

**MSH Medical School Hamburg**

University of Applied Sciences and Medical University  
Fakultät Humanwissenschaften  
Bachelorstudiengang Psychologie

*Bachelorarbeit*

**Studie zur Beschreibung der Persönlichkeit, des Bindungsstils, der Sexualität  
und neue Erkenntnisse bei**

**Body Integrity Identity Disorder (BIID)**

**Body Integrity Identity Disorder (BIID):**

**new findings in personality traits and disorders, bonding and sexuality**

vorgelegt von:	Elmas Özcelik Matrikelnummer 142201071
vorgelegt am:	07.08.2017
Semester:	6
Modulbezeichnung:	M11 Bachelorarbeit
Erstgutachter:	Prof. Dr. Erich Kasten
Zweitgutachter:	Prof. Dr. Aglaja Stirn

## **Abstract**

A small group of people have the compelling desire to have a disabled body. What is outrageous to imagine by most others is the greatest aim for Individuals who suffer from Body Integrity Identity Disorder. Their wish for a physical handicap is the path for identifying themselves with their own body. Neuroimaging explorations show abnormalities in the premotor cortex and the mental representation of the own body in the lower parietal parts of the brain. The lack of options in therapy lead the BIID affected persons to find a solution on their own. Some of them result in dangerous self-amputations or amputations in foreign countries. This outlines the urgency in developing strategies for these people. There were 81 participants total in an online-study, the largest sample size of individuals with BIID to date. Therefore, the BIID severity survey, a questionnaire for personality traits and disorders, the dark Triade and a questionnaire for bonding were used. In this study 4 new types of desires for body disability were found. Furthermore, results show that BIID has no statistical correlations with age, gender, education level and sexual orientation.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Theoretischer und empirischer Hintergrund .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Das Phänomen der Body Integrity Identity Disorder (BIID).....</b>	<b>8</b>
2.1.1 Terminologie .....	10
2.1.2 Epidemiologie.....	10
2.1.3 Diagnostik, Differentialdiagnostik, Behandlung und Therapie .	11
2.1.4 Ätiologie und State of the Art.....	13
<b>2.2 Fragestellung .....</b>	<b>15</b>
2.2.1 Hypothesen.....	16
<b>3. Methodik.....</b>	<b>18</b>
3.1 Studiendesign .....	18
3.2 Messinstrumente und Durchführung.....	18
3.3 Stichprobe .....	21
3.4 Auswertung und Ergebnisse .....	21
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>34</b>
<b>5. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>43</b>
<b>6. Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>46</b>
<b>7. Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>47</b>
<b>8. Anhang .....</b>	<b>48</b>

## **Danksagung**

Durch die interessanten Forschungen von Herrn Prof. Kasten, wurde ich auf die Thematik „Body Integrity Identity Disorder“ aufmerksam werden. Seine fachliche und moralische Unterstützung brachte mich dazu, die Herausforderungen immer wieder zu wagen und das bestmögliche aus der Arbeit herauszuholen. Daher gilt mein besonderer Dank meinem Erstgutachter und dem Betreuer meiner Bachelorarbeit, der mir nicht nur wertvolle Hinweise gab, sondern auch den Kontakt zu einem BIID-Betroffenen herstellte, damit ich mehr als nur die Perspektive aus der Literaturrecherche in dieser Thematik gewinnen konnte.

Des Weiteren möchte ich Frau Prof. Stirn danken für ihre Tätigkeit als 2. Gutachterin und Phil, der selbst von BIID betroffen ist. Er hatte stets ein offenes Auge für meine Zeilen hatte und mich in meiner Forschung unterstützt hat. Durch die kritischen Fragen konnte ich jeden Schritt immer wieder reflektieren und mich bewusst für meinen Weg entscheiden.

Auch von Herrn Knabe durfte ich in meinen statistischen Kenntnissen Unterstützung erfahren, der mich auch schon zu meiner Statistik-Prüfung sehr ermutigte und sich darüber hinaus auch bei der Bachelorarbeit für uns Studenten engagiert.

Außerdem freue ich mich dankend und wertschätzend über die Unterstützung durch meine Familie.

Ich möchte allen ganz herzlich danken, die mich auf meinem Weg zu der Anfertigung dieser Bachelorarbeit unterstützt haben!

## 1. Einleitung

Unter psychotropen Substanzen, bei neurologischen Schäden wie etwa bei Neglekt-Patienten oder Alien-Limb-Syndrom, Wahnvorstellungen, sowie psychotischen Zuständen, können Menschen ihren Körper oder dessen Teile als fremd oder nicht zu sich zugehörig empfinden (ICD, 2011). Diese sind in den Psychiatrien schon lange bekannte Fälle.

Gegen Ende der 1970er Jahren wurden in der Literatur von Gregg Furth und John Money das erste Mal zwei Fälle beschrieben, in denen Menschen mit Ausnahme des Wunsches nach einer Amputation eines gesunden Körperteils, ein sonst klinisch unauffälliges Bild zeichnen. Sie nannten diesen Zustand „Apotemnophilia“.

Mittlerweile gilt in der wissenschaftlichen Literatur „Body Integrity Identity Disorder“ (BIID) als Fachterminus für den Amputationswunsch von Körperteilen, beziehungsweise dem Wunsch nach körperlicher Behinderung. Hierbei werden auch immer mehr Fälle bekannt, bei denen Wünsche nach Erblindung, Gehörlosigkeit oder Querschnittslähmung geäußert werden. Dazu wurde 2005 von First, das erste Mal eine größere Stichprobe (n=52) untersucht. Somit konnten Hinweise erlangt werden, dass das Phänomen der BIID kein Einzelfall ist. Zu differenzieren gilt es an dieser Stelle, dass die sonst gesunden Patienten wenig anderen Leidensdruck haben, als dass sie ihren Körper nicht als intakt empfinden und sich mit dem vorhandenen Körper nicht identifizieren können. Außerdem sind Patienten mit Körperdysmorphen Störung abzugrenzen, für die ein ästhetischer Aspekt im Vordergrund steht, weil sie einen subjektiv körperlichen Defekt feststellen und der Änderungswunsch daher stammt (Kasten 2012). BIID-Betroffene betrachten ihr Körperteil nicht als hässlich oder entstellt, sondern als nicht zu sich gehörend.

Diese Störung ist soweit noch zu wenig erforscht, sodass es nicht genug Anhaltspunkte gibt, um sie in die Klassifikationssysteme „International Classification of Diseases“ (ICD) und „Diagnostic and statistical manual of mental disorders“ (DSM) aufzunehmen, Kriterien zu entwickeln und eine adäquate Behandlung zu konzipieren. Patienten haben oft damit zu kämpfen, dass sie ihre Störung geheim halten müssen, weil sie sie aus Scham, Angst oder anderen inhibierenden Gefühlen nicht ihrem Umfeld mitteilen möchten.

Der Wunsch nach Behinderung ist sowohl aus moralisch–ethischen Gründen, als auch aus religiösen Gründen nur schwer nachvollziehbar. In vielen Religionen ist das selbstverletzende Verhalten nicht gestattet. Aus ethischen Gründen verweigern

auch Mediziner eine Amputation organisch gesunder Körperteile. Daraus resultieren die gefährlichen selbstinduzierten Amputationsversuche, bei denen die Patienten sich schwer verletzen und das unter nicht kontrollierten Bedingungen. Eine Mitteilung der Patienten über BIID findet in den meisten Fällen erst im Gespräch mit Psychiatern oder Psychologen statt. Oft wird die nicht ausreichend erforschte Störung auch während der Inanspruchnahme einer Behandlung noch geheim gehalten. Das ist einerseits ein großer Leidensdruck für die Betroffenen und andererseits macht das die Störung für die Forschung nur bedingt zugänglich.

Leider gibt es noch nicht genügend diagnostische Instrumente oder Leitlinien für BIID (offizielle Leitlinien gibt es gar nicht), sodass selbst Fachpersonal diese Störung oft nicht hinreichend zuordnen kann (Neff und Kasten, 2009). Der Lösungsansatz der BIID-Betroffenen, die Behinderung herbeizuführen, ist ein sehr umstrittener. Jedoch gibt es bisher auch keine weiteren Ansätze, außer einer Psychotherapie, die nach dem psychopathologischen Befund vorgeht und Symptome von BIID oft nicht angemessen umfasst. Die BIID-Forscher haben die Annahme, dass der Wunsch nach Behinderung aus der Störung der Körperidentität resultiere. Die Behauptung, BIID-Betroffene würden mit der Absicht arbeitsunfähig zu werden eine Behinderung anstreben, ist kaum relevant, denn zur heutigen Zeit ist der Sektor der Dienstleistung ein so großer, dass die Patienten selbst mit der gewünschten Behinderung in der Regel arbeitsfähig blieben.

Das Störungsbild BIID sollte weiter erforscht werden, um zum einen eine realistischere Einschätzung über die Prävalenzrate zu erhalten. Aufgrund der geringen Thematisierung von BIID in der Öffentlichkeit kann davon ausgegangen werden, dass es eine große Dunkelziffer von Betroffenen gibt (Thiel et al., 2009). Es gibt bis heute keine valide Angabe über die Prävalenzrate. Das führt dazu, dass nicht klar ist, wie repräsentativ die Studien mit den kleinen Stichproben überhaupt sind. Daraus resultieren methodische und statistische Schwierigkeiten, die auch in dieser Arbeit zu erwarten waren. Zum anderen müssen Lösungen entwickelt werden. Dazu zählen zum Beispiel Behandlungen oder neue gesetzliche Regelungen, sodass den Patienten geholfen wird, den Leidensdruck zu vermindern und sie vor gefährlichen Selbstversuchen geschützt werden, ohne dabei das Sozialsystem und die normativen Wertvorstellungen zu belasten.

Bis heute ist noch unklar, was unter BIID zu subsumieren ist. Patienten äußern den Wunsch nach Amputation von Körperextremitäten, einseitig sowie beidseitig,

sowie hinaus den Wunsch nach Sehbehinderung oder Gehörlosigkeit. Hierbei variiert die Stärke nach BIID-Drang und auch, ob es für den Betroffenen eine sexuelle Komponente gibt oder nicht.

Ziel dieser Arbeit ist die Differenzierung der BIID-Stichprobe auf psychologische Konstrukte wie Persönlichkeit, Bindung und die Untersuchung möglicher Untergruppen.

## **2. Theoretischer und empirischer Hintergrund**

### **2.1 Das Phänomen der Body Integrity Identity Disorder (BIID)**

Body Integrity Identity Disorder ist ein noch nicht klares und gut untersuchtes Störungsbild, das erst etwa seit Anbruch des 21. Jahrhunderts immer mehr erforscht wird. Bisher war bekannt, dass die BIID-Betroffenen einen Amputationswunsch von gesunden Körperteilen haben, um ihre Körperidentität als vollständig zu sich zugehörig zu empfinden. (First et al. 2005, First & Fisher 2012) Betroffene geben an, sie würden sich „im falschen Körper“ fühlen. BIID ist ebenfalls in Studien mit neurologischen Perspektiven vertreten, die mit BIID assoziierte physiologische, funktionelle und strukturelle Veränderungen im Gehirn ergaben. Kasten und Stirn (2009) beschreiben Theorien, in denen das Körperteil, welches es loszuwerden gilt, mangelhaft in der hirnnorganischen Gesamtrepräsentation des eigenen Körpers eingebunden ist. Dies sei laut den Autoren vergleichbar mit Neglekt-Patienten, die sich der Existenz eines Körperteils nicht bewusst sind und diesen als fremd bzw. nicht zu sich gehörig empfinden. Daher nehmen sie an, es müsse sich dann bei einer Apotemnophilia ein ähnliches Gefühl der Fremdheit eines Körperteils ergeben. Allerdings spricht das „Wechseln“ des Fremdheitsgefühls, bezogen auf den Körperteil, deutlich gegen eine neurologische Erkrankung. Kasten und Stirn (2009) berichten in diesem Artikel von einem BIID Betroffenen, der seit seiner Kindheit nach langjährigem Wunsch der Amputation des linken Beins, plötzlich den Wunsch nach Amputation des rechten Beins äußerte. Aus entwicklungspsychologischer Sicht beschreiben Stirn et al. (2010) ein frühkindliches Versagen des Kindes, welches zu einer „Fixierung auf sich selbst“ führt. Die Wahrnehmung von anderen Menschen mit Behinderung führe zur Vorstellung, selbst eine Behinderung zu haben. Die Behinderung stellt sich als vermeintliche Problemlösung dar, indem das Leid nach außen sichtbar wird. Hier wird also ein Mangel an Zuwendung der Eltern befriedigt, welches ebenfalls aus der oben genannten Literatur hervorgeht, dass die Anerkennung und Zuneigung erst durch das Erfüllen von hohen Leistungsstandards erfahren wird. Dies passt ebenfalls zu der deskriptiven Beschreibung der Stichproben, in welchen die meisten BIID Betroffenen Akademiker sind. Auch geht das mit den Ausführungen von Stirn und Kollegen einher, in welchen sich narzisstische Persönlichkeitsstrukturen von BIID-Betroffenen beschreiben lassen, die vor allem durch die Betonung der Eigenständigkeit und das Bewältigen von Herausforderungen zum Ausdruck gebracht werden. Des Weiteren

spielt in der frühen Entwicklung die Bindung eine große Rolle (Lohaus & Vierhaus 2015). Für die spätere soziale Entwicklung ist die positive Bindungserfahrung von großer Bedeutung (Vondra et al. 2001). Die Forscher postulieren, dass die Kinder mit sicheren Bindungen später im Laufe der Zeit auch kontaktfreudiger und beliebter seien. Darüber hinaus wurde von den Forschern auch die kognitive Entwicklung beschrieben, die große Unterstützung durch eine sichere Bindung erfährt. Statt um das Fürsorgeverhalten der Bezugsperson zu ringen, können sichergebundene Kinder Bezugspersonen als Basis für die Exploration ihrer Umwelt nutzen (Korntheuer et al. 2007).

In der jüngsten Forschung wird bereits diskutiert, ob es andere Ausprägungen von BIID, wie die des Wunsches nach Erblindung, gibt. Hierzu untersuchten Katja Gutschke, Aglaja Stirn und Erich Kasten (2017) fünf Partizipierende auf „visuell stress“ und konnten feststellen, dass die Betroffenen einen signifikant höheren „visual overload“ empfinden als die Kontrollgruppe. Auch waren Parallelen zwischen den bisherigen BIID-Betroffenen und den Patienten mit Blindheitswunsch zu ziehen. In der Wissenschaftsliteratur gibt es bereits erste Hinweise darauf, dass es auch weitere Ausprägungen von BIID geben könnte. Die Schwierigkeit diese zu erfassen, liegt immer noch in der geringen Repräsentanz der Thematik in der Öffentlichkeit, was dazu führt, dass zum Teil auch Betroffene sich nicht über BIID im Klaren sind, sowie das mangelnde Wissen selbst seitens des klinischen Fachpersonals, das diese Störung größtenteils nicht richtig zuordnen kann (Neff & Kasten, 2010). Auch die Kehrseite der öffentlichen Thematisierung von BIID wurde bereits von Baubet T. et al. (2007) diskutiert. In dem Review wird klare Stellung bezogen, BIID nicht als eigenständige psychische Störung anzuerkennen, sondern als Maske einer psychischen Störung zu sehen. Sie berichten von der großen Vertretung von BIID in journalistischen Artikeln im Internet, nicht aber der wissenschaftlichen Art. Auch gehen aus der Publikation Bedenken bezüglich des Einflusses von Diskussionen im Internet hervor und die Kritik daran, dass die Untersuchungen von wenigen Forschern betrieben wird, welches aber auch dem Alter dieser Publikation zu schulden ist. Seit 2007 wurde vermehrt Forschung zu diesem Thema betrieben. Sie berichten kritisch, dass allein dieselbe Forschergruppe Furth. et al. schon mehrmals publizierten mit der Absicht, die Chirurgie von der Entscheidung zu befreien und Amputation unter BIID zu legalisieren.

### **2.1.1 Terminologie**

Body Integrity Identity Disorder kurz BIID beschreibt nach heutigem wissenschaftlichen Stand den Wunsch nach körperlicher Behinderung bei intaktem Körper und sonst psychopathologisch unauffälligen Menschen. Hierbei wird die Ätiologie eher in der Störung der Körperidentität gesehen. In der Literatur gab es erste Hinweise 1977 von Money et al., die den Begriff Apotemnophilia (griechisch: „die Lust/Liebe am/zum Abschneiden“) prägten, was in etwa bedeutet, dass der Wunsch nach der eigenen körperlichen Amputation aus sexueller Erregung rührt. Sofern sich dieser Wunsch mit demselben Hintergrund auf eine andere Person bezog, das heißt, ein anderer Mensch erotisiert wurde, wenn er amputiert war, bezeichneten Money & Sirncoe (1986) dies als Acrotomophilia (später auch Mancophilia oder Deformationsfetischismus genannt). Diese werden auch als komorbide Störungen angesehen. Furth et al. (2000) postulierten den Begriff „Amputee Identity Disorder“, womit sie die Störung von der Bedingung der sexuellen Erregung loslösten. Nachdem 1997 zwei Amputationen vollzogen wurden, weckte das Phänomen das Interesse in der Wissenschaft. 2005 erhob First das erste Mal die bisher größte Stichprobe der Betroffenen (N=52) und kam zu dem Schluss, dass sich der Wunsch nach körperlicher Behinderung deutlich als Identitätsstörung klassifizieren ließe und nannte die Störung schließlich Body Integrity Identity Disorder. Auch fand er bereits damals erste Hinweise darauf, dass es sich bei dem Wunsch um Behinderung nicht nur um Amputation von Körpergliedern handle. Bis heute setzt sich die Begrifflichkeit BIID nun durch und hat noch immer keine klaren Grenzen und Abgrenzungen zu anderen Störungen. Zugehörig zu BIID sind Begriffe wie „Wannabes“; das sind Menschen die beispielsweise Gehstützen oder Rollstühle benutzen und damit „pretenden“ also nachahmen behindert zu sein, ohne medizinische Indikation.

### **2.1.2 Epidemiologie**

Die bisher bekannteste Untersuchung im Rahmen der BIID-Forschung ist die Studie von First et al. (2005), in der die Stichprobe einen Umfang von 52 Teilnehmern hatte und somit bisher ein Richtungsweiser war. Noch immer mangelt es an umfassenden epidemiologischen Untersuchungen, daher gibt es auch kaum eine valide Angabe zur Prävalenzrate. In der hier vorgelegten Untersuchung erreichte die Teilnehmeranzahl

jedoch 81. Auch in dieser Erhebung kann die deutlich überwiegende Teilnahme von Männern (Verhältnis ca. 4:1) gegenüber Frauen bestätigt werden.

### **2.1.3 Diagnostik, Differentialdiagnostik, Behandlung und Therapie**

#### **Diagnostik**

Zur Berücksichtigung im ICD wurden viele Ansätze zum diagnostischen Vorgehen formuliert, jedoch ist BIID bis heute in keinem Klassifikationssystem offiziell enthalten. Die im letzten Jahr von Kasten, Stirn und Brugger (2016) formulierten diagnostischen Kriterien im Antrag auf Aufnahme in das ICD sind folgende:

A. Ein intensives und anhaltendes Bedürfnis, körperbehindert zu werden und zwar auf einschneidende Art (z.B. die Amputation eines Körperteiles, Querschnittslähmung, Blindheit), das in der frühen Jugend beginnt.

B. Anhaltende Qual, oder intensive Gefühle der Unangemessenheit in Bezug auf die aktuelle nichtbehinderte Körperkonfiguration. Ähnlich Transidentität (Gender Identity Disorder, GID), bei welcher der Patient die eigenen Genitalien und asexuelle Merkmale als unpassend oder z.T. sogar „ekelhaft“ empfindet, erfahren die Patienten ihre aktuelle Körperkonfiguration als unangemessen und als eine Quelle chronischer Dysphorie. Wie jedoch in der Anmerkung zu Kriterium E diskutiert wird, haben Personen mit BIID nicht das Gefühl, dass die Gliedmaßen, die entfernt werden soll, irgendwie defekt oder hässlich ist; sie fühlt sich nur falsch an und gehört dort nicht hin.

C. Das Bedürfnis, körperbehindert zu werden, kann gefährliche Folgen mit sich bringen, wie sich bei einem oder beiden der folgenden Punkte zeigt: Die Intensität dieses Bedürfnisses lässt sich auf einer Skala abbilden, beginnend bei Menschen, die gelegentlich solche Gedanken und Verlangen verspüren, über Betroffene, die nur während bestimmter Aktivitäten an ihr Verlangen nach Behinderung denken, bis zu denjenigen, die nahezu ständig mit solchen Gedanken beschäftigt sind. Diese Diagnose sollte nur für diejenigen am schwereren Ende des Spektrums reserviert bleiben, um vorzeitigen operativen Eingriffen Einhalt zu gebieten. (S.3-4)

## **Differentialdiagnostik**

Zur Differentialdiagnostik formulierte Kasten et al. (2016) in ihrem Antrag zur Aufnahme in das ICD Folgendes:

A: Das Verlangen, behindert zu werden, ist weder primär durch sexuelle Erregung motiviert, noch durch irgendwelche wahrnehmbaren Vorteile einer Behinderung. Ca. 20% der Patienten geben an, dass ihr Bedürfnis, amputiert zu sein, ausschließlich etwas mit sexueller Erregung zu tun hätte. Ihre Phantasien, amputiert zu werden und /oder ihr Pretenden war nur zum Zweck der sexuellen Erregung gedacht; nach dem Orgasmus verschwand das Verlangen, amputiert zu sein, komplett, bis zum nächsten Auftreten der sexuellen Erregung. Solche Personen werden am besten durch die Paraphilie-Diagnose „Apotemnophilia“ (auch als: Deformations-Fetischismus, Amputations-Fetischismus, Amelotatismus oder Mankophilie bezeichnet) charakterisiert und wären nicht qualifiziert für eine BIID-Diagnose. (S. 5)

Als weitere Ausschlusskriterien formulierten Kasten et al. noch den sekundären Krankheitsgewinn (z.B. Fürsorge, Behindertenrente u.v.m.), eine Manifestierung von einem psychotischen Prozess (z.B. Wahn oder Überzeugungen), primäre neurologische Erkrankungen (z.B. Neglekt-Syndrom) und das Passen der Symptomatik in bereits vorhandene andere Krankheiten (wie z.B. die körperdysmorphe Störung, bei welcher das zu amputierende Körperteil als hässlich empfunden wird und daher entfernt werden soll).

## **Behandlung und Therapie**

Die geringe Repräsentanz und Akzeptanz von BIID in der Gesellschaft, verlangsamt die Entwicklung von Behandlungsmethoden. Die meisten Betroffenen leiden stark unter Stigmatisierungsängsten und dass die Krankheit sie im Privat- und Berufsleben einschränken könnte. Das Aufsuchen von Therapeuten und die Zuteilung eines Therapieplatzes nimmt Zeit in Anspruch, genauso wie das Finden von Ärzten/Psychologen, die BIID überhaupt kennen (Neff & Kasten, 2010). Die systematischen Versuche von Behandlungen stehen noch sehr am Anfang, auch wurden keine gemeinsamen Versuche in Kooperationsarbeiten vorgenommen, den Leidensdruck zu reduzieren oder zu heilen. Körperorientierte Verfahren könnten möglicherweise das Bewusstsein für den eigenen Körper fördern und damit BIID verringern, aber die starke Fokussierung und Aufmerksamkeit auf den Körper könnte

auch wie bei Hypochondrie zur Verschlimmerung führen.

#### **2.1.4 Ätiologie und State of the Art**

Psychischen Störungen entstehen nie auf der Basis einer einzigen Ursache, daher wird in der klinischen Psychologie immer von Multikausalität, beziehungsweise multifaktorieller Entstehung einer Krankheit ausgegangen. In der Differentiellen und Persönlichkeitspsychologie geben die Standardverfahren die Zwillings- und Adoptionsstudien Auskunft über den Einfluss von Anlage und Umwelt auf das untersuchte Merkmal. Da diese bisher nicht in der Thematik mit BIID angewandt wurden, gibt es keine validen wissenschaftlichen Aussagen über die Heritabilität dieser Störung. Ebenfalls gibt es bisher keine Längsschnittstudien, die die sozialen Bedingungen von BIID systematisch untersuchten. Ein Ansatz findet sich in dieser Arbeit unter dem Gesichtspunkt der Bindungsdiagnostik, welche Indiz auf die soziale Umgebung und die (dys-)funktionale Verarbeitung sozialer Informationen durch die BIID Betroffenen selbst gibt. Unter dem Punkt Ergebnisteil der Arbeit sind diese beschrieben. Unter der kognitiv-behavioralen Perspektive kann BIID unter anderem durch die Konditionierung erklärt werden. Somit würde BIID eine psychische Störung sein, welche ein fehlangepasst erlerntes Verhaltens- und Einstellungsmuster ist. Da ein Verhalten erlernt und verlernt werden kann, könnten hier die verhaltenstherapeutischen Verfahren demnach wirksam werden. Eine interessante Frage ist, ob BIID-Betroffene nach dem Modellernen gelernt hätten, dass mit Menschen mit Behinderung nachsichtiger umgegangen wird, sodass sie Aufmerksamkeit und vermeintliche Vorteile hätten. Zu diesem sekundären Krankheitsgewinn gibt es die Studie von Sorene, Heras-Palou und Burke (2006), die in ihrer Publikation unterstreichen, dass die Betroffenen keinen sekundären Krankheitsgewinn beabsichtigen und in den meisten Fällen auch keine Freude an Schmerzen haben. BIID hat seinen Ursprung in der Kindheit bis Jugend und wird häufig ausgelöst durch die Begegnung mit einer körperlich behinderten Person (First et al., 2005; Obernolte et al., 2015). Häufig wird später eine Amputation an genau derselben Stelle wie bei der des „Vorbilds“ gewünscht (bei First zwei Drittel aller Betroffenen). Nach dem bekannten ätiologischen Ansatz, dem bio-psycho-sozialen Modell, gibt es drei Systemebenen, die parallel verschaltet werden. Aus diesem Grund ist es nicht bedeutsam, auf welcher Ebene vermeintlich eine Störung auftritt und ursächlich wäre, sondern zu welchem Schaden sie auf der jeweiligen Systemebene

führen kann. Die biologische Ebene beschreibt die Genetik, die immunologischen Faktoren wie z.B. das Geschlecht. Die sozialen Faktoren sind beispielsweise das soziale Milieu und soziodemographische Faktoren. Die Lerngeschichte, die Copingstrategien und Entwicklungsfaktoren wie Bindung werden unter der psychologischen Ebene subsumiert. Das Modell erklärt also, dass BIID dann entsteht, wenn der Organismus autoregulative Mechanismen und Kompetenzen nicht nutzen kann, um Störungen auf der Systemebene zu regulieren. Hierbei fallen also die betroffenen Regelkreise aus, um ein Defizit zu kompensieren und eine Störung wird als Kompensator verwendet.

Neuropsychologische Studien zeigten, dass Patienten mit BIID eine andere mentale Repräsentanz ihres Körpers haben, als gesunde Probanden (Van Dijk M. et al, 2013). In der fMRI Studie konnte gezeigt werden, dass es unterschiedliche neuronale Aktivität auf Stimulationen gibt. Unabhängig davon, ob das zu amputierende Bein oder das andere stimuliert wurde, zeigten die BIID Betroffenen eine niedrigere Aktivität im prämotorischen Kortex, im Vergleich zur Kontrollgruppe.

In der jüngsten Forschung wird bereits diskutiert, ob es andere Ausprägungen von BIID, wie der Wunsch nach Erblindung, gibt. Hierzu untersuchten Katja Gutschke, Aglaja Stirn und Erich Kasten (2017) fünf Partizipierende auf „visuell stress“ und konnten feststellen, dass die Betroffenen einen signifikant höheren „visual overload“ empfinden als die Kontrollgruppe. Auch waren Parallelen zwischen den bisherigen BIID Bekannten und den Patienten mit Blindheitswunsch zu ziehen. In der Wissenschaftsliteratur gibt es bereits erste Hinweise darauf, dass es auch weitere Ausprägungen von BIID geben könnte. Die Schwierigkeit diese zu erfassen liegt immer noch in der geringen Repräsentanz der Thematik in der Öffentlichkeit, was dazu führt, dass zum Teil auch Betroffene sich nicht über BIID im Klaren sind und somit an den Studien nicht teilnehmen können, weil sie nicht differenzieren können, zu welchem Krankheitsbild ihr Wunsch gehören könnte. Ebenfalls ist das mangelnde Wissen selbst seitens klinischen Fachpersonals, die diese Störung größtenteils nicht richtig zuordnen können ein Hindernis (Neff und Kasten, 2009).

## 2.2 Fragestellung

In dieser Arbeit wurde postuliert, dass es psychopathologische Abweichungen gibt, abgesehen vom Stresserleben und Depression die in manchen Fällen aus der BIID-Betroffenheit folgen. Hierzu wird die Persönlichkeit auf Stil und Störung untersucht, anders als mit den bisherigen Verfahren, die die Persönlichkeit mit den Big 5 beschrieben, aber keine Rückschlüsse auf Persönlichkeitsstörungen zurückführen konnten.

Darüber hinaus wird postuliert, es Unterklassifikationen von Body Integrity Identity Disorder gibt und sie sich in den psychologischen Konstrukten in den spezifischen Eigenschaften unterscheiden, d.h. abhängig von den unterschiedlichen Wünschen nach Behinderung zeigen die Betroffenen unterschiedliche Persönlichkeitsprofile. Nach Art der erwünschten Behinderung ließen sich bisher unterscheiden:

- I. BIID mit Amputationswunsch
- II. BIID mit Wunsch nach einer Lähmung (z. B. Querschnittslähmung)
- III. BIID mit Wunsch nach einer anderen konkreten sensorischen Behinderung (z. B. Blindheit, Gehörlosigkeit)
- IV. BIID mit Wunsch nach organischer Behinderung (Diabetes)
- V. unspezifischer Wunsch nach einer Behinderung oder dauerhaften Erkrankung

Da bisherige Studien (ohne Trennung von Untergruppen) mit üblichen Persönlichkeitsfragebögen wie z.B. dem FPI-R oder dem MMPI zu keinem gemeinsamen Persönlichkeitsprofil geführt haben, soll in dieser Arbeit vorrangig Gewicht auf psychopathologische Aspekte gelegt werden.

Folgende psychologische Konstrukte wurden ausgewählt:

Die mit dem Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI) erfassten Konstrukte:

PN (eigenwillig-paranoid), SZ (zurückhaltend-schizoid), ST (ahnungsvoll-schizotypisch), BL (spontan-borderline), HI (liebenswert-histrionisch), NA (ehrgeizig-narzisstisch), SU (selbstkritisch-selbstunsicher), AB (loyal-abhängig), ZW

(sorgfältig-zwanghaft), NT (kritisch-negativistisch), DP (still-depressiv), SL (hilfsbereit-selbstlos), RH (optimistisch-rhapsodisch), AS (selbstbehauptend-antisozial).

Sowie mit die Dark Triad of Personality at Work (TOP) wurden weitere Aspekte der Persönlichkeit erfasst, mit dem theoretischen Hintergrund der „Dunkle Triade“: Narzissmus, Psychopathie und Machiavellismus als Subskalen.

Außerdem wurde mit der Adult-Attachment-Scale (AAS-R) die Bindungseinstellung retrospektiv erhoben. Dabei handelt es sich um die Skalen Nähe, Vertrauen und Angst.

Zusätzlich wurden Fragen zu Schwere der BIID (nach Fischer, Schnell und Kasten 2015) und der Schwere der sexuellen Komponente erfragt, mit dem Hintergrund eines Deformationsfetischismus.

### **2.2.1 Hypothesen**

Zur Hauptfragestellung um die Identifizierung der psychopathologischen Abweichung können keine Hypothesen aufgestellt werden, da es sich hierbei um ein exploratives Forschungsvorhaben handelt. Es wird angenommen, dass sich bestimmte Persönlichkeitsstile und Störungen finden lassen, mit denen die BIID-Betroffenen zu beschreiben sind. Aus der Literatur gibt es jedoch keine Hinweise, welche Persönlichkeitsstörungen sich finden lassen können, da diese zuvor nie untersucht wurden.

Außerdem wird untersucht, ob es Unterklassifikationen von Body Integrity Identity Disorder gibt und sie sich in den psychologischen Konstrukten in den spezifischen Eigenschaften unterscheiden, d.h. ob abhängig von den unterschiedlichen Wünschen nach Behinderung die Betroffenen unterschiedliche Persönlichkeitsprofile zeigen. Da bisherige Studien (ohne Trennung von Untergruppen) mit üblichen Persönlichkeitsfragebögen wie z.B. dem FPI-R oder dem MMPI zu keinem gemeinsamen Persönlichkeitsprofil geführt haben, soll in dieser Arbeit vorrangig Gewicht auf psychopathologische Aspekte gelegt werden.

Darüber hinaus werden folgende Hypothesen aufgestellt:

H1<sub>a</sub>: Es gibt signifikant mehr Männer mit einem Amputationswunsch als Frauen mit diesem Wunsch.

H1<sub>b</sub>: Es gibt signifikant mehr Frauen mit einem Lähmungswunsch als Männer mit diesem Wunsch.

H2: Die Schwere des BIID-Dranges korreliert signifikant positiv mit der Stärke der sexuellen Komponente.

H3<sub>a</sub>: Das Ausmaß psychopathologischer Abweichung in der Persönlichkeit korreliert signifikant positiv mit der Schwere des BIID-Wunsches.

H3<sub>b</sub>: Das Ausmaß psychopathologischer Abweichung in der Persönlichkeit korreliert signifikant positiv mit der Stärke der sexuellen Komponente.

H4: Es besteht eine signifikante Korrelation zwischen dem Bindungsstil und der Schwere von BIID.

H5: Die BIID-Betroffenen zeigen signifikante Abweichungen bei den 14 Persönlichkeitsstilen- und Störungen gegenüber der Normalbevölkerung.

H6: Die BIID-Betroffenen zeigen signifikante Abweichungen bei der Bindung gegenüber der Normalbevölkerung.

H7: Die BIID-Betroffenen zeigen signifikante Abweichungen bei dem Konstrukt Psychopathie gegenüber der Normstichprobe.

Als weiteres Ziel wurde in dieser Arbeit untersucht, welche weiteren Wünsche nach Behinderung vorhanden sind, abgesehen von dem Wunsch nach Amputation, Querschnittslähmung oder Erblindung. Außerdem wird überprüft, ob die Schwere der BIID mit dem Bildungsgrad, dem Alter oder dem Geschlecht zusammenhängt.

### **3. Methodik**

In diesem Kapitel folgen die methodischen Grundlagen, die Vorstellung der Messinstrumente und das genaue Forschungsvorgehen, welches in der explorativen Fragestellung relevant ist für die Auswertung und die Ergebnisse.

#### **3.1 Studiendesign**

Für die empirische Arbeit wurden Fragebögen verwendet, mit welchen in einer Online-Studie anonym Daten erhoben wurden. Über den Uni-Park-Link zur Umfrage konnten die BIID-Betroffenen mittels Selbstauskunft an der Studie teilnehmen. Dies erfolgt im Rahmen eines Querschnittsdesigns. Das Studiendesign ist außerdem mit einem quantitativen und nicht-experimentellen Ansatz versehen, welcher sich aus den (Daten-) Analyse- Methoden zusammensetzt.

#### **3.2 Messinstrumente und Durchführung**

Hierfür wurden folgende Instrumente verwendet:

3.2.1. Dark Triad of Personality at Work (TOP)

3.2.2. Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)

3.2.3. Revised Adult Attachment Scale (AAS-R)

3.2.4. BIID Severity Survey von Fischer

Zusätzlich wurden Fragen zu Schwere der sexuellen Komponente erfragt, sowie zur Wunschbehinderung.

##### **3.2.1 Dark Triad of Personality at Work (TOP)**

Aus dem Manual des TOP' s (2016, Bern) geht hervor, dass das Messinstrument als Ergänzung zum Fünf-Faktoren-Modell gesehen werden kann. Es erfasst also nicht die bekannten Dimensionen Offenheit, Gewissenhaftigkeit, Extraversion, Verträglichkeit und Neurotizismus, sondern die drei Dimensionen Narzissmus, Machiavellismus und subklinische Psychopathie. Die TOP erfasst somit weitere Aspekte der Persönlichkeit, die gerade im Berufsleben relevant sind. Einer der Hauptfaktoren, der Narzissmus,

setzt sich zusammen aus den Subskalen Führungsanspruch, Überzeugungsglaube, Autoritätsbedürfnis, Risikofreude, und Überlegenheitsgefühl. Der Machiavellistische Faktor setzt sich aus den drei Subskalen Unsentimentalität, Skepsis und Durchsetzungsglaube zusammen. Außerdem setzt sich der Hauptfaktor Psychopathie aus den drei Subskalen Flexibilität, Impulsivität und Beschönigung zusammen. Die Items der TOP sind berufsbezogen formuliert, das heißt, dass die Testanden dieser Studie Berufserfahrung haben sollten.

Das Messinstrument wurde, wie andere psychologische Diagnostika, soweit standardisiert vorbereitet, dass laut den Autoren von einer vollständigen Objektivität des Verfahrens auszugehen ist. (S. 57) Zur Zuverlässigkeit ist aus Tabelle 12 des Manuals abzulesen, dass für die Reliabilitätskoeffizienten zu geringe interne Konsistenz ermittelt worden sei, was auf die Skalenlänge zurückzuführen wäre. Die Vollversion sei jedoch bei den Reliabilitätskoeffizienten im guten bis sehr guten Bereich angesiedelt. Außerdem zeigt die Kurzform eine sehr gute konvergente Validität mit der Standardform und auch eine hohe diskriminante Validität. Für die Konstruktvalidität geben die Autoren in Tabelle 14 hohe bis mittelhohe Validität an, was auch aus den Zusammenhängen zu den Standardverfahren hervorgeht. Die Normstichprobe zeige eine gute Streuung über die gesamte Skalenbreite.

Das Verfahren wird als Ergänzung zum PSSI verwendet, um eine breitere Beschreibung der Persönlichkeit zu ermöglichen.

### **3.2.2. Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)**

Das PSSI ist erfasst mit 14 Skalen die relative Ausprägung der Persönlichkeitsstile, welche als nicht-pathologische Entsprechungen beschrieben werden. Darüber hinaus können über die 14 Skalen die Persönlichkeitsstörungen ermittelt werden, die den Diagnosen aus dem ICD Kapitel V (F) F.6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen entsprechen. Das Instrument wurde auf der Theorie über die Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI-Theorie) von Julius Kuhl konzipiert. Die zentrale Aussage der PSI-Theorie ist die Aktivierung und das ständige Wechseln zwischen den Makrosystemen, die das Erleben und Verhalten steuern (Quