen und imaginären Körperbild darstellt. Sie argumentieren, dass wenn eine eindeutige Diagnose vorliegt und andere Störungen ausgeschlossen wurden, die Amputation gesunder Gliedmaßen in Betracht gezogen werden sollte, um selbstverletzende Taten der Betroffenen mit dem einhergehenden erheblichen Todesrisiko zu vermeiden. Weiterhin legen sie nahe, dass man den Wunsch von Betroffenen respektieren sollte, da Betroffene eine bewusste Entscheidung fällen, mit der sie sich über viele Jahre hinweg auseinander gesetzt haben. Sie verweisen darauf, dass Studien die Wirksamkeit von Amputation belegen.

Ähnlich wie Bayne und Levy (2005) argumentiert auch Ryan (2009). Er ist der Ansicht, dass man bei einer eindeutigen BIID-Diagnose alle andere in Frage kommenden Therapiemöglichkeiten ausschöpfen sollte. Sofern diese nicht helfen, muss dem Betroffenen die Amputation unter Aufklärung über alle möglichen Risiken und Nutzen als Therapieform angeboten werden.

Müller (2009) lehnt eine Amputation als Therapieoption entscheidend ab, da sie die Autonomie der Entscheidung in Frage stellt. Wie im Kapitel 2.6. dargestellt werden in den letzten Jahren vermehrt neurologische Ursachen der BIID erforscht und diskutiert. Müller (2009) geht davon aus, dass die Entscheidung zur Amputation auf Basis neuropsychologische Störung getroffen werden könnte. In diesem Fall handelt es sich aber nicht um eine bewusste, verstandsgelitete und vor allem freie Entscheidung, wie auch Patrone (2009) erklärt.

Smith (2009) spricht sich für Amputation aus. Er ist sich darüber im Klaren, dass eine Amputation für nicht BIID-Betroffene einem starken Einschnitt im Leben bedeutet. Jedoch gilt das seiner Meinung nach nicht

für BIID-Betroffene. Er plädiert für das Recht auf Autonomie, in dem Patienten nicht mehr unter ihre Amputationswunsch leiden müssen. Weiterhin argumentiert er, dass Betroffene auf Grund ihres Leidens nicht auf zukünftige, eventuelle Heilung warten möchten oder können. Den Punkt der Gerechtigkeit sieht Smith aus der Perspektive der Bevölkerung als Schwierig aber nicht aus der Sicht des Betroffenen. Er kann es nachvollziehen, dass die Bevölkerung eine Amputation ablehnt aufgrund von Kosten, die auf die Gemeinschaft zukommen würde. Er macht aber auch auf die Kosten aufmerksam, die bei der psychischen Betreuung von BIID-Betroffenen anfallen würde.

Sedda (2011) weist darauf hin, dass bei der Bestätigung einer rein neurologischen Ursache zunächst die Wirksamkeit von weniger invasiven Techniken wie der Spiegelboxtechnik oder der Spülung der äußeren Gehörgänge systematisch überprüft werden muss, bevor eine Behandlung durch Operation in Erwägung gezogen wird.

5. Fragestellung

Im Rahmen der Bachelorarbeit soll mittels einer Umfrage untersucht werden, wie die durchschnittliche Bevölkerung in Deutschland auf die Amputationswünsche von BIID-Betroffenen reagiert. Es soll erfasst werden, ob in der Gesellschaft der Wunsch nach einer Amputation gesunder Gliedmaßen eine Akzeptanz finden würde. Auf Basis dieser Studie werden Rückschlüsse gezogen, ob die Angst von BIID-Betroffenen vor einer gesellschaftlichen Stigmatisierung gerechtfertigt ist. Da diese Thematik bisher nicht untersucht wurde werden sowohl einige explorative Fragen aufgestellt wie auch spezifische Hypothesen, die sich auf Theorie und Forschung zur Stigmatisierung psychisch Erkrankter beziehen.

5.1. Explorative Fragestellungen

Diese Arbeit ist die erste, die die Wahrnehmung von BIID in der Bevölkerung untersucht. Daher werden zunächst einige explorative Fragen entwickelt, um diese Wahrnehmung abbilden zu können.

Die erste Frage prüft ab, ob BIID anhand einer Fallbeschreibung tatsächlich als psychische Erkrankung wahrgenommen wird.

E1. Wird BIID von der allgemeinen Bevölkerung als psychische Störung wahrgenommen?

Für die Bewertung einer psychischen Störung ist es relevant, um was für eine Störung es sich handelt (vgl. Kapitel 3.2.). Entsprechend variiert auch die ablehnende Haltung. Es ist daher von Interesse, zu welchen Störungen BIID als ähnlich empfunden wird.

E2. Mit welcher psychischen Störung hat BIID in der Wahrnehmung der Bevölkerung die höchste Ähnlichkeit?

Diese offene Frage wird zur Vereinfachung der Beantwortung konkretisiert in wie viel Prozent der Befragten BIID als eine Funktionsstörung des Gehirns, Schizophrenie, Störung des Gefühlslebens, Neurose; Zwangsstörung, Persönlichkeitsstörung oder als besonderen sexuellen Fetischismus einstufen. Die tatsächliche Abgrenzung der Störungen aus psychiatrischer Sicht ist dabei weniger relevant, da Laientheorien zwischen verschiedenen psychischen Erkrankungen wenig differenzieren (Furnham, Kirkby, & McClelland, 2011). Statt der Störungen die BIID in der Symptomatik ähneln (vgl. Kapitel 2.5. Differentialdiagnostik) werden zur Abfrage der wahrgenommenen Ähnlichkeit daher psychische Störungen ausgewählt, von denen angenommen wird, dass sie Laien eher bekannt sein werden.

Psychische Erkrankungen lösen durch die ihnen zugeschriebenen Stereotype emotionale Reaktionen aus. Diese sind natürlich auch bei der Wahrnehmung der BIID in der Bevölkerung relevant. Besonders stark wird der Kontakt mit psychisch Erkrankten gemieden, wenn sie als gefährlich wahrgenommen werden, was Angst auslöst (Corrigan & Watson, 2002).

E3. Fühlt sich die Bevölkerung durch BIID-Betroffene bedroht?

E4. Bringt die Bevölkerung BIID-Betroffenen Mitleid entgegen?

Die emotionalen Reaktionen rufen auch Handlungsabsichten hervor. Hier wäre es interessant zu erfahren, ob die BIID unterstützende Absichten hervorruft.

E5. Wie hoch ist die Hilfsbereitschaft gegenüber BIID-Betroffenen in der Bevölkerung?

Zur Wahrnehmung einer psychischen Störung gehören auch die Annahmen über mögliche Therapierbarkeit.

E6. Welche der konventionellen Behandlungsmethoden (Therapie / Medikamente) werden von der Bevölkerung als erfolgsversprechend wahrgenommen?

E7. Sollten BIID-Betroffene, die kurz vor einer Amputation stehen durch vor sich selber geschützt werden?

Bei der BIID ist die Besonderheit, dass von den Betroffenen eine Operation als einzige „Behandlungsmöglichkeit“ angesehen wird, von der sie sich Erfolg versprechen (Blom et al., 2012). Für BIID muss daher eine Operation als Behandlungsmethode mit aufgenommen werden.

E8. Stimmt die Bevölkerung aufgrund der Beschreibung von BIID zu, dass der Wunsch nach einer Operation erfüllt werden sollte?

Die Amputation eines gesunden Körperteiles allein aufgrund des Patientenwunsches könnte als Körpermodifikation betrachtet werden, die einer Schönheitsoperation ähnelt, wenn auch in ihrem Ausmaß wesentlich schwerwiegender ist. Auch Parallelen zur geschlechtsangleichenden Operationen sind gegeben. Voraussetzung für die Unterstützung solch einer Operation wäre daher, dass die Selbstbestimmung über den eigenen Körper auch solche schwerwiegenden Eingriffe mit einschließt.

E9. Stimmt die Bevölkerung zu, dass die Selbstbestimmung über den eigenen Körper auch solche Operationen mit einschließt, die in die körperliche Unversehrtheit eingreifen?

Im Gegensatz zu einer Schönheitsoperation oder auch einer geschlechtsangleichenden Operation wäre aber durch die Erzeugung einer Behinderung mit lebenslangen Folgekosten¹⁵ zu rechnen. Es könnte sein, dass die Bevölkerung gegenüber Operationen aufgrund der Kosten und der Folgekosten für die Allgemeinheit negativ eingestellt ist.

E10. Stimmt die Bevölkerung der Kostenübernahme einer Operation durch die Krankenkasse zu? Und der Folgekosten?

Krankheitsgewinne sind laut den von Kasten vorgeschlagenen Diagnoseebenenkriterien bei BIID-Betroffenen kein Operationsmotiv (vgl. Kapitel 2.4.). Bedingt durch Stereotype (vgl. Kapitel 3.2.) oder Berichte über die sogenannte Bettelmafia (vgl. z.B. Tjong, 2012) könnten bei den Befragten jedoch Assoziationen geweckt werden, die Krankheitsgewinne als Operationsmotiv plausibel erscheinen lassen.

E11. Unterstellt die Bevölkerung BIID Patienten als Motiv für den Operationswunsch die Erschleichung von finanziellen Leistungen?

Wie im Kapitel 4.1 diskutiert ist die Durchführung einer Operation ohne medizinische Indikation strafbar. Die Rechtslage und die Beurteilung dessen durch die Bevölkerung können aber differieren. Auch dieser Punkt soll daher in der Wahrnehmung der Bevölkerung überprüft werden.

E12. Wird die Amputation eines gesunden Körperteils alleine aus dem Patientenwunsch heraus als strafbare Handlung bewertet?

Diese Fragen dienen der allgemeinen Annäherung an die Frage zur Wahrnehmung von BIID in der Bevölkerung. Im nächsten Abschnitt werden aus den theoretischen Grundlagen spezifische Hypothesen abgeleitet.

¹⁵ Für die U.S.A. kommt die Alexander Law Group, LLP z.B. auf 105.000,00\$ für eine gute Versorgung eines Amputierten Alexander Law Group, LLP

5.2. Hypothesenbildung

Die zentrale Frage dieser Arbeit ist die Wahrnehmung von BIID in der Bevölkerung. Dabei kann jedoch davon ausgegangen werden, dass nicht alle Befragten in ihrer Einschätzung übereinstimmen werden.

Über die Wahrnehmung psychischer Erkrankungen durch die Bevölkerung liegen einige Studien vor. Diese sind meistens in Form von persönlichen Interviews durchgeführt worden und beziehen sich neben mentalen Störungen im Allgemeinen vielfach auf Depressionen oder Schizophrenie (Angermeyer & Dietrich, 2006). Die demographischen Faktoren, für die ein Einfluss auf die Bewertung von psychischen Erkrankungen wiederholt festgestellt werden kann sind der Bildungsgrad und das Alter der Befragten, während die Ergebnisse bezogen auf das Geschlecht gemischt sind (ebd.) Folgende Hypothesen werden daher abgeleitet:

H1: Die Wahrnehmung von BIID variiert systematisch in Abhängigkeit vom Alter. Ein höheres Alter hängt mit einer negativeren Wahrnehmung von BIID zusammen.

H2: Die Wahrnehmung von BIID variiert systematisch in Abhängigkeit vom Bildungsstand der Befragten. Ein höherer Bildungsgrad hängt mit einer positiveren Wahrnehmung von BIID zusammen.

H3: Die Wahrnehmung von BIID variiert systematisch in Abhängigkeit vom Geschlecht der Befragten.

Die wahrgenommene Verantwortlichkeit beeinflusst die Einstellung gegenüber den psychisch Erkrankten. Wird angenommen, dass die Betroffenen mit verantwortlich sind für ihre Störung, bzw. die Kontrolle darüber haben so wird diesen Betroffenen eher mit Ablehnung begegnet (Rüsch, 2010). Für den Fall der BIID wird dies auf die Amputation übertragen. Durch die bewusste Entscheidung zu einer Behinderung wird angenommen, dass BIID-Betroffenen mit einer Amputation weniger Mitleid und weniger Hilfsbereitschaft entgegen gebracht wird, als Amputierten, die

durch einen Schicksalsschlag ein Körperteil verloren haben.

H4: Je höher die angenommene Verantwortlichkeit des Betroffenen für den Verlust eines Körperteiles desto geringer ist das Mitleid mit der Person.

H5: Je höher die angenommene Verantwortlichkeit des Betroffenen für den Verlust eines Körperteiles desto geringer ist die Hilfsbereitschaft gegenüber der Person.

First (2005) führt an, das BIID und GID in den Punkten (1) des Unwohlseins mit der anatomischen Identität, (2) einem inneren Sinn für die Wunschidentität, (3) dem erstmaligem Auftreten in Kindheit oder früher Jugend, (4) der erfolgreichen Behandlung durch Operation für einige Befragte, (5) die Simulation der Wunschidentität und (6) der sexuellen Erregtheit bei der Vorstellung der Wunschidentität für einen signifikanten Teil beider Gruppen übereinstimmen. Die Übereinstimmung im Wunsch nach einer Operation ist auch für Laien einfach ersichtlich. Daher soll überprüft werden:

H6: Der Wunsch nach einer körperangleichenden Operation von BIID-Betroffenen wird gleich bewertet wie der Wunsch nach geschlechtsangleichenden Operation von GID-Betroffenen.

Wie (Brugger et al., 2013) erklären spielen bei der Wahrnehmung von einer Erkrankung wie der BIID (oder Xenomelie) auch kulturelle Normen, die sich auf die körperliche Erscheinung beziehen eine wichtige Rolle. Ebenso bestimmen die Normen, welche Körpermodifikationen akzeptabel sind. Von daher wird die These aufgestellt, dass die Freiheit über seinen Körper zu entscheiden auch beinhaltet, sich gegebenenfalls selber zu schaden.

H7: BIID-Betroffenen wird eher zugestanden, sich selber zu verstümmeln, wenn die Befragten davon überzeugt sind, dass jeder das Recht hat alleine über seinen Körper zu bestimmen.

Aber letztlich wird die Zustimmung der Bevölkerung zu einer Operation, gerade wegen der schwierigen ethischen Grundlage auch davon abhängig sein, ob sie der Meinung sind, dass für die Betroffenen dadurch tatsächlich eine Verbesserung ihrer Lebenssituation erreicht werden kann.

H8: Personen, die glauben, dass ein Eingriff sich positiv auf die psychische Gesundheit des BIID-Betroffenen auswirkt sind eher bereit, den Operationswunsch zu unterstützen.

5.3. Operationalisierung

Die im vorherigen Abschnitt entwickelten Hypothesen werden nun operationalisiert. Die Operationalisierung besteht aus der Umwandlung der theoretischen Konstrukte in messbare Variablen durch geeignete Indikatoren. Damit werden auszählbare Fragen bzw. Zusammenhänge und Gruppenunterschiede geschaffen, die in der Analyse mittels statistischer Verfahren überprüft werden können.

Die folgende Tabelle zeigt die zentralen Inhalte der Items, die zur Operationalisierung der explorativen Fragestellung gewählt wurden. Der Fragebogen in der in dieser Studie gewählten Endfassung findet sich im Anhang 1

Tabelle 4: Operationalisierung der Fragestellung und Items

Fragestellung	Item(s)
E1.	1. Amputation und Verrückt
	35. BIID ist eine psychische Krankheit
E2.	20. Fetischismus
	21. Funktionsstörung des Gehirns
	22. Sonderform von Schizophrenie
	23. Störung des Gefühlslebens
	24. Eine Form von Neurose
	25. Eine Form von Zwangsstörung

	26. Persönlichkeitsstörung
	27. Genetisch bedingt
	28. Psychische Ursache
	29. Neurologische Ursache
E3.	2. Bedroht fühlen durch Amputationsvorhaben von BIID-Betroffenen
E4.	8A. Mitleid gegenüber BIID-Betroffenen
E5.	8B. Hilfsbereitschaft gegenüber BIID-Betroffenen
E6.	30. Psychotherapeutische Behandlung
	31. Effizienz der Psychotherapie
	32. Medikamentöse Behandlung
E7.	14. Unterbringung in der geschlossenen Psychiatrie
	15. Einweisung in eine offene psychosomatische Rehabilitationseinrichtung
	17. Durch Gerichtsbeschluss/Staatsgewalt Schutz erstellen
E8.	16. Unterstützung bei Amputationsvorhaben
E9.	13. Jeder soll uneingeschränkt über seinen Körper entscheiden auch bei einer freiwillige Amputation
E10.	9. Operationskosten
	10. Folgekosten
E11.	3. Finanzielle Aspekte als Motiv
	11. Beeinflussung von Amputationswünschen durch Kostenübernahme
E12.	18. Operationswunsch seitens Patienten als strafbare Handlung
	34. Strafbare Handlung seitens des Arztes
	35. Entscheidung nach eigenem Ermessen des Arztes

(H 1,2,3) Für eine Untersuchung ob sich die Bewertung von BIID nach Alter, Geschlecht und Bildungsstand unterscheidet wird auf die Items 1, 2, 8a, 8b und 16. In diesen Fragen sind die zentralen Konstrukte von Interesse für Gruppenunterschieden abgebildet: eine allgemeine Bewertung der BIID, die wahrgenommene Bedrohung, das Mitleid, die Hilfsbereitschaft und die Unterstützung des Operationsvorhabens. Die Gruppen werden dann mit den demographischen Variablen gebildet.

(H 4, 5) Für die Hypothese 4 und 5 wurden Fragen entwickelt, die ein unterschiedliches Ausmaß an Eigenverschulden an einer Behinderung durch eine Amputation abbilden sollen. Für eine unverschuldete Amputation in Folge eines Schicksalsschlages wird das Beispiel einer Amputation durch einen Unfall geschildert. Das Beispiel einer selbst herbeigeführten Amputation eines BIID-Betroffenen stellt den Gegenpol da. Da ein linearer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Verantwortung einer Amputation und dem Mitleid und der daraus resultierenden Hilfsbereitschaft gegenüber dem Amputierten vermutet wird wurde ein drittes Beispiel hinzugefügt, welches ein indirektes Verschulden präsentieren soll: eine Amputation durch ein Raucherbein. Regelmäßiger Tabakkonsum führt zu gesundheitlichen Schäden, unter anderem zu Arteriosklerose. Im schlimmsten Fall müssen aufgrund der Unterversorgung von Gewebe mit Sauerstoff sogar Amputationen durchgeführt werden. Die Entscheidung entgegen besseren Wissens zu Rauchen ist bewusst, ein gewisses Maß an Schuld kann daher angenommen werden. Für die Situationen (1) Unfall, (2) „Raucherbein“ und (3) selbsterbeigeführter Amputation werden dann das Mitleid mit der Person und die Hilfsbereitschaft durch die Befragten bewertet.

(H6) Für den Vergleich von BIID zu GID wurde sich auf den Operationswunsch fokussiert. Die erste Frage des Bogens prüft sehr plakativ ob BIID-Betroffene, also Menschen, die sich einen Körperteil abtrennen wollen, „verrückt“ seien, um spontan erste Emotionen gegenüber dem geschilderten Fallbeispiel abzufragen. Laut Kardoff (2010) ist „verrückt“ der umgangssprachliche Begriff für psychisch Erkrankte (für

die wissenschaftliche Analyse wird dieser Begriff üblicherweise zu ver-rückt verfremdet), weshalb dieser Begriff verwendet wurde. Die gleiche Frage wurde daher auch parallel für den Operationswunsch von GID-Betroffenen verwendet.

(H7) Für die Überprüfung von H7 werden zwei Fragen verwendet. Item 12 und Item 13. Es wird zuerst gefragt, ob allgemein einer Selbstbestimmung über den eigenen Körper zugestimmt wird. Dann wird diese Frage spezifiziert um zu prüfen, ob für die Befragten auch selbst-verstümmelnde Operationen zum Recht auf Selbstbestimmung gehören.

(H8) Für die Überprüfung der Hypothese 8 wird das Item zur Überprüfung der Unterstützung des Operationsvorhabens aus den explorativen Fragestellungen verwendet. Das Antwortverhalten auf dieser Frage wird dann mit einem zusätzlichen Item verglichen, das abfragt, ob eine Verbesserung des Selbstwertgefühl, der Freude und der psychische Gesundheit durch eine Operation als wahrscheinlich angenommen wird.

5.4. Entwicklung des Instruments

Es wurde sich für eine quantitative Erhebungsmethode entschieden, um eine hohe Anzahl an Teilnehmern befragen zu können. Das Instrument wurde in Form eines Fragebogens entwickelt. Der Vorteil eines Fragenbogens liegt darin, dass die Auswertung standardisiert erfolgt. Dadurch wird eine Auswertungsobjektivität angestrebt. Der vorhandene Forschungsstand zur Stigmatisierung psychisch Erkrankter rechtfertigt für diese hauptsächlich explorative Untersuchung die Verwendung von geschlossenen Fragen. Auch die Prüfung der entwickelten Hypothesen erfordert quantitative Daten.

Um die vermuteten Zusammenhänge zu testen, wird ein möglichst hohes Datenniveau angestrebt, um parametrische Testverfahren anwenden zu können. Dafür ist mindestens eine Intervallskala erforderlich. In der empirischen Sozialforschung werden zur Messung von Einstellungen am häufigsten endpunktbenannte Skalen mit vier bis sieben Skalenpunkten, die sogenannten Likert-Skalen, verwendet (Porst, 2011). Dieser Skalentyp wurde auch für diese Befragung gewählt. Verwendet

wurden sieben Bewertungsstufen um ein möglichst differenziertes Meinungsbild zu erhalten. Es wurde entschieden den Befragten die Möglichkeit der Enthaltung zu geben, daher wurde eine ungerade Anzahl an Abstufungen gewählt.

Aufgrund der Seltenheit von BIID sollte die Störung (trotz der Berichterstattung der letzten Jahre) den wenigsten Befragten bekannt. Daher wird BIID am Anfang des Fragebogens anhand eines typischen Fallbeispiels des Störungsbildes eingeführt. Für das Fallbeispiel wurde die Beschreibung von Neff und Kasten (2009) als Vorbild genommen. Vor der Endversion des Fragebogens wurden mit $N = 10$ Probanden zwei Probegänge durchgeführt. Dabei wurde festgestellt, dass durch das Fallbeispiel die sexuelle Komponente stark fokussiert wurde. Für diese Arbeit ist die die Bewertung des Amputationswunsches von Interesse. Daher wurde das Fallbeispiel geändert, indem das Geschlecht neutralisiert wurde und auf eine Beschreibung der sexuellen Vorlieben verzichtet wurde. Durch den Pretest möglich war es außerdem möglich, Verständnisschwierigkeiten zu eliminieren und die Items in eine sinnvolle Reihenfolge zu bringen.

5.5. Vorgehen bei der Befragung

Ziel ist es, die Wahrnehmung von BIID in der Bevölkerung zu untersuchen. Die Befragung wurde in der ersten Augustwoche 2014 über drei Tage in einer belebten Straße in Hamburg durchgeführt. Passanten wurden angesprochen und zu einer Umfrage eingeladen. Bei der Stichprobe handelt es sich also um eine Gelegenheitsstichprobe. Das Instrument wurde eingehend erklärt und die anonyme Behandlung der Daten wurde zugesichert. Dadurch soll vermieden werden, dass die Teilnehmer sozial erwünscht antworten. Da das Thema BIID in der Regel sehr kontrovers diskutiert wurde, hat sich der Umfrageleiter für eine anschließend kurze Diskussion bereitgestellt.

Die Antworten der Fragebögen mussten aufgrund der Erhebungsmethode händisch in einen Datensatz für die spätere Auswertung übertragen werden. Für die Erfassung und Auswertung wurde

IBM SPSS 22.0 verwendet. Für jede Frage im Bogen wurde eine Variable definiert und die Antworten der Teilnehmer dann fallweise eingetragen.¹⁶

6. Analyse

Im folgenden Kapitel erfolgt die Analyse der erhobenen Stichprobe. Zunächst wird die Stichprobe in ihren allgemeinen Merkmalen beschrieben bevor dann die Überprüfung der Hypothesen erfolgt.

6.1. Deskriptive Statistik

Insgesamt wurde der Fragebogen von 140 Personen ausgefüllt. Aufgrund von fehlenden oder nicht eindeutigen Antworten mussten sieben Bögen von der Analyse ausgeschlossen werden.

Von $N = 133$ waren in der Stichprobe waren $N = 59$ männlich (44,4%) und $N = 74$ weiblich (55,6%). Der jüngste Teilnehmer war achtzehn, der älteste Teilnehmer war 75. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer lag bei 28.05 Jahren mit einer Standardabweichung von 10.4 Jahren.

¹⁶ Der vollständige Datensatz der Erhebung befindet sich auf der dieser Arbeit beiliegenden CD als SPSS Statistics Data Document und als Excel-Arbeitsblatt.

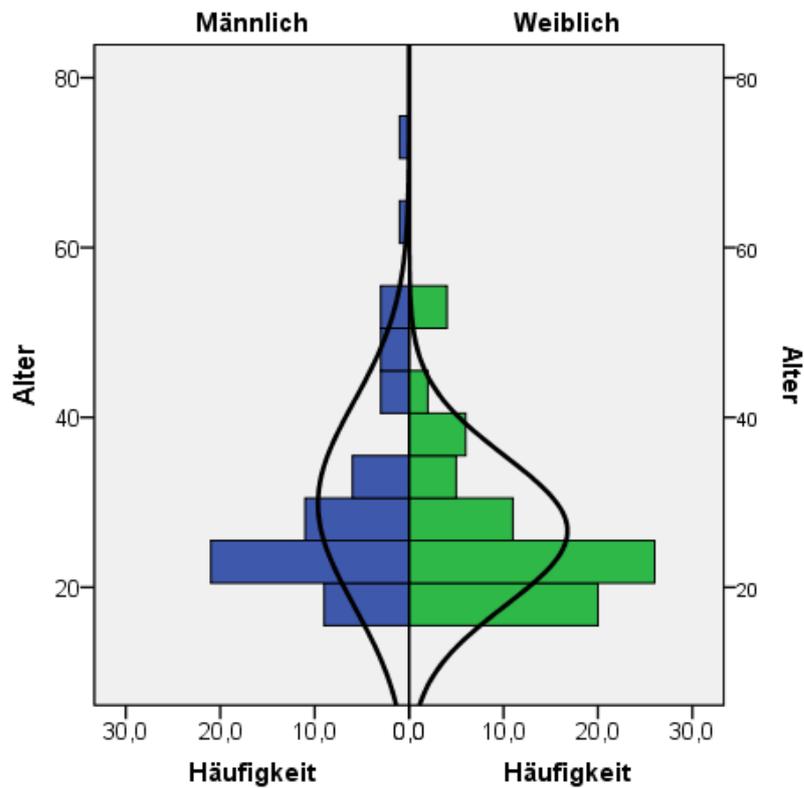


Abbildung 3: Altersverteilung nach Geschlecht

Die Verteilung der höchsten Bildungsabschlüsse stellt sich in der Stichprobe wie folgt dar:

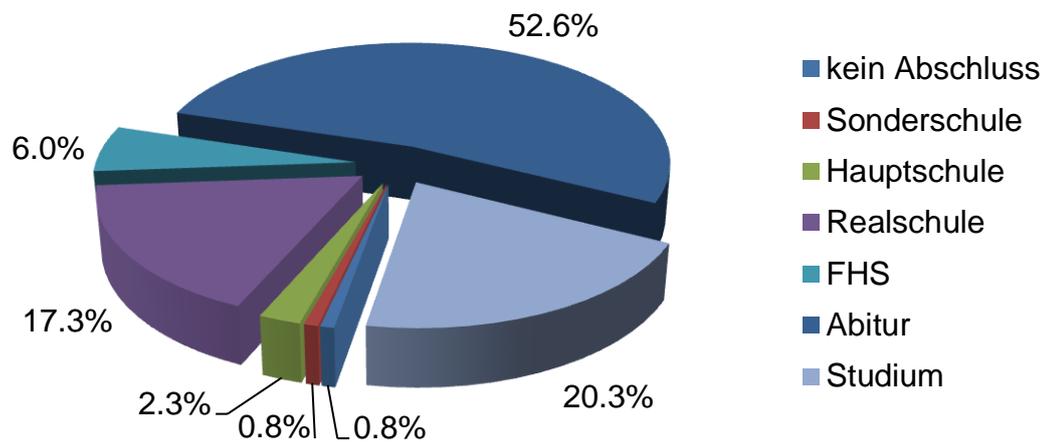


Abbildung 4: Verteilung der Bildungsabschlüsse

Die am seltensten vertretenden Bildungsabschlüssen sind der Abschluss der Sonderschule und kein Abschluss mit je einem Teilnehmer. Dann folgen mit aufsteigender Häufigkeit der Abschluss der Hauptschule mit drei Teilnehmern, der Fachhochschulreife mit acht Teilnehmern und

der Realschule mit 23 Teilnehmern. 27 Teilnehmer geben ein Studium als höchsten Abschluss an. Der mit 70 Teilnehmern größte Teil der Befragten verfügt über ein Abitur, was knapp über die Hälfte der Befragten ausmacht.

Bei der Abfrage der aktuell ausgeübten Tätigkeit überwiegen laut Antwort der Befragten die Studenten. Dies deckt sich mit der Altersverteilung der Stichprobe, da ein Studium meist in Anschluss an die Schule oder eine abgeschlossene Ausbildung aufgenommen wird. Mit zunehmender Präferenz für ein Studium in den letzten Jahren ist in dieser Altersgruppe eine Häufung an Studenten zu erwarten.

Tabelle 5: Aktuelle berufliche Tätigkeit der Befragten

Tätigkeit	Anzahl	Häufigkeit in %
Schüler	15	11.3
Mini-Job	6	4.5
Arbeiter	4	3.0
Lehrling	4	3.0
Geselle	1	0.8
Student	52	39.1
Angestellter	28	21.1
Leitender Angestellter	6	4.5
Arbeitslos	1	0.8
Beamter	6	4.5
Selbstständig	8	6.0
Andere	1	0.8
Fehlend	1	0.8
Summe	133	100

Insgesamt befinden sich die etwas über der Hälfte der Befragten (53,6%) noch in der Ausbildung in der (Berufs-) Schule oder der Universität, im Umkehrschluss gehen 46,6% der Befragten verschiedenen beruflichen Tätigkeiten nach. Wie der Tabelle 5 zu entnehmen ist, sind dabei Angestellte mit 21,1% der Befragten am häufigsten vertreten.

Die Frage der Konfessionszugehörigkeit wurde von sechs der Teilnehmer

nicht beantwortet. Bei der Untersuchung der Verteilung der Konfessionszugehörigkeit mit N = 127 ergibt sich, dass mit 53 Teilnehmern die häufigste Gruppe die der Konfessionslosen ist. 45 der Teilnehmer gehören dem christlichen Glauben an, davon sind 23 katholisch und 22 evangelisch. Mit 23 Befragten sind Muslime ebenso häufig vertreten wie katholische Christen. Die weiteren Religionszugehörigkeiten sind jeweils ein Teilnehmer jüdischen und buddhistischen Glaubens.

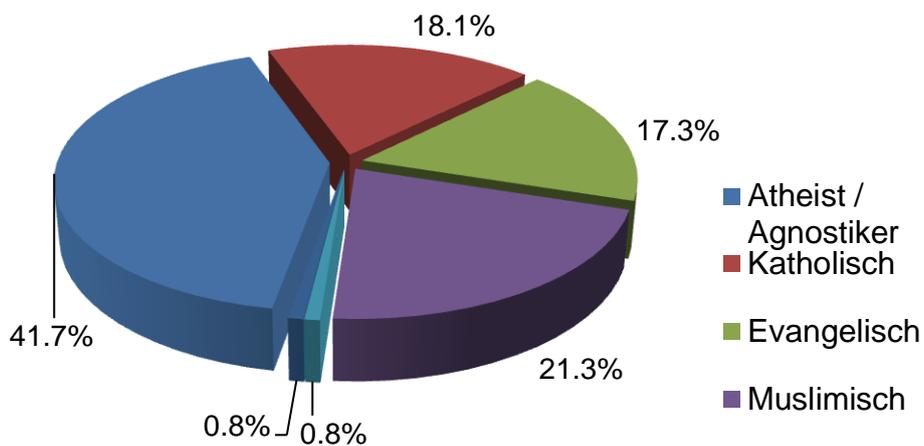


Abbildung 5: Verteilung der Konfessionszugehörigkeit

Der überwiegende Teil der Befragten ist ledig (110 Teilnehmer/ 82,7%), 18 sind verheiratet, jeweils zwei sind geschieden und verwitwet und ein Teilnehmer machte keine Angabe zu seinem Familienstand.

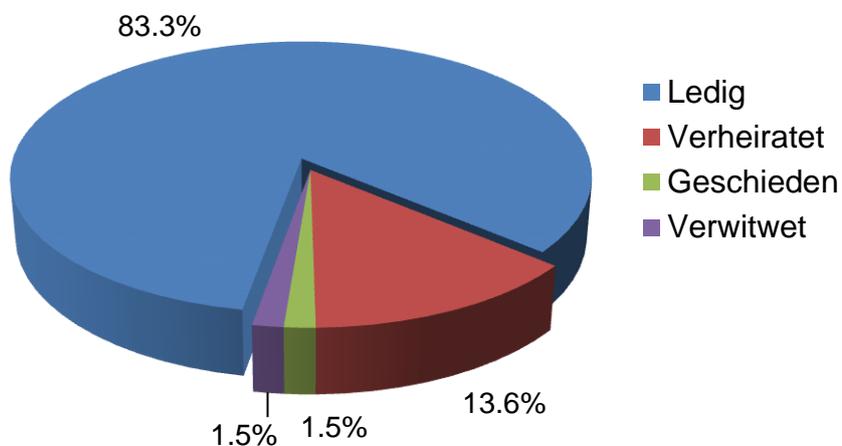


Abbildung 6: Verteilung des Familienstandes

Insgesamt ist in der Stichprobe eine Häufung in der Alterskategorie von 20-30 Jahren festzustellen. Die dem zeitlichen Rahmen dieser Arbeit

geschuldete Stichprobe von N = 133 nicht die optimale Stichprobengröße erreicht, um von der Auswertung der Befragung zuverlässig auf die Gesamtpopulation in Hamburg oder gar in Deutschland schließen zu können. Die in dieser Arbeit vorliegende Stichprobe ist also nicht repräsentativ, aber zentrale Tendenzen für die Fragen dieser Arbeit können dennoch abgeleitet werden.

6.2. Auswertung der explorativen Fragen.

Die explorativen Fragen dienen wie beschrieben dazu, einen ersten Eindruck über die Wahrnehmung von BIID in der Bevölkerung zu gewinnen. Im folgenden Abschnitt werden nun die Häufigkeiten im Antwortverhalten der Befragten präsentiert. Die Auswertung erfolgt für alle gültigen Antworten, die Anzahl ist jeweils vermerkt. Zu jedem der betrachteten Items werden außerdem die Lagemaße des ersten Quantil (Q1), des Median (MD), des dritten Quantil (Q3) und der Standardabweichung (SD) berichtet.

Als erstes wird überprüft, ob die Mehrheit der Befragten BIID aufgrund des verwendeten Fallbeispiels als psychische Erkrankung wahrnehmen. Das Antwortverhalten für die Items 28 und 35 stellt sich folgendermaßen dar:

Tabelle 6: Antwortverhalten Item 28

28	Können Sie sich vorstellen, dass der Amputationswunsch von Person B. eine psychische Ursache hat?							SD	± 1,31
	1	2	3	4	5	6	7		
N 133								Q1	6
Anzahl	2	1	5	9	6	34	76	MD	7
%	1,5	0,8	3,8	6,8	4,5	25,6	57,1	Q2	7

Die Antworten für das Item 35 sind sehr ähnlich

Tabelle 7: Antwortverhalten Item 35

35	Könnten Sie sich vorstellen, dass BIID Ist eine psychische Krankheit ist?							SD	± 1,55
	1	2	3	4	5	6	7		
N 133								Q1	5
Anzahl	5	4	0	11	18	26	69	MD	7
%	3,8	3,0	0	8,3	13,5	19,5	51,9	Q2	7

110 der Befragten stimmten dem Item 28 in der Ausprägung 6 oder 7 zu, beim Item 35 waren 95 Befragte. Die Mehrheit der Befragten kann sich aufgrund der Fallbeschreibung eine psychische Ursache bzw. eine psychische Erkrankung als Erklärung für BIID vorstellen, BIID vermittelt also den Eindruck einer psychischen Störung. Weiterhin ist von Interesse, zu welcher psychischen Störung bzw. zu welchen Erkrankungen BIID als ähnlich empfunden wird.

Die zweite explorative Frage bezog sich auf die wahrgenommene Ähnlichkeit von BIID zu anderen, bekannteren Störungsbildern. Wie die Übersicht über das Antwortverhalten zu den Items 20-29 zeigt fällt das Ergebnis für die psychische Ursache am eindeutigsten aus. Eine detaillierte Übersicht über die Lagemaße befindet sich im Anhang 2.

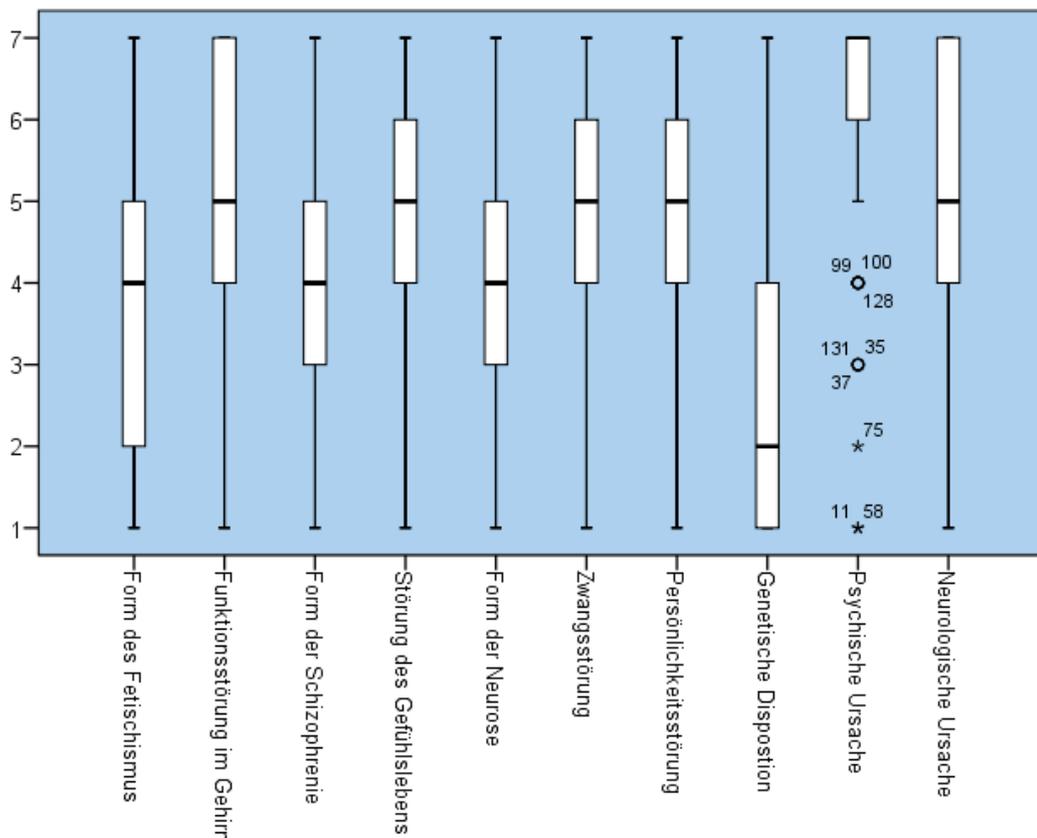


Abbildung 7: Wahrgenommene Ähnlichkeit der BIID zu anderen Störungen

Aus dem Vergleich lassen sich zeigen, dass zwischen den verschiedenen Ursachen wenig differenziert wurde. Mit Ausnahmen der deutlichen Tendenz zu genetischen Ursachen, neurologischen Ursachen und psychischen Ursachen gruppieren sich die Antworten um die Mitte oder

haben eine leichte Tendenz zur Zustimmung. Vermutet werden kann hier, dass die Befragten keine klare Vorstellung über die Störungen hatten, zu denen der Vergleich gezogen werden sollte. Eine genetische Ursache gilt den Befragten als unwahrscheinlich. 68% wählten eine Antwortmöglichkeit zur ablehnenden Seite der Skala, 46% wählten sogar die 1. Wie bereits schon zur ersten explorativen Frage ausgeführt sind sich die Befragten in der Bewertung von BIID als psychischer Störung einig. Auch eine Funktionsstörung des Gehirns bzw. in anderer Formulierung eine neurologische Ursache erscheint den Befragten plausibel (58,3% zustimmend bei Item 21, 64,3% bei Item 29). Der Ausschluss der sexuellen Komponente im Fallbeispiel spiegelt sich in der Beantwortung des Item 20 wieder, ohne die sexuelle Komponente der BIID vorgestellt zu haben findet kaum eine Assoziation zu Fetischismus von den Befragten statt.

Die Frage nach der wahrgenommenen Bedrohung durch den geschilderten BIID-Betroffenen im Fallbeispiel fällt eindeutig aus. Die absolute Mehrheit der Befragten fühlt sich nicht bedroht und wertete dieses Item mit der Ausprägung 1, was sich auch im Median widerspiegelt. Dieses Ergebnis wird in der Diskussion noch ausführlicher besprochen werden.

Tabelle 8: Antwortverhalten Item 2

2	Von Menschen, die sich selbst einen Körperteil abtrennen wollen, fühle ich mich bedroht.							SD	± 1,65
	1	2	3	4	5	6	7		
N 133								Q1	1
Anzahl	80	21	9	8	8	1	6	MD	1
%	60,2	15,8	6,8	6,0	6,0	0,8	4,5	Q2	2

Die nächsten beiden Fragestellungen bezogen sich auf die Reaktion der Befragten gegenüber BIID-Betroffenen. Gefragt wurde nach dem Mitleid mit der Person und der Hilfsbereitschaft ihr gegenüber, wenn diese Person selber eine Amputation herbeigeführt hat.

Tabelle 9: Antwortverhalten Item 8 A

8 A	Haben Sie Mitleid mit der Person?							SD	± 2,14
N 133	1	2	3	4	5	6	7	Q1	1
Anzahl	43	23	14	18	12	10	13	MD	3
%	32,3	17,3	10,5	13,5	9,0	7,5	9,8	Q2	5

Es zeigt sich, dass eine Person, die einen Amputationswunsch in die Tat umsetzt nicht mit Mitleid für seine so gewonnene Behinderung rechnen kann. Die besondere Aufmerksamkeit, die einem Amputierten entgegengebracht wird kann also mit der Zusatzinformation über das Eigenverschulden in das Gegenteil umschlagen. Es könnte allerdings auch sein, dass die Befragten angeben kein Mitleid zu verspüren, da durch die Amputation dem Wunsch des Betroffenen entsprochen wurde und er deswegen nicht zu bedauern ist. Im gleichen Zuge wurde aber auch nach der Hilfsbereitschaft gegenüber den Betroffenen gefragt.

Tabelle 10: Antwortverhalten Item 8 B

8 B	Sind Sie zur Hilfe bereit?							SD	± 2,06
N 132	1	2	3	4	5	6	7	Q1	3
Anzahl	16	11	12	20	16	13	44	MD	5
%	12,1	8,3	9,1	15,2	12,1	9,8	33,3	Q2	7

Hier zeigt sich, dass die Befragten auch gegenüber einem freiwillig Amputierten eine Hilfsbereitschaft aufweisen. Absolut haben die meisten Befragten auf der Ausprägung 7 geantwortet. Eher zustimmend antworteten insgesamt 55,2% der Befragten.

Das Urteil über die Möglichkeiten einer Behandlung der BIID mit konventionellen Methoden, sprich mit Psychotherapie und Psychopharmaka wurde mit drei verschiedenen Items erhoben, Item 30 „Finden Sie, dass Person B. mit Psychotherapie behandelt werden sollte?“, Item 31 „Finden Sie, dass eine Psychotherapie Person B effizient helfen könnte?“ und Item 32 „Person B. sollte Psychopharmaka erhalten, die die Amputations- und Behinderungswünsche unterdrücken“.

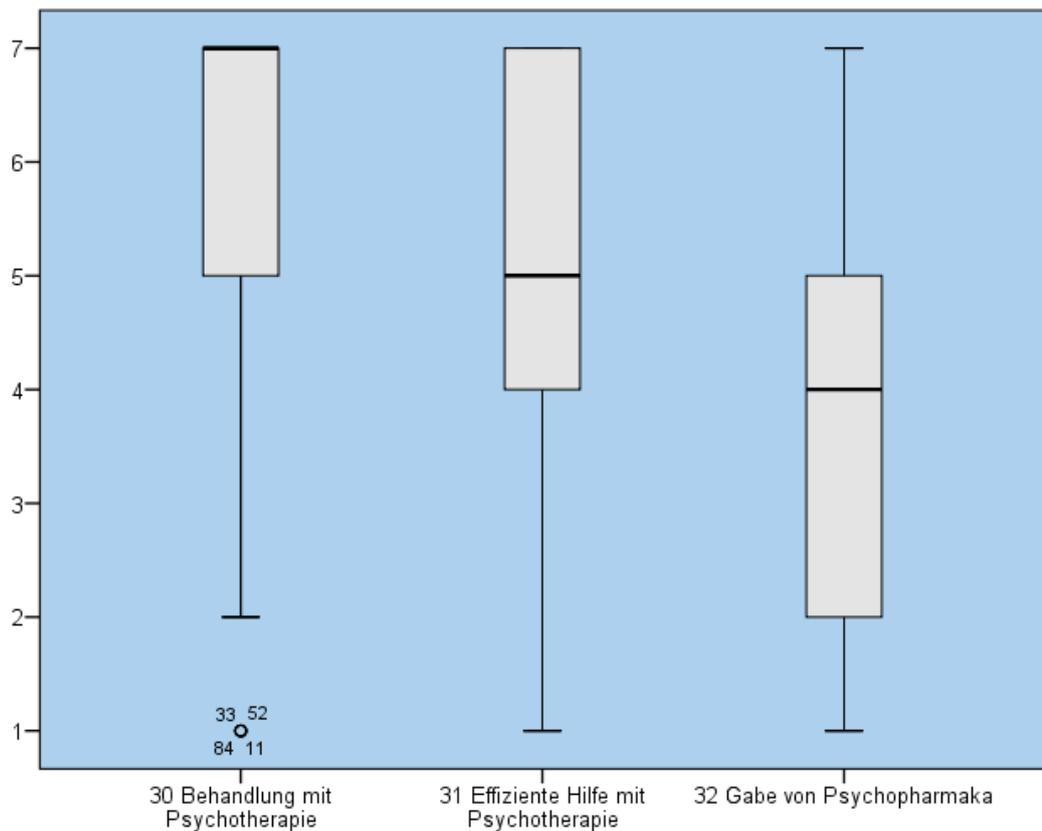


Abbildung 8: Bewertung der konventionellen Behandlungsmethoden

Anhand der Verteilung der Antworten lässt sich erkennen, dass die Befragten eine Psychotherapie für eine angemessene Behandlungsmethode halten. Auf das Item 30 antworteten % der Befragten mit einer zustimmenden Bewertung. Bei Item 31 waren es 79,7% der Befragten. Im Vergleich drückten nur 68,9% der Befragten ihre Zustimmung zur Gabe von Psychopharmaka aus. Einer Behandlung mit Medikamenten stehen die Befragten also eher indifferent oder ablehnend gegenüber.

Die explorative Fragestellung 7 wurde mit den folgenden drei Items operationalisiert: Item 14 „Eine von BIID - Betroffene Person, die kurz davor steht, die Amputation durchführen zu lassen, sollte in eine geschlossene Psychiatrie eingewiesen werden“; Item 15 „Eine von BIID betroffene Person, die kurz davor steht, die Amputation durchführen zu lassen, sollte in einer offenen psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung untergebracht werden“ und Item 17 „Die Amputation sollte verhindert werden und Person B sollte notfalls auch

durch Gerichtsbeschluss/Staatsgewalt vor sich selbst beschützt werden“.

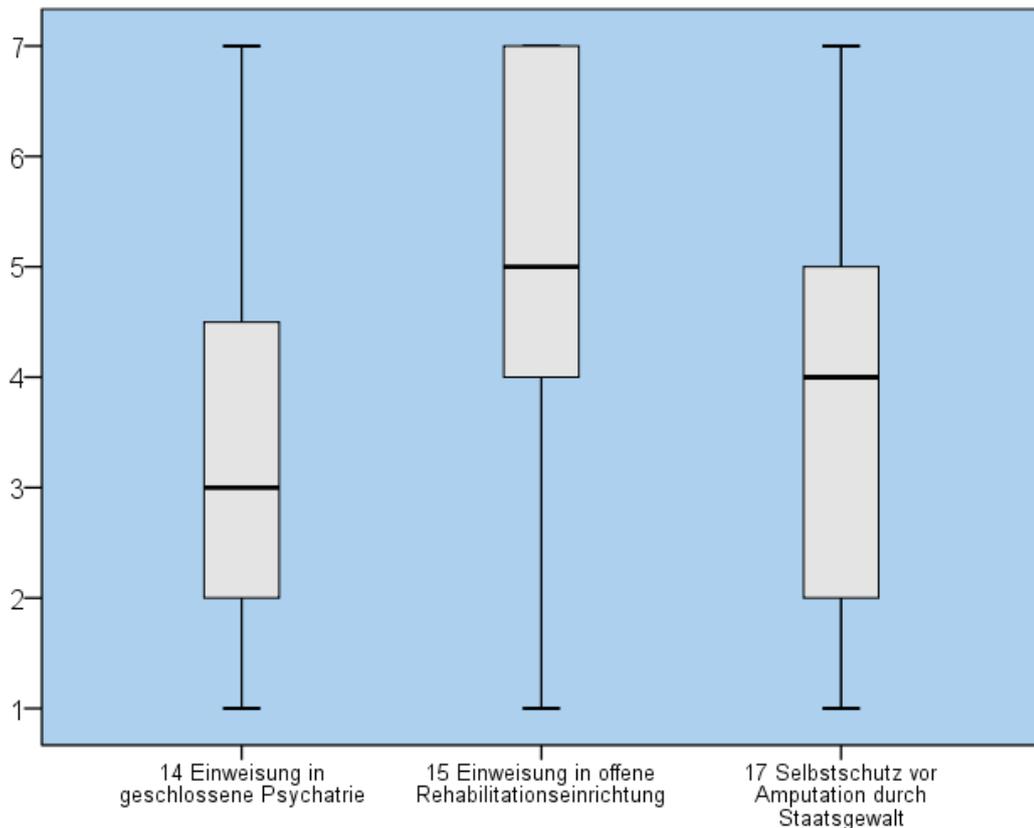


Abbildung 9: Übersicht Maßnahmen zum Selbstschutz von BIID-Betroffenen

Es zeigt sich, dass die meisten Befragten so einer drastische Maßnahme wie der Entmündigung des Betroffenen oder der Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung ablehnend gegenüberstehen. Auf das Item 14 antworteten 53% ablehnend, 22% der Befragten gaben keine Tendenz an, waren also unentschieden.

In Übereinstimmung mit der Einschätzung, dass eine Psychotherapie eine geeignete Behandlungsmethode ist für eine Störung, von der die meisten annehmen, dass es sich um eine psychische Erkrankung handelt bevorzugen die meisten Befragten es den akuten Amputationswunsch des Betroffenen mit einem Aufenthalt in einer offenen Rehabilitationseinrichtung zu begegnen.

Bei der achten explorativen Fragestellung wurde erfragt, ob ein BIID-Betroffener in seinem Amputationswunsch unterstützt werden sollte.

Tabelle 11: Antwortverhalten Item 16

16	BIID- Betroffene, die sich sehnlichst eine Amputation von einem Körperteil wünschen, sollten unterstützt werden.							SD	± 2,03
N 132	1	2	3	4	5	6	7	Q1	3
Anzahl	21	10	25	20	20	11	25	MD	4
%	15,9	7,6	18,9	15,2	15,2	8,3	18,9	Q2	6

Die Befragten sind in dieser Frage geteilt, es ist keine eindeutige Antworttendenz erkennbar. Die absolute Zustimmung und Ablehnung entsprechen sich nahezu. Wie im theoretischen Teil vorgestellt ist die Diskussion über die ethische Vertretbarkeit von einer durch den Patienten gewünschten Amputation unter Medizinern kontrovers. Die Unentschiedenheit in der fachlichen Diskussion über die Entsprechung des Patientenwunsches scheint ebenso bei den Befragten vorhanden zu sein.

Die neunte Fragestellung hängt mit der vorherigen eng zusammen. Es wurde gefragt, ob die Freiheit, über den eigenen Körper zu entscheiden auch selbstschädigende Körpermodifikationen einschließt, auch in diesem Fall wenn eine Verstümmelung (wie durch eine Amputation) gewünscht wird.

Tabelle 12: Antwortverhalten Item 13

13	Jeder Mensch sollte selbst uneingeschränkt über seinen eigenen Körper entscheiden, auch wenn er/sie sich eine Verstümmelung des eigenen Körpers wünscht.							SD	± 2,05
N 133	1	2	3	4	5	6	7	Q1	2
Anzahl	20	15	14	23	22	14	25	MD	4
%	15,0	11,3	10,5	17,3	16,5	10,5	18,8	Q2	6

Auch bei dieser Frage ist keine eindeutige Tendenz bei den Befragten zu erkennen, ebenso wie bei Item 16. Da beide Items das gleiche Konstrukt behandeln ist dies zu erwarten gewesen.

Die Frage nach einer Kostenübernahme wurde mit den beiden Items 9 „Sollten die Operationskosten der Beinamputation für Person B von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden?“ und 10 „Sollten die Krankenversicherung für die Folgekosten nach der Beinamputation (Postoperativen Kosten, z.B. Schmerzbehandlung, Kosten für Prothese,

Krücken, ggf. Arbeitsausfall usw.) für Person B aufkommen müssen?“ erhoben. Der Vergleich der beiden Fragen zeigt, dass die Übernahme sowohl von der Operation als auch von Folgekosten von einem sehr großen Teil der Befragten abgelehnt wird.

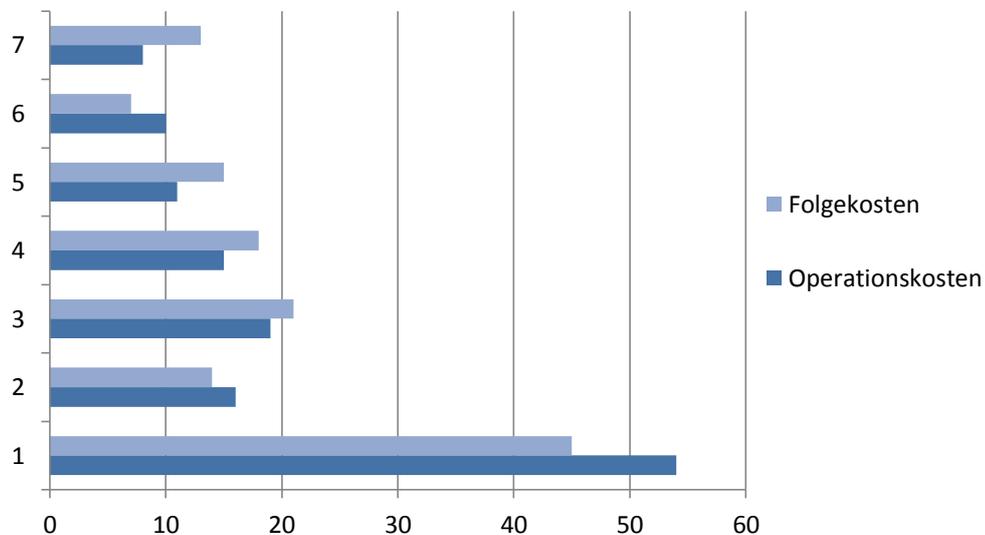


Abbildung 10: Vergleich der Bewertung zwischen Kostenübernahmen

Insgesamt antworteten auf Item 9 54 Befragte auf der Ausprägung 1, bei Item 10 waren es 45. Die Lagemaße für Item 9 waren Q1 = 1, MD = 3 und Q3 = 5 mit einer SD von $\pm 2,02$, für Item 10 waren es Q1 = 2, MD = 5 und Q3 = 6.

Der explorativen Fragestellung 11 lag die Vorstellung zu Grunde, dass bei den Befragten die Assoziation geweckt werden könnte, dass die BIID-Betroffene Person auch finanzielle Interessen verfolgt. Das Item 3 wurde von den Befragten wie folgt bewertet:

Tabelle 13: Antwortverhalten Item 3

3	Glauben Sie, dass finanzielle Aspekte bei dem Wunsch nach Amputation eine Rolle spielen (z.B. Bezug von Invalidenrente, Unfallversicherung ...)?							SD	$\pm 1,8$
	1	2	3	4	5	6	7		
N 132								Q1	1
Anzahl	49	20	18	13	22	7	3	MD	2
%	37,1	15,2	13,6	9,8	16,7	5,3	2,3	Q2	4

Es zeigt sich, dass der weitaus größere Teil der Befragten nicht glaubt, dass BIID-Betroffene sich Vorteile durch Unterstützungsleistungen

verschaffen wollen. 65,9% wählten eine zustimmende Antwort und sogar nur 10 Befragte antworteten mit 6 oder 7.

Gleichzeitig wurde gefragt, ob die Befragten sich vorstellen können, dass bei einer Kostenübernahme durch die Krankenkasse die Anzahl an Amputationswünschen zunimmt, ob also die Operationskosten für den Betroffenen einen Hinderungsgrund darstellen.

Tabelle 14: Antwortverhalten Item 11

11	Glauben Sie dass die Anzahl der Wünsche nach solchen Amputationen zunehmen würde, wenn die Krankenversicherung alle Kosten übernehmen würde?							SD	± 2,19
N	1	2	3	4	5	6	7	Q1	2
Anzahl	19	21	9	11	21	20	32	MD	5
%	14,3	15,8	6,8	8,3	15,8	15,0	24,1	Q2	6

Hier zeigt sich eine erhöhte Zustimmung im Vergleich zum vorher betrachteten Item. Es scheint den Befragten also insgesamt gut vorstellbar, dass mehr Menschen sich freiwillig einen Körperteil amputieren würden, wenn diese Operationskosten übernommen werden würden.

Die Frage nach der Strafbarkeit einer Amputation wurde aufgegliedert in die Strafrechtliche Verfolgung des Betroffenen (Item 33 „Wenn Person sich einen gesunden Körperteil abtrennt oder eine andere Störung in seiner Körperfunktion herbeiführt, sollte diese Person strafrechtlich belangt werden“) und die des durchführenden Mediziners (Item 34 „Wenn der Arzt einer BIID- Betroffenen Person auf deren Wunsch hin einen gesunden Körperteil abtrennt, sollte der Arzt strafrechtlich belangt werden.“). Zur Kontrolle wurde außerdem gefragt, ob eine Amputation im Ermessen des durchführenden Arztes liegen sollte (Item 18). Die detaillierten Lagemaße finden sich in Anhang 5.

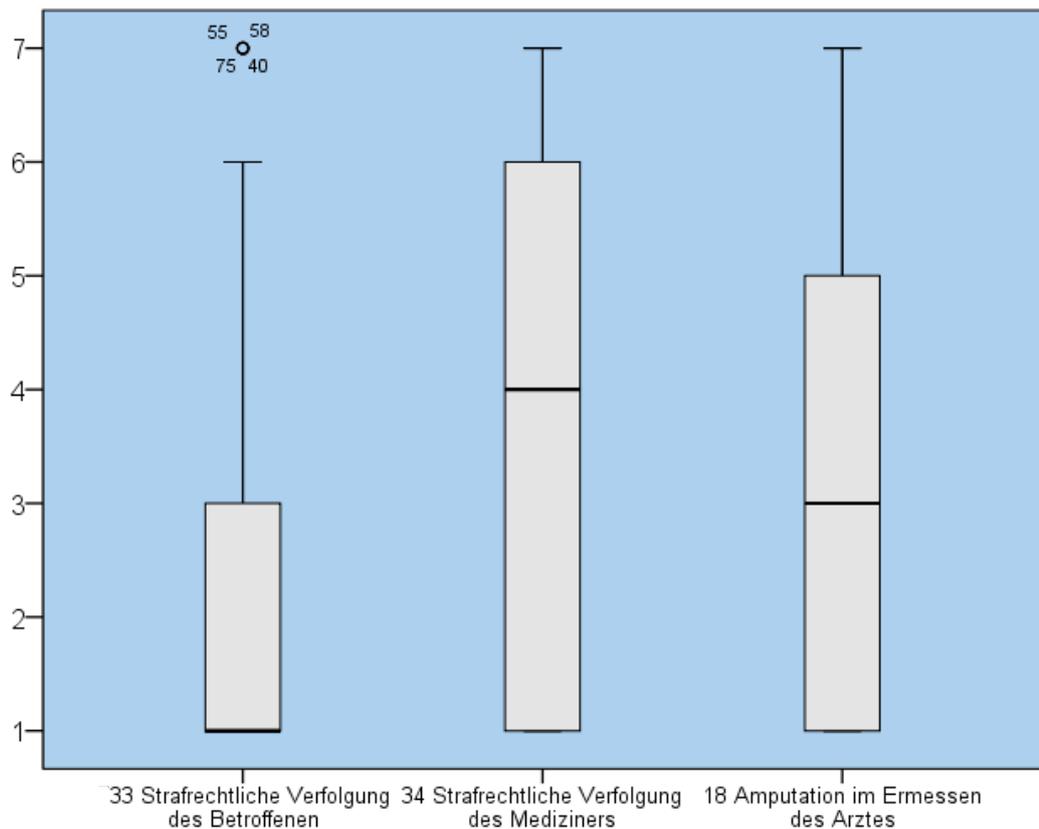


Abbildung 11: Strafrechtliche Konsequenzen

Die Befragten sind sich einig darin, dass der Betroffene nicht belangt werden kann. Bei der Strafrechtlichen Verfolgung des Mediziners zeigt sich wie auch bei der Unterstützung des Operationswunsches allgemein ein sehr gemischtes Bild. Besonders für Item 34 ist die Streuung der Antworten sehr groß. Es wiederholt sich das Muster, dass keine klare Antworttendenz ausgemacht werden kann.

6.3. Testen der Hypothesen

Um das korrekte statistische Verfahren auszuwählen, das für eine Überprüfung der Hypothesen zulässig ist, ist zunächst die Beachtung des Skalenniveaus von Bedeutung. Die Items im Fragebogen wurden so ausgewählt, dass die Möglichkeit besteht die Daten für die Auswertung wie intervallskalierte Daten zu behandeln (Gross, 2008). Dadurch kann auf parametrische Testverfahren zurückgegriffen werden. Es muss jedoch geprüft werden, ob die Voraussetzung der Normalverteilung in der Grundgesamtheit und der Varianzhomogenität erfüllt sind. Geprüft werden kann diese Voraussetzung in SPSS mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test

(KS-Test) oder dem Shapiro-Wilk-Test (Schäfer, 2011). Bei der Überprüfung wurde festgestellt, dass die Nullhypothese H_0 , sprich dass die Verteilung in der Grundgesamtheit einer Normalverteilung folgt, für alle Items außer für das Geschlecht abgelehnt werden muss. Die Daten werden in Folge als ordinalskaliert betrachtet. Zur Überprüfung der Hypothesen müssen daher nicht-parametrische Testverfahren verwendet werden. Als erstes werden die Hypothesen 1,2 und 3, die sich auf Gruppenunterschiede in der Wahrnehmung von BIID beziehen, überprüft. Die Items, die auf Gruppenunterschiede überprüft werden sind die Items 1, 2, 8a, 8b und 16.

(H1) Für die Anwendung des Kruskal-Wallis-Tests ist die Definition von verschiedenen Gruppen nötig. Die stetige Variable Alter wurde für die Analyse umcodiert. Die Kategorien so gewählt, dass die Randgruppen nicht zu klein werden. Die unter 20-jährigen wurden daher der Gruppe der 20-jährigen zugeordnet. Ebenso wurden alle Befragten über 50 zu einer Gruppe zusammengefasst.

Tabelle 15: Verteilung nach Altersklasse

Alter	18-29	30-39	40-49	50-75
Altersklasse	1	2	3	4
Anzahl	97	16	10	9

Die Testung ergab, dass die Nullhypothese des Kruskal-Wallis-Tests, H_0 = die Verteilung der Antworten über die verschiedenen Altersklassen ist identisch, für alle Items beibehalten werden muss. Das heißt, dass keine Gruppenunterschiede in Abhängigkeit vom Alter der Befragten gibt. Dies kann allerdings auch durch die Überrepräsentation der Alterskategorie 18-29 mit begründet sein.

Teststatistiken^a

	Item 1	Item 2	Item 8a	Item 8b	Item 16
Mann-Whitney-U-Test	308,500	335,000	322,000	339,000	427,500
Wilcoxon-W	344,500	380,000	5075,000	384,000	5083,500
U	-,976	-1,276	-1,331	-1,128	-,052
Asymp. Sig. (2-seitig)	,329	,202	,183	,259	,958

a. Gruppierungsvariable: Altersklasse

Abbildung 12: SPSS Testung Altersunterschied

(H2) Für die Überprüfung der Unterschiede nach Bildungsabschluss werden aufgrund der geringen Anzahl der Befragten, die kein Abitur oder Studium haben zwei Gruppen gebildet: (1) alle Befragten, die über einen Abschluss unterhalb der Fachhochschulzugangsberechtigung verfügen und (2) eine Gruppe mit allen Befragten mit einem Fachhochschulzugang oder höher. Daraus ergeben sich in der Gruppe 1 28 Befragte und in der Gruppe 2 105 Befragte. Ein Mann-Whitney-Test wurde verwendet um zu prüfen, ob die Verteilung der Antworten in beiden Gruppen gleich ist. Es zeigt sich, dass auch keine Abhängigkeit zwischen Bildung Niveau und den fraglichen Items besteht.

Teststatistiken^a

	Item 1	Item 2	Item 8a	Item 8b	Item 16
Mann-Whitney-U-Test	1331,500	1321,500	1298,500	1168,000	1191,500
Wilcoxon-W	6791,500	6886,500	1704,500	1574,000	1597,500
U	-,703	-,929	-,968	-1,642	-1,491
Asymp. Sig. (2-seitig)	,482	,353	,333	,101	,136

a. Gruppierungsvariable: Bildungskat

Abbildung 13: SPSS Testung Bildungsunterschied

(H3) Das gleiche Ergebnis zeigt sich für das Geschlecht der Befragten. Alle Unterschiede deutlich nicht signifikant, das heißt die Nullhypothese wird beibehalten: Es existiert kein Unterschied zwischen den Gruppen.

Teststatistiken^a

	Item 1	Item 2	Item 8a	Item 8b	Item 16
Mann-Whitney-U-Test	2079,500	2092,500	2123,000	1747,500	2075,500
Wilcoxon-W	3849,500	3862,500	4898,000	3517,500	4850,500
U	-,344	-,465	-,278	-1,903	-,327
Asymp. Sig. (2-seitig)	,731	,642	,781	,057	,743

a. Gruppierungsvariable: Geschlecht

Abbildung 14: SPSS Testung Geschlechtsunterschied

Zusammenfassend lässt sich daher feststellen, dass in der vorliegenden Studie keine systematischen Unterschiede in der Bewertung von Verrücktheit, Bedrohlichkeit, Mitleid, Hilfsbereitschaft und Unterstützung des Amputationswunsches in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht oder Bildungsstand fest zu stellen sind.

(H 4, 5) Für die Auswertung der Hypothesen 4 und 5 wurde zunächst eine optische Plausibilitätsprüfung vorgenommen. Wie in der Abbildung 15 zu sehen ist anhand eines Vergleiches der Mediane schon ein Zusammenhang zwischen der vorgegebenen Situation (also dem Ausmaß des Eigenverschuldens) und dem Mitleid und der Hilfsbereitschaft der Befragten ersichtlich.

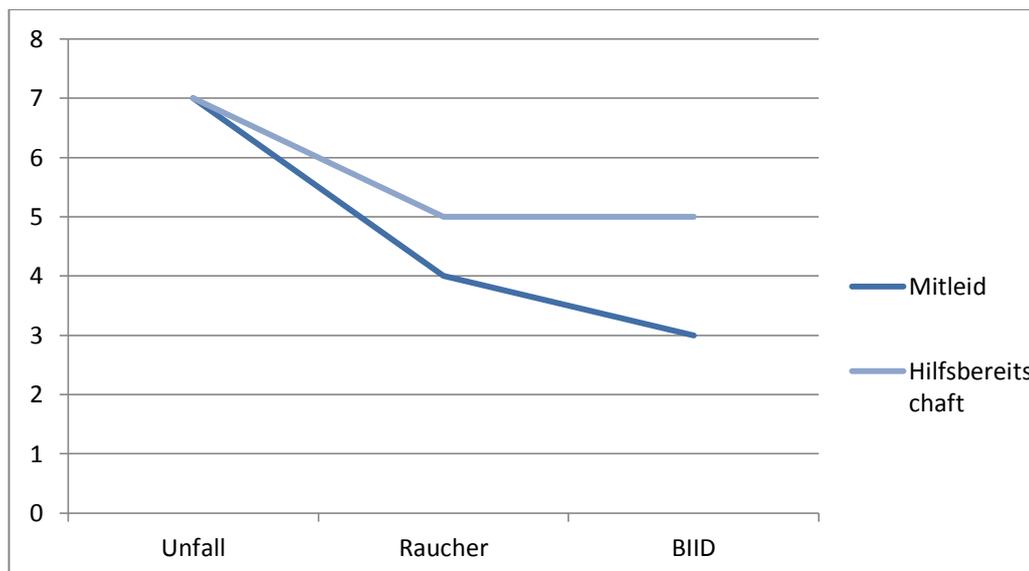


Abbildung 15: Vergleich Mitleid und Hilfsbereitschaft nach Verantwortlichkeit

Es zeigt sich, dass BIID-Patienten weniger mit Mitleid rechnen können, als Amputierte die (eher) unverschuldet amputiert sind. Positiv ist jedoch festzustellen, dass die Hilfsbereitschaft gegenüber dem BIID-Betroffenem

nicht im gleichen Ausmaß eingeschränkt wird.

Tabelle 16: Übersicht Lagemaße Mitleids- und Hilfebewertung

	6a	6b	7a	7b	8a	8b
Q1	6	6	2	4	1	3
MD	7	6	4	5	3	5
Q2	7	7	5	7	5	7
SD ±	1,38	1,3	2	1,8	2,06	2,14

Zur Untersuchung wird die Korrelation zwischen den einzelnen Variablen geprüft. Berichtet werden hier die Zusammenhänge r nach Spearman-Rho (zweiseitig getestet).

Tabelle 17: Korrelationsvergleich Mitleid und Hilfbereitschaft je Beispiel

Mitleid / Hilfsbereitschaft	Unfall	Raucherbein	BIID
Korrelation	$r = ,251$	$r = .268$	$r = .296$
Signifikanz	$p = .001$	$p = .000$	$p = .000$

Das Mitleid und die Hilfsbereitschaft hängen also für alle Fallbeispiele zusammen, auch wenn der Zusammenhang nicht sehr stark ist. Die Hilfsbereitschaft für die einzelnen Fallbeispiele hängen stärker zusammen. Es ist festzustellen, dass für das Mitleid gegenüber den Amputierten Rauchern und dem Mitleid gegenüber dem Unfallopfer ein Zusammenhang besteht, während zwischen dem Mitleid mit dem Unfallopfer und dem BIID-Betroffenem kein Zusammenhang besteht. Dieser Zusammenhang besteht jedoch für den Raucher und den BIID-Betroffenen ($r = .186$ ($p = .003$)).

Der Zusammenhang zwischen der Hilfsbereitschaft für die verschiedenen Fallbeispiele besteht hingegen über alle Vergleiche hinweg und variiert zwischen $r = .413$ ($p = .000$) für den Zusammenhang Autounfall und BIID und $r = .556$ ($p = .000$) für Raucher und BIID. Bringt ein Befragter also einem Unfallopfer Hilfsbereitschaft entgegen, so tut er dies auch eher bei BIID-Betroffenen.

(H6) Vor dem statistischen Test wird zunächst das Antwortverhalten auf beiden Items betrachtet.

Tabelle 18: Antwortverhalten Item 1

1	Menschen, die sich selbst einen Körperteil abtrennen wollen, sind verrückt.							SD	± 2,01
N 132	1	2	3	4	5	6	7	Q1	3
Anzahl	16	14	15	14	31	15	27	MD	5
%	12,1	10,6	11,4	10,6	23,5	11,4	20,5	Q3	6

Aus der Verteilung der Häufigkeiten der Antworten für die Item 1 ergibt sich kein einheitliches Bild. Zwar wählten 55,3% der Befragten ein Urteil jenseits der Skalenmitte und drückten so ihre Zustimmung zu dieser Frage aus und ein Fünftel der Befragten stimmte sogar voll zu. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass 34,1% der Befragten einen Menschen der sich ein Körperteil abtrennen will, nicht für verrückt halten, oder aber indifferent sind (14 Befragte, 10,5%). Für das Vergleichsitem Item 5 ergab sich die Verteilung der antworten wie folgt:

Tabelle 19: Antwortverhalten Item 5

5	Menschen, die eine geschlechtsangleichende Operation wünschen (Transsexuelle), sind verrückt.							SD	±
N 132	1	2	3	4	5	6	7	Q1	1
Anzahl	76	23	13	5	8	0	7	MD	1
%	57,1	17,3	9,8	3,8	6,0	0	5,3	Q3	2,75

Hier ist ganz klar zu erkennen, dass der Wunsch nach einer geschlechtsangleichenden Operation nur von den wenigsten Befragten als „verrückt“ angesehen wird. 84,1% der Befragten gaben in der Tendenz an, dass der Wunsch GID-Betroffener nicht verrückt sei, eine Mehrheit von 57,1% lehnte dies sogar komplett ab. Der Wunsch nach solch einer Operation scheint also akzeptabel zu sein.

Für die Überprüfung der Hypothese über die Gleichbewertung der körperangleichenden Operationen von GID- und BIID-Betroffenen wurden die Korrelationskoeffizienten für ordinale Daten, der Spearman Rangkorrelationskoeffizient Spearman-Rho und Kendalls-Tau, gebildet. Aus der gerichteten Hypothese ergibt sich die Wahl einer einseitigen

Testung. Es ergibt sich für den Zusammenhang zwischen Item 1 und Item 5 bei $N = 132$ eine Korrelation von $r = .302$ auf einem Signifikanzniveau von $p < .001$ (Signifikanz von $p = .000$) für Kendall-Tau-b und eine Korrelation von $r = .362$ auf einem Signifikanzniveau von $p < .001$ (Signifikanz von $p = .000$). Beide Koeffizienten zeigen einen hoch signifikanten, wenn auch nicht sehr großen Zusammenhang zwischen der „Verrücktheit“ von Amputationswünschen an.

(7) Wie bei der Hypothese 6 wird ein positiver Zusammenhang vermutet. Dieser wird mit den Items 12 und 13 des Fragebogens untersucht. Da der postulierte Zusammenhang gerichtet ist erfolgt ein einseitiger Test. Es ergibt sich eine Korrelation von $r = .482$ auf einem Signifikanzniveau von $p < .001$ ($p = .000$) für Kendall-Tau-b und von $r = .574$ auf einem Signifikanzniveau von $p < .001$ ($p = .000$) für Spearman-Rho. Der Zusammenhang kann als bestätigt angenommen werden. Die Befragten stimmen eher zu, dass die Selbstbestimmung über den eigenen Körper auch selbst-schädigendes Verhalten einschließt. Dieser Zusammenhang ist hoch signifikant und von mittlerer Stärke.

(8) Die Hypothese 8 postuliert, dass Personen, die glauben, dass eine Operation den BIID-Betroffenen helfen würde ihre psychische Lage zu verbessern auch eher bereit sind dieses Vorhaben zu unterstützen. Zur Untersuchung wurde der Zusammenhang zwischen den Items 16 und 19 überprüft. Ein einseitiger Korrelationstest ergibt einen Zusammenhang von $r = .162$ auf einem Signifikanzniveau von $p < .001$ ($p = .000$) für Kendall-Tau-b und von $r = .204$ auf einem Signifikanzniveau von $p < .001$ ($p = .000$) für Spearman-Rho. Obwohl also ein positiver Zusammenhang als bestätigt angesehen werden kann ist dieser nicht sehr stark.

7. Diskussion

Durch die Befragung wurden sehr interessante Ergebnisse über die Wahrnehmung von BIID gewonnen. Bereits die Auswertung der explorativen Fragen brachte wichtige Erkenntnisse über die Beurteilung dieses Störungsbildes.

BIID wird als psychische Erkrankung wahrgenommen, fast alle Befragten bewerteten stimmten dem zu. Ein genetischer Einfluss scheint den Befragten unwahrscheinlich. Weiterhin scheint eine Funktionsstörung im Gehirn den Befragten als Ursache plausibel. Es ist aber festzuhalten, dass die Befragten anscheinend keine klaren Vorstellungen zu verschiedenen Störungsbildern haben, denn die wahrgenommene Ähnlichkeit von BIID zu anderen Erkrankungen fiel über die weiteren verwendeten Vergleichsmöglichkeiten hinweg gleichförmig aus. Dies deckt sich mit den Forschungsergebnissen zu Lagentheorien psychischer Erkrankungen (vgl. z.B. Furnham et al., 2011) und zu Studien die zeigen, dass auch bei psychischen Störungen mit hoher Prävalenz Wissensdefizite in der Bevölkerung bestehen (Althaus et al., 2002).

BIID-Betroffene werden von den Befragten unabhängig von Alter, Bildungsstand oder Geschlecht nicht als bedrohlich wahrgenommen. Eine mögliche Erklärung ist hier, dass der Amputationswunsch bei BIID-Betroffenen nur ihn selbst betrifft, er ist innengerichtet. Durch das Fallbeispiel wurde das Bild einer ansonsten normalen, erfolgreichen Person gezeichnet. Dies stimmt überein mit Studien zu den Persönlichkeitsmerkmalen von BIID-Betroffenen, die häufig Leistungsorientiert und daher vielfach erfolgreich im Berufsleben sind (Stirn et al., 2010). In zukünftigen Untersuchungen sollte genauer ermittelt werden, ob trotzdem eine hohe soziale Distanz angestrebt wird oder ob sich dieses Ergebnis auch auf die soziale Distanz überträgt. Einen noch höheren Erkenntnisgewinn könnte aber durch die Variation der Normkonformität des BIID-Beispiels erreicht werden. Durch die starke, ablehnende Reaktion der Probanden im Pretest wurde für diese Befragung die sexuelle Komponente der BIID ausgelassen, da in dieser Studie die Beurteilung des Amputationswunsches zentral war.

Entsprechend wurde BIID von den Befragten nicht als Form von Fetischismus betrachtet. Für zukünftige Studien würde sich daher der Vergleich der Wahrnehmung von BIID in Abhängigkeit vom Vorhandensein einer sexuellen Komponente anbieten.

In ihrer Umfrage mit N = 1426 zur Bewertung von Depression in der Allgemeinbevölkerung fanden (Althaus et al., 2002) zum Beispiel heraus, dass eine Psychotherapie von 80% der Befragten als geeignete Behandlungsmethode angesehen wird und schließen auf eine hohe Akzeptanz von Psychotherapie in diesem Kontext. Einer medikamentösen Behandlung wird hingegen mit Skepsis begegnet, der Informationsstand ist gering und Wirkungen und Nebenwirkungen werden falsch eingeschätzt. In dieser Studie weisen die Ergebnisse in die gleiche Richtung, die Befragten lehnen die Verwendung von Psychopharmaka zur Unterdrückung des Amputationswunsches eher ab, circa ein Viertel enthielt sich. Eine Psychotherapie als Behandlungsmöglichkeit des Amputationswunsches findet jedoch breite Zustimmung. Ist der BIID-Betroffene kurz davor, seinen Amputationswunsch in die Tat umzusetzen plädieren 58,6% der Befragten dafür ihn in einer offenen Rehabilitationseinrichtung zu betreuen. Der Einweisung in eine geschlossene psychiatrische Einrichtung stehen 53% der Befragten ablehnend gegenüber. Stünde eine freiwillige Operation den BIID-Betroffenen zur Verfügung (was in Deutschland aufgrund der rechtlichen Gegebenheiten nicht möglich ist) so gibt der größte Teil der Befragten an, dass der Allgemeinheit dadurch keine Kosten entstehen dürfen. 40,6% der Befragten lehnten eine Übernahme der Operationskosten sogar absolut ab. Es bleibt also festzuhalten, dass die Befragten eine freiwillige Operation monetär nicht unterstützen wollen. Wenn es jedoch darum geht, einen BIID-Betroffenen in seinem Operationswunsch allgemein zu unterstützen, so zeigt sich ein wesentlich unentschiedeneres Bild. Es ist keine zentrale Tendenz erkennbar, und 15,2% gaben keine Tendenz an. Zum einen ist diese Frage ethisch aufgeladen, zum anderen kann es sein, dass die Unterstützung höher ausfallen würde, wenn eine Operation die einzige effektive Behandlungsmethode wäre. Dies könnte in zukünftigen

Untersuchungen durch eine Variation der Fallbeschreibung überprüft werden.

Für die Forschungsfrage nach der Akzeptanz von BIID-Betroffenen sind auch das Mitleid mit dem Betroffenen und die Hilfsbereitschaft von zentralem Interesse. In dieser Studie zeigt sich, dass das Mitleid für eine selbsterbeigeführte Amputation im Kontrast zu den Vergleichsbedingungen der unverschuldeten oder der anteiligverschuldeten Amputation am geringsten ist. Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Eigenverantwortlichkeit und dem entgegengebrachtem Mitleid. Dieser Zusammenhang zeigt sich auch für die Hilfsbereitschaft, allerdings weniger stark. Die Befragten sind, obwohl sie wenig Mitleid mit einer selbstverschuldeten Amputation angeben, zu 55,2% bereit, ihre Hilfe anzubieten.

Es konnte kein Unterschied in der Bewertung der untersuchten Items 1, 2, 8a, 8b und 16 in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter oder Bildungsstand festgestellt werden. Dazu ist allerdings zu bemerken, dass die Alterskategorie der 18-29-jährigen sowie die Gruppe der Befragten mit einem Bildungsabschluss höher als die Fachhochschulreife deutlich überrepräsentiert waren. Diese Hypothesen sollten daher mit einer größeren, repräsentativen Stichprobe erneut überprüft werden.

7.1. Kritische Reflexion

Im Rahmen dieser Arbeit wurde aus ökonomischen Gründen auf eine Zufallsstichprobe gezogen. Um die Akzeptanz von der Allgemeinbevölkerung gegenüber BIID messen zu können, bedarf es einer größeren Stichprobe als $N = 133$, die nach dem Zufallsprinzip aus der Gesamtheit der Bevölkerung ausgewählt wird.

Für weitere Untersuchungen sollte eine Verbesserung des Instrumentes vorgenommen werden, um extreme Tendenzen zu vermeiden. Ein Intervallskalenniveau sollte angestrebt werden, um eine genauere statistische Auswertung zu ermöglichen. Bei der Erstellung des Instruments wurde die Anordnung der Fragen nicht ideal gewählt. Einzelne

Fragen könnten das Antwortverhalten (siehe zum Beispiel: Frage 12 und 13) gegenüber die darauffolgende Frage beeinflusst haben. In zukünftige Untersuchungen sollte die Reihenfolge der Fragen variiert werden. Weiterhin ist anzumerken, dass die Angaben zum Familienstand um eine weitere Option „in dauerhafte Beziehung“ ergänzt werden sollte. Probanden, die in eine dauerhafte Beziehung waren, jedoch nicht offiziell verheiratet, gaben überwiegend „ledig“ zu sein an.

7.2. Fazit

BIID wird anhand des Fallbeispiels von den Befragten als psychische Krankheit identifiziert. Bezüglich der Akzeptanz lässt sich festhalten, dass die Befragten einem freiwillig Amputierten wenig Mitleid entgegenbringen, vor allem im Vergleich zu einem unverschuldet Amputiertem oder jemandem, der nur indirekt zu seiner Amputation beigetragen hat. Sie sind unentschieden, ob der Amputationswunsch von BIID-Betroffenen unterstützt werden sollte. Diejenigen Befragten, die stark zustimmen bei der Selbstbestimmung über den eigenen Körper sind jedoch auch eher der Ansicht, dass diese Freiheit selbstverletzendes Verhalten mit einbezieht. Dem Betroffenen steht dieses Recht zu, bei den durchführenden Medizinerinnen sind sich die Befragten jedoch uneinig.

Einigkeit herrscht jedoch darüber, dass die Kosten dafür nicht von der Allgemeinheit zu tragen wären. Hat der Betroffene schon eine Operation durchführen lassen, so sind sie aber eher zur Hilfe bereit, wenn auch weniger ausgeprägt als gegenüber einer Person, die unverschuldet behindert ist. Bedroht fühlen von sich von einem BIID-Betroffenen die wenigsten, 82,8% der Befragten empfinden keine Bedrohlichkeit. Diese Ergebnisse sind sehr relevant für die Forschung, aber auch für die BIID-Betroffenen. Diese Ergebnisse müssen aber noch in einer größer angelegten Studie verifiziert werden.

Quellenverzeichnis

- Alexander Law Group, LLP. *Lifecare planning for the bk amputee: future medical costs*. Retrieved from <http://www.alexanderinjury.com/library-piwd-19/>
- Althaus, D., Stefanek, J., Hasford, J., & Hegerl, U. (2002). Wissensstand und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, *73*(7), 659–664. doi:10.1007/s00115-002-1321-4
- Angermeyer, M. C., Beck, M., Dietrich, S., & Holzinger, A. (2004). The Stigma of Mental Illness: Patients' Anticipations and Experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, *50*(2), 153–162. doi:10.1177/0020764004043115
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 163–179. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*(4), 304–309. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x
- Bayne, T., & Levy, N. (2005). Amputees By Choice: Body Integrity Identity Disorder and the Ethics of Amputation. *Journal of Applied Philosophy*, *22*(1).
- Berger, B. D., Lehrmann, J. A., Larson, G., Alverno, L., & Tsao, C. I. (2005). Nonpsychotic, nonparaphilic self-amputation and the internet. *Comprehensive Psychiatry*, *46*(5), 380–383. doi:10.1016/j.comppsy.2004.12.003
- Blanke, O., Mergenthaler, F. D., Brugger, P., & Overney, L. S. (2009). Preliminary evidence for a fronto-parietal dysfunction in able-bodied participants with a desire for limb amputation. *Journal of Neuropsychology*, *3*(2), 181–200. doi:10.1348/174866408X318653
- Blom, R. M., Hennekam, R. C., Denys, D., & Harrison, B. J. (2012). Body Integrity Identity Disorder. *PLoS ONE*, *7*(4), e34702. doi:10.1371/journal.pone.0034702
- Brang, D., McGeoch, P. D., & Ramachandran, V. S. (2008). Apotemnophilia: a neurological disorder. *NeuroReport*, *19*(13), 1305–1306. doi:10.1097/WNR.0b013e32830abc4d
- Bridy, A. (2004). Confounding Extremities: Surgery at the Medico-ethical Limits of Self-Modification. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, *32*(1), 148–158. doi:10.1111/j.1748-720X.2004.tb00460.x
- Brugger, P., Lenggenhager, B., & Giummarra, M. J. (2013). Xenomelia: A Social Neuroscience View of Altered Bodily Self-Consciousness. *Frontiers in Psychology*, *4*. doi:10.3389/fpsyg.2013.00204

- Bruno, R. L. (1997). Devotees, Pretenders and Wannabes: Two Cases of Factitious Disability Disorder. *Sexuality and Disability*, 15(4), 243–260.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(1), 65–72. doi:10.1192/apt.6.1.65
- Corrigan, P. W. (2002). Challenging Two Mental Illness Stigmas:: Personal Responsibility and Dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, (28(2)), 293–309.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. doi:10.1093/clipsy.9.1.35
- Couture, S. M., & Penn, D. L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12(3), 291–305.
- Crisp, Rowlands A. H., Gelder, M. G., Rix Susannah, Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 4–7.
- First, M. B. (2005). Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder. *Psychological Medicine*, 35(6), 919–928. doi:10.1017/s0033291704003320
- Fisher, C. E., & First, M. B. (2011). Examining the “Neuro-” in Neurodiversity: Lessons from Body Integrity Identity Disorder. *AJOB Neuroscience*, 2(3), 68–70. doi:10.1080/21507740.2011.584952
- Furnham, A., Kirkby, V., & McClelland, A. (2011). Non-expert's theories of three major personality disorders. *Personality and Mental Health*, 5(1), 43–56. doi:10.1002/pmh.150
- Giummarra, M. J., Bradshaw, J. L., Nicholls, Michael E. R., Hilti, L. M., & Brugger, P. (2011). Body Integrity Identity Disorder: Deranged Body Processing, Right Fronto-Parietal Dysfunction, and Phenomenological Experience of Body Incongruity. *Neuropsychology Review*, 21(4), 320–333. doi:10.1007/s11065-011-9184-8
- Gross, D. (Ed.). (2008). *Schriftenreihe Humandiskurs - Medizinische Herausforderungen in Geschichte und Gegenwart: [Bd. 2]. Normal - anders - krank?: Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin*. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.
- Hilti, L. M., Hanggi, J., Vitacco, D. A., Kraemer, B., Palla, A., Luechinger, R., . . . Brugger, P. (2013). The desire for healthy limb amputation: structural brain correlates and clinical features of xenomelia. *Brain*, 136(1), 318–329. doi:10.1093/brain/aws316
- Hoffmann-Richter, U. (2003). Die Stigmatisierung psychisch Kranker ist Teil unserer Kultur. Ein Aufruf zu ihrer Erforschung [The stigmatisation of the psychiatrically sick is part of our culture]. *Psychiatrische Praxis*, 30(7), 353–354. doi:10.1055/s-2003-43252
- Johnston, J., & Elliott, C. (2002). Healthy limb amputation: ethical and legal aspects. *Clinical Medicine*, 2(5), 431–435. doi:10.7861/clinmedicine.2-5-431

- Kardorff, E. v. (2010). Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen. In U. Hormel & A. Scherr (Eds.), *Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse* (1st ed., pp. 279–305). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften in GWV Fachverlage GmbH.
- Kasten, E., & Stirn, A. Body Integrity Identity Disorder (BIID). Wechselnder Amputationswunsch vom linken auf das rechte Bein: [Body identity integrity disorder (BIID): Change of wish for amputation from left to right leg]. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 2009(57).
- Kasten, E. *ICD-Vorschlag*. Retrieved from <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorschlaege/vorschlaege2012/019-bodyintegritydisorder-kasten.pdf>
- Kasten, E. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze [Body Integrity Identity Disorder (BIID): interrogation of patients and theories for explanation]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 77(1), 16–24. doi:10.1055/s-0028-1100837
- Khalil, R. B., & Richa, S. (2012). Apotemnophilia or Body Integrity Identity Disorder: A Case Report Review. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*, 11(4), 313–319. doi:10.1177/1534734612464714
- Kröger, K., Schnell, T., & Kasten, E. (2014). Effects of psychotherapy on patients suffering from Body Integrity Identity Disorder (BIID). *American Journal of Applied Psychology*, 3(5), 110–115. doi:10.11648/j.ajap.20140305.11
- Langer, A. (2010a). *Selbstgewollte Amputation: "Als ob man einen Schalter im Gehirn umlegt"*. Retrieved from http://www.t-online.de/nachrichten/wissen/id_42072456/biid-syndrom-selbstgewollte-amputation.html
- Langer, A. (2010b). *Selbstgewollte Amputation: "Als ob man einen Schalter im Gehirn umlegt"*. Retrieved from <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/selbstgewollte-amputation-als-ob-man-einen-schalter-im-gehirn-umlegt-a-702406.html>
- Lawrence, A. A. (2006). Clinical and Theoretical Parallels Between Desire for Limb Amputation and Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 35(3), 263–278. doi:10.1007/s10508-006-9026-6
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2014). Mental Illness Stigma and the Sociology of Mental Health. In R. J. Johnson, R. J. Turner, & B. G. Link (Eds.), *SpringerBriefs in Sociology. Sociology of Mental Health* (pp. 75–100). Cham: Springer International Publishing.
- McGeoch, P. D., Brang, D., Song, T., Lee, R. R., Huang, M., & Ramachandran, V. S. (2011). Xenomelia: a new right parietal lobe syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82(12), 1314–1319. doi:10.1136/jnnp-2011-300224

- Money, J., Jobaris, R., & Furth, G. (1977). Apotemnophilia: Two Cases of Self-Demand Amputation as a Paraphilia. *The Journal of Sex Research*, 13(2), 11–125.
- Müller, S. (2008). Body Integrity Identity Disorder (BIID) - Ist der Amputationswunsch eine autonome Entscheidung oder Ausdruck einer neurologischen Störung. In D. Gross (Ed.), *Schriftenreihe Humandiskurs - Medizinische Herausforderungen in Geschichte und Gegenwart: [Bd. 2]. Normal - anders - krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin* (pp. 229–262). Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.
- Müller, S. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID): Is the Amputation of Healthy Limbs Ethically Justified? *The American Journal of Bioethics*, 9(1), 36–43. doi:10.1080/15265160802588194
- Neff, D., & Kasten, E. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID):: What do health care professionals know? *European Journal of Counselling Psychology*,
- Patrone, D. (2009). Disfigured anatomies and imperfect analogies: body integrity identity disorder and the supposed right to self-demanded amputation of healthy body parts. *Journal of Medical Ethics*, 35(9), 541–545. doi:10.1136/jme.2009.029256
- Porst, R. (2011). Fragebogen: Ein Arbeitsbuch. *Fragebogen*,
- Ramachandran, V. S., & McGeoch, P. (2007). Can vestibular caloric stimulation be used to treat apotemnophilia? *Medical Hypotheses*, 69(2), 250–252. doi:10.1016/j.mehy.2006.12.013
- Rauchfleisch, U. (2014). Transsexualität - Transidentität: Begutachtung, Begleitung, Therapie. *Transsexualität - Transidentität*,
- Rüsch, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen . *Psychiatrische Praxis*, 32, 221–232.
- Rüsch, N. (2010). Reaktionen auf das Stigma psychischer Erkrankung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(4), 287–297. doi:10.1024/1661-4747/a000039
- Ryan, C. J. (2009). Out on a Limb: The Ethical Management of Body Integrity Identity Disorder. *Neuroethics*, 2(1), 21–33. doi:10.1007/s12152-008-9026-4
- Schäfer, T. (2011). *Statistik. Basiswissen Psychologie*. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Schramme, T. (2006). Freiwillige Verstümmelung. Warum eigentlich nicht? In J. S. Ach & A. Pollmann (Eds.), *Edition Moderne Postmoderne. No body is perfect. Baumassnahmen am menschlichen Körper, bioethische und ästhetische Aufrisse* (p. 163). Bielefeld: Transcript.
- Sedda, A. (2011). Body Integrity Identity Disorder: From A Psychological to A Neurological Syndrome. *Neuropsychology Review*, 21(4), 334–336. doi:10.1007/s11065-011-9186-6

- Sedda, A., & Bottini, G. (2014). Apotemnophilia, body integrity identity disorder or xenomelia? Psychiatric and neurologic etiologies face each other. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *10*, 1255–1265. doi:10.2147/NDT.S53385
- Skoruppa, S. (2011). *Body Integrity Identity Disorder - Der Wunsch körperbehindert zu sein: Eine fMRT Studie* (Dissertation). Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main.
- Smith, R. (2009). Body Integrity Identity Disorder: The Surgeon's Perspective. In A. Stirn (Ed.), *Body integrity identity disorder. Psychological, neurobiological, ethical and legal aspects* (pp. 41–48.). Lengerich, Berlin, Bremen, Miami, Fla., Riga, Viernheim, Wien, Zagreb: Pabst Science Publ.
- Stadler, S. M. (2010). Einstellungen und Soziale Distanz gegenüber psychisch Kranken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *58*(4), 265–273. doi:10.1024/1661-4747/a000037
- Stirn, A., Thiel, A., & Oddo, S. (Eds.). (2010). *Body Integrity Identity Disorder (BIID): Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze* (1. Aufl). Weinheim, Basel: Beltz.
- Thiel, J. (2010). Kognitive-verhaltenstherapeutische Erklärungsansätze. In A. Stirn, A. Thiel, & S. Oddo (Eds.), *Body Integrity Identity Disorder (BIID). Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze* (1st ed., pp. 45–56). Weinheim, Basel: Beltz.
- Tjong, S. (2012). *Wie die Bettelmafia aus Mitleid Geld macht*. Retrieved from http://www.focus.de/panorama/welt/tid-27441/bettelmafia-wenn-leid-und-mitleid-von-menschen-ausgenutzt-werden_aid_825113.html
- Unbekannt. (ohne Jahr). *Das Bündnis für psychisch erkrankte Menschen: Gegen Diskriminierung psychisch Kranker*.
- Unbekannt. (2009). *BIID-Syndrom: Australier lässt verhasstes Bein amputieren*. Retrieved from http://www.focus.de/panorama/welt/biid-syndrom-australier-laesst-verhasstes-bein-amputieren_aid_393517.html
- Unbekannt. (2014). «*Das Jenke-Experiment*» bei RTL: *Jenke von Wilmsdorff lässt sich an Rollstuhl fesseln*. Retrieved from <http://www.news.de/tv/855514346/jenke-experiment-heute-live-in-tv-und-stream-bei-rtl-inside-rtl-reporter-jenke-von-wilmsdorff-laesst-sich-an-rollstuhl-fesseln/2/>
- van Dijk, Milenna T., van Wingen, Guido A., van Lammeren, A., Blom, R. M., de Kwaasteniet, Bart P., Scholte, H. S., . . . Tsakiris, M. (2013). Neural Basis of Limb Ownership in Individuals with Body Integrity Identity Disorder. *PLoS ONE*, *8*(8), e72212. doi:10.1371/journal.pone.0072212

Anhang

Inhaltsübersicht

1. Fragebogen	X
2. Antwortverteilung explorative Frage 2, Items 20-29	XV
3. Antwortverteilung explorative Frage 6, Items 30,31,32	XVI
4. Antwortverteilung explorative Frage 7, Items 14,15, 17	XVII
5. Antwortverteilung explorative Frage 12, Items 18, 34, 35	XVII
6. Ergebnisse der Statistischen Analyse H1,2 &3	XIX
7. Ergebnisse der Statistischen Analyse H4 & 5	XXII
8. Ergebnisse der Statistischen Analyse H6	XXIII
9. Ergebnisse der Statistischen Analyse H7	XXIII
10. Ergebnisse der Ergebnisse der Statistischen Analyse H8	XXIV
Eigenständigkeitserklärung	XXV

1. Fragebogen



Umfrage zu dem Thema **Body Integrity Identity Disorder** dt.: Körper-Integritätsidentitäts-Störung

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen mehrerer Forschungsprojekte versuchen Prof. Dr. Erich Kasten und Prof. Dr. Thomas Schnell schon seit mehreren Jahren an der Medical School Hamburg eine Störung mit der Bezeichnung „BIID“ näher zu erforschen. Es handelt sich hierbei um eine Körper-Integritätsstörung. Ich führe im Rahmen dieses Gesamtprojektes nun eine Studie durch, in der die Einstellung der Bevölkerung zu dem Wunsch nach Amputation erfragt werden soll.

Anhand eines kurzen Fallbeispiels sollen Sie einige Fragen beantworten. Die Daten dienen nicht nur der weiteren Erforschung des BIID-Phänomens, sondern auch mir zur Erarbeitung meiner Bachelorarbeit über dieses Thema. Daher wäre ich Ihnen sehr zu Dank verpflichtet, wenn Sie sich 10 min. Zeit nehmen und die anhängenden Fragen beantworten würden.

Vielen Dank im Voraus
Sabur Safi

Fallbeispiel

Ein Mensch, im weiteren Text als „B“ bezeichnet, sucht professionelle Hilfe. Diese Person wünscht sich eine Amputation des linken Beins etwa 25 cm oberhalb seines Knies. B. selbst kann sich diese „verrückte“ Idee nicht erklären und ist aufgrund dieses seltsamen Dranges seit Jahren stark besorgt.

Die Person erlebte schon seit der Kindheit das Gefühl, dass ihr linkes Bein nicht zu ihr gehört, obwohl diese Extremität voll funktionsfähig ist. B. geht joggen, fährt Fahrrad und betreibt andere Sportarten. Wenn B. sich auf das linke Bein konzentriert, kann die gewünschte Amputationsstelle genau gefühlt werden. Die Person äußert den Wunsch nach einer Amputation des Beines, um den eigenen Körper der inneren, mentalen Körperwahrnehmung anzupassen.

Person B. hat einen Universitätsabschluss, arbeitet in einer leitenden Position und lebt zurzeit ohne feste Beziehung

Zuhause wird manchmal auf Krücken simuliert, wie es mit einem amputierten Bein wäre. Die Nachteile einer Beinamputation sind völlig bewusst, B. sinnt darüber schon seit Jahren nach. Diese Gedanken sind es auch, warum B. eine Amputation bis heute nicht in die Tat umgesetzt hat.

Der Wunsch nach einer Amputation des Beines ist aber so beherrschend, dass B. kurz davor steht, eine Reise ins Ausland zu buchen. Dort gibt es Ärzte, die eine solche Operation gegen Geld durchführen.

1. Menschen, die sich selbst einen Körperteil abtrennen wollen, sind verrückt.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Stimme gar nicht zu Stimme voll zu

2. Von Menschen, die sich selbst einen Körperteil abtrennen wollen, fühle ich mich bedroht.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Nein Ja

3. Glauben Sie, dass finanzielle Aspekte bei dem Wunsch nach Amputation eine Rolle spielen. (z.B. Bezug von Invalidenrente, Unfallversicherung ...)?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Nein Ja, bestimmt

4. Glauben Sie, dass Menschen, die eine Selbstamputation wünschen pervers sind?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Gar nicht Ja, bestimmt

5. Menschen, die eine geschlechtsangleichende Operation wünschen (Transsexuelle), sind verrückt

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Stimme gar nicht zu Stimme voll zu

6. Sie sehen eine Person, die aufgrund eines unverschuldeten Auto-Unfalls beinamputiert ist

A) Haben Sie Mitleid mit der Person?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Nein Ja

B) Sind Sie zur Hilfe bereit?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Nein Ja

7. Sie sehen eine Person, deren Bein aufgrund von Rauchen amputiert werden musste (sog. „Raucherbein“)

A) Haben Sie Mitleid mit der Person?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Nein Ja

B) Sind Sie zur Hilfe bereit?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Nein Ja

8. Sie sehen eine Person, die aufgrund von BIID die Beinamputation selbst hat herbeiführen lassen

A) Haben Sie Mitleid mit der Person?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Nein Ja

B) Sind Sie zur Hilfe bereit?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Nein Ja

9. Sollten die Operationskosten der Beinamputation für Person B von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Nein Ja

10. Sollten die Krankenversicherung für die Folgekosten nach der Beinamputation (Postoperativen Kosten, z.B. Schmerzbehandlung, Kosten für Prothese, Krücken, ggf. Arbeitsausfall usw.) für Person B aufkommen müssen?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Nein Ja

11. Glauben Sie dass die Anzahl der Wünsche nach solchen Amputationen zunehmen würde, wenn die Krankenversicherung alle Kosten übernehmen würde?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Nein Ja

12. Jeder Mensch sollte selbst uneingeschränkt über seinen eigenen Körper entscheiden.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Stimme gar nicht zu Stimme voll zu

13. Jeder Mensch sollte selbst uneingeschränkt über seinen eigenen Körper entscheiden, auch wenn er/sie sich eine Verstümmelung des eigenen Körpers wünscht.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Stimme gar nicht zu Stimme voll zu

14. Eine von BIID - Betroffene Person, die kurz davor steht, die Amputation durchführen zu lassen, sollte in eine geschlossene Psychiatrie eingewiesen werden.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Stimme gar nicht zu Stimme voll zu

15. Eine von BIID- Betroffene Person, die kurz davor steht, die Amputation durchführen zu lassen, sollte in einer offenen psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung untergebracht werden.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Stimme gar nicht zu Stimme voll zu

16. BIID- Betroffene, die sich sehnlichst eine Amputation von einem Körperteil wünschen, sollten unterstützt werden.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Stimme gar nicht zu Stimme voll zu

17. Die Amputation sollte verhindert werden und Person B sollte notfalls auch durch Gerichtsbeschluss/Staatsgewalt vor sich selbst beschützt werden.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Stimme gar nicht zu Stimme voll zu

18. Sollte ein Arzt nach eigenem Ermessen entscheiden dürfen, ob er einen gesunden Körperteil amputiert?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
NeinJa

19. Können Sie sich vorstellen, dass Person B. durch die Amputation Selbstwertgefühl, Freude und psychische Gesundheit steigert?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
NeinJa

20. Der Amputationswunsch bei BIID- Betroffenen ist eine Form von Fetischismus.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Stimme nicht zuStimme zu

21. Der Amputationswunsch bei BIID- Betroffenen ist eine Funktionsstörung des Gehirns.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Stimme nicht zuStimme zu

22. Der Amputationswunsch bei BIID- Betroffenen ist eine Sonderform von Schizophrenie

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Stimme nicht zuStimme zu

23. Der Amputationswunsch bei BIID- Betroffenen ist eine Störung des Gefühlslebens.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Stimme nicht zuStimme zu

24. Der Amputationswunsch bei BIID- Betroffenen ist eine Form von Neurose.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Stimme nicht zuStimme zu

25. Der Amputationswunsch bei BIID- Betroffenen ist eine Zwangsstörung.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Stimme nicht zuStimme zu

26. Der Amputationswunsch bei BIID- Betroffenen ist eine Persönlichkeitsstörung.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Stimme nicht zuStimme zu

27. Können Sie sich vorstellen, dass der Amputationswunsch der oben beschriebenen Person B. genetisch bedingt ist?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
NeinJa

28. Können Sie sich vorstellen, dass der Amputationswunsch von Person B. eine psychische Ursache hat?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
NeinJa

29. Können Sie sich vorstellen, dass der Amputationswunsch von Person B. eine neurologische Ursache hat?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
NeinJa

30. Finden Sie, dass Person B. mit Psychotherapie behandelt werden sollte?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
NeinJa

2. Antwortverteilung explorative Frage 2, Items 20-29

Ähnlichkeit der BIID zu anderen Störungen

		Funktions- störung Gehirn	Schizo- phrenie	Gefühls- leben	Neurose	Zwangs- störung	Persönlich- keitsstörung	Genetisch	Psychisch	Neurologisch
1	29	6	23	3	20	13	13	62	2	12
2	20	6	9	7	10	7	9	13	1	5
3	14	12	19	6	9	9	4	15	5	7
4	26	31	40	32	46	33	27	23	9	24
5	17	13	19	22	19	26	22	9	6	24
6	12	29	11	32	18	23	36	4	34	25
7	15	35	11	31	11	21	22	6	76	35
Lagemaße										
SD	2,01	1,74	1,78	1,56	1,78	1,79	1,84	1,80	1,31	1,86
Q1	2	4	3	4	3	4	4	1	6	4
MD	4	5	4	5	4	5	5	2	7	5
Q3	5	7	5	6	5	6	6	4	7	7
Varianz	4,03	3,04	3,18	2,43	3,17	3,21	3,39	3,24	1,70	3,46

3. Antwortverteilung explorative Frage 6, Items 30,31,32

Statistiken

		Fr30_Psychot herapie	Fr31_Effizienz _Psychothera pie	Fr32_Psycho pharmaka
N	Gültig	133	132	132
	Fehlend	0	1	1
Mittelwert		5,8195	5,2273	3,7273
Median		7,0000	5,0000	4,0000
Modalwert		7,00	7,00	4,00
Standardabweichung		1,57555	1,66046	1,91455
Varianz		2,482	2,757	3,666
Perzentile	25	5,0000	4,0000	2,0000
	50	7,0000	5,0000	4,0000
	75	7,0000	7,0000	5,0000

Fr30_Psychotherapie

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Stimme gar nicht zu	5	3,8	3,8	3,8
	2	1	,8	,8	4,5
	3	5	3,8	3,8	8,3
	4	16	12,0	12,0	20,3
	5	15	11,3	11,3	31,6
	6	24	18,0	18,0	49,6
	Stimme voll zu	67	50,4	50,4	100,0
	Gesamtsumme	133	100,0	100,0	

Fr31_Effizienz_Psychotherapie

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Stimme gar nicht zu	7	5,3	5,3	5,3
	2	4	3,0	3,0	8,3
	3	3	2,3	2,3	10,6
	4	27	20,3	20,5	31,1
	5	27	20,3	20,5	51,5
	6	25	18,8	18,9	70,5
	Stimme voll zu	39	29,3	29,5	100,0
	Gesamtsumme	132	99,2	100,0	
Fehlend	System	1	,8		
Gesamtsumme		133	100,0		

Fr32_Psychopharmaka

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Stimme gar nicht zu	24	18,0	18,2	18,2
	2	16	12,0	12,1	30,3
	3	15	11,3	11,4	41,7
	4	35	26,3	26,5	68,2
	5	16	12,0	12,1	80,3
	6	11	8,3	8,3	88,6
	Stimme voll zu	15	11,3	11,4	100,0
	Gesamtsumme	132	99,2	100,0	
Fehlend	System	1	,8		
Gesamtsumme		133	100,0		

4. Antwortverteilung explorative Frage 7, Items 14,15, 17

Statistiken

		Fr14_Einweisung_Psychatrie	Fr15_Offene_Rehabilitationseinrichtung	Fr17_Gesetzlicher_Selbstschutz_Amputationsvermeidung
N	Gültig	132	133	132
	Fehlend	1	0	1
Mittelwert		3,4621	4,7669	3,7652
Median		3,0000	5,0000	4,0000
Modalwert		4,00	7,00	1,00
Standardabweichung		1,87146	1,98817	2,08908
Varianz		3,502	3,953	4,364
Perzentile	25	2,0000	4,0000	2,0000
	50	3,0000	5,0000	4,0000
	75	4,7500	7,0000	5,0000

Fr14_Einweisung_Psychatrie

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Stimme gar nicht zu	23	17,3	17,4	17,4
	2	24	18,0	18,2	35,6
	3	23	17,3	17,4	53,0
	4	29	21,8	22,0	75,0
	5	12	9,0	9,1	84,1
	6	6	4,5	4,5	88,6
	Stimme voll zu	15	11,3	11,4	100,0
	Gesamtsumme	132	99,2	100,0	
Fehlend	System	1	,8		
Gesamtsumme		133	100,0		

Fr15_Offene_Rehabilitationseinrichtung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Stimme gar nicht zu	15	11,3	11,3	11,3
	2	9	6,8	6,8	18,0
	3	5	3,8	3,8	21,8
	4	26	19,5	19,5	41,4
	5	21	15,8	15,8	57,1
	6	22	16,5	16,5	73,7
	Stimme voll zu	35	26,3	26,3	100,0
	Gesamtsumme	133	100,0	100,0	

Fr17_Gesetzlicher_Selbstschutz_Amputationsvermeidung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Stimme gar nicht zu	26	19,5	19,7	19,7
	2	17	12,8	12,9	32,6
	3	22	16,5	16,7	49,2
	4	18	13,5	13,6	62,9
	5	17	12,8	12,9	75,8
	6	10	7,5	7,6	83,3
	Stimme voll zu	22	16,5	16,7	100,0
	Gesamtsumme	132	99,2	100,0	
Fehlend	System	1	,8		
Gesamtsumme		133	100,0		

5. Antwortverteilung explorative Frage 12, Items 18, 34, 35

Statistiken

		Fr18_Ermessen_durch_Mediziner	Fr33_Strafrechtliche_Verfolgung_Betroffener	Fr34_Strafrechtliche_Verfolgung_Mediziner
N	Gültig	133	133	133
	Fehlend	0	0	0
Mittelwert		3,3985	2,1278	3,6767
Median		3,0000	1,0000	4,0000
Modalwert		1,00	1,00	1,00
Standardabweichung		2,33530	1,66703	2,24806
Varianz		5,454	2,779	5,054
Perzentile	25	1,0000	1,0000	1,0000
	50	3,0000	1,0000	4,0000
	75	5,0000	3,0000	6,0000

Fr18_Ermessen_durch_Mediziner

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Stimme gar nicht zu	49	36,8	36,8	36,8
	2	13	9,8	9,8	46,6
	3	9	6,8	6,8	53,4
	4	17	12,8	12,8	66,2
	5	13	9,8	9,8	75,9
	6	7	5,3	5,3	81,2
	Stimme voll zu	25	18,8	18,8	100,0
	Gesamtsumme	133	100,0	100,0	

Fr33_Strafrechtliche_Verfolgung_Betroffener

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Stimme gar nicht zu	76	57,1	57,1	57,1
	2	19	14,3	14,3	71,4
	3	10	7,5	7,5	78,9
	4	14	10,5	10,5	89,5
	5	6	4,5	4,5	94,0
	6	3	2,3	2,3	96,2
	Stimme voll zu	5	3,8	3,8	100,0
	Gesamtsumme	133	100,0	100,0	

Fr34_Strafrechtliche_Verfolgung_Mediziner

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Stimme gar nicht zu	36	27,1	27,1	27,1
	2	16	12,0	12,0	39,1
	3	14	10,5	10,5	49,6
	4	16	12,0	12,0	61,7
	5	15	11,3	11,3	72,9
	6	12	9,0	9,0	82,0
	Stimme voll zu	24	18,0	18,0	100,0
	Gesamtsumme	133	100,0	100,0	

6. Ergebnisse der Statistischen Analyse H1,2 &3

1. Geschlecht :

Ränge

	Geschlecht	H	Mittlerer Rang	Summe der Ränge
Fr1_BIID_Verrückt	Männlich	59	65,25	3849,50
	Weiblich	73	67,51	4928,50
	Gesamtsumme	132		
Fr2_BIID_Bedrohung	Männlich	59	65,47	3862,50
	Weiblich	74	68,22	5048,50
	Gesamtsumme	133		
Fr8a_BIID_Amputation_Hilfe	Männlich	59	68,02	4013,00
	Weiblich	74	66,19	4898,00
	Gesamtsumme	133		
Fr8b_BIID_Hilfe	Männlich	59	59,62	3517,50
	Weiblich	73	72,06	5260,50
	Gesamtsumme	132		
Fr16_Unterstützung_Amputation	Männlich	58	67,72	3927,50
	Weiblich	74	65,55	4850,50
	Gesamtsumme	132		

Teststatistiken^a

	Fr1_BIID_Verrückt	Fr2_BIID_Bedrohung	Fr8a_BIID_Amputation_Hilfe	Fr8b_BIID_Hilfe	Fr16_Unterstützung_Amputation
Mann-Whitney-U-Test	2079,500	2092,500	2123,000	1747,500	2075,500
Wilcoxon-W	3849,500	3862,500	4898,000	3517,500	4850,500
U	-,344	-,465	-,278	-,903	-,327
Asymp. Sig. (2-seitig)	,731	,642	,781	,057	,743

a. Gruppierungsvariable: Geschlecht

2. Alter:

Teststatistiken^{a,b}

	Fr1_BIID_Verrückt	Fr8a_BIID_Amputation_Hilfe	Fr8b_BIID_Hilfe	Fr16_Unterstützung_Amputation	Fr2_BIID_Bedrohung
Chi-Quadrat	6,996	2,867	2,610	4,452	5,328
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,072	,413	,456	,217	,149

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppierungsvariable: Altersklasse

Ränge

	Altersklasse	H	Mittlerer Rang
Fr1_BIID_Verrückt	1,00	97	70,49
	2,00	16	59,19
	3,00	10	40,65
	4,00	8	56,88
	Gesamtsumme	131	
Fr8a_BIID_Amputation_Hilfe	1,00	97	63,77
	2,00	16	75,66
	3,00	10	65,20
	4,00	9	81,11
	Gesamtsumme	132	
Fr8b_BIID_Hilfe	1,00	97	65,73
	2,00	15	70,10
	3,00	10	76,60
	4,00	9	50,33
	Gesamtsumme	131	
Fr16_Unterstützung_Amputation	1,00	96	63,21
	2,00	16	69,41
	3,00	10	89,00
	4,00	9	64,11
	Gesamtsumme	131	
Fr2_BIID_Bedrohung	1,00	97	70,54
	2,00	16	56,44
	3,00	10	53,65
	4,00	9	55,11
	Gesamtsumme	132	

3 Bildungsstand:

Teststatistiken^a

	Fr1_BIID_Verrückt	Fr2_BIID_Bedrohung	Fr8a_BIID_Amputation_Hilfe	Fr8b_BIID_Hilfe	Fr16_Unterstützung_Amputation
Mann-Whitney-U-Test	1331,500	1321,500	1298,500	1168,000	1191,500
Wilcoxon-W	6791,500	6886,500	1704,500	1574,000	1597,500
U	-,703	-,929	-,968	-,1642	-,1491
Asymp. Sig. (2-seitig)	,482	,353	,333	,101	,136

a. Gruppierungsvariable: Bildungskat

Ränge

	Bildungskat	H	Mittlerer Rang	Summe der Ränge
Fr1_BIID_Verrückt	1,00	28	70,95	1986,50
	2,00	104	65,30	6791,50
	Gesamtsumme	132		
Fr2_BIID_Bedrohung	1,00	28	72,30	2024,50
	2,00	105	65,59	6886,50
	Gesamtsumme	133		
Fr8a_BIID_Amputation_Hilfe	1,00	28	60,88	1704,50
	2,00	105	68,63	7206,50
	Gesamtsumme	133		
Fr8b_BIID_Hilfe	1,00	28	56,21	1574,00
	2,00	104	69,27	7204,00
	Gesamtsumme	132		
Fr16_Unterstützung_Amputation	1,00	28	57,05	1597,50
	2,00	104	69,04	7180,50
	Gesamtsumme	132		

7. Ergebnisse der Statistischen Analyse H4 & 5

Korrelationen

			Fr6a_Autounfall_Mitleid	Fr6b_Autounfall_Hilfe	Fr7a_Raucherbein_Mitleid	Fr7b_Raucherbein_Hilfe	Fr8a_BIID_Amputation_Hilfe	Fr8b_BIID_Hilfe
Kendall-Tau-b	Fr6a_Autounfall_Mitleid	Korrelationskoeffizient	1,000	,251**	,220**	,100	,093	,058
		Sig. (1-seitig)	.	,001	,001	,086	,100	,211
		N	133	132	133	132	133	132
	Fr6b_Autounfall_Hilfe	Korrelationskoeffizient	,251**	1,000	,166*	,541**	,078	,413**
		Sig. (1-seitig)	,001	.	,010	,000	,141	,000
		N	132	132	132	132	132	132
	Fr7a_Raucherbein_Mitleid	Korrelationskoeffizient	,220**	,166*	1,000	,268**	,186**	,068
		Sig. (1-seitig)	,001	,010	.	,000	,003	,157
		N	133	132	133	132	133	132
	Fr7b_Raucherbein_Hilfe	Korrelationskoeffizient	,100	,541**	,268**	1,000	,075	,556**
		Sig. (1-seitig)	,086	,000	,000	.	,141	,000
		N	132	132	132	132	132	132
	Fr8a_BIID_Amputation_Hilfe	Korrelationskoeffizient	,093	,078	,186**	,075	1,000	,296**
		Sig. (1-seitig)	,100	,141	,003	,141	.	,000
		N	133	132	133	132	133	132
	Fr8b_BIID_Hilfe	Korrelationskoeffizient	,058	,413**	,068	,556**	,296**	1,000
		Sig. (1-seitig)	,211	,000	,157	,000	,000	.
		N	132	132	132	132	132	132

** . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (einseitig).

* . Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (einseitig).

8. Ergebnisse der Statistischen Analyse H6

Korrelationen

			Fr5_Transsex_Verrückt	Fr1_BIID_Verrückt
Kendall-Tau-b	Fr5_Transsex_Verrückt	Korrelationskoeffizient	1,000	,302**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	132	131
	Fr1_BIID_Verrückt	Korrelationskoeffizient	,302**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	131	132
Spearman-Rho	Fr5_Transsex_Verrückt	Korrelationskoeffizient	1,000	,362**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	132	131
	Fr1_BIID_Verrückt	Korrelationskoeffizient	,362**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	131	132

** . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

9. Ergebnisse der Statistischen Analyse H7

Korrelationen

			Fr12_Körpera utonomie	Fr13_Autonomie_bei_Vers tümmelungs wunsch
Kendall-Tau-b	Fr12_Körperautonomie	Korrelationskoeffizient	1,000	,482**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	133	133
	Fr13_Autonomie_bei_Verstümmelungswunsch	Korrelationskoeffizient	,482**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	133	133
Spearman-Rho	Fr12_Körperautonomie	Korrelationskoeffizient	1,000	,574**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	133	133
	Fr13_Autonomie_bei_Verstümmelungswunsch	Korrelationskoeffizient	,574**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	133	133

** . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

10. Ergebnisse der Ergebnisse der Statistischen Analyse H8

Korrelationen

			Fr16_Unterstützung_Ampu- tation	Fr19_Steigerung_Allgemei- nes_mentales_Befinden
Kendall-Tau-b	Fr16_Unterstützung_Ampu- tation	Korrelationskoeffizient	1,000	,162**
		Sig. (1-seitig)	.	,008
		N	132	132
	Fr19_Steigerung_Allgem- eines_mentales_Befinde- n	Korrelationskoeffizient	,162**	1,000
		Sig. (1-seitig)	,008	.
		N	132	133
Spearman-Rho	Fr16_Unterstützung_Ampu- tation	Korrelationskoeffizient	1,000	,204**
		Sig. (1-seitig)	.	,009
		N	132	132
	Fr19_Steigerung_Allgem- eines_mentales_Befinde- n	Korrelationskoeffizient	,204**	1,000
		Sig. (1-seitig)	,009	.
		N	132	133

** . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (einseitig).

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

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

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____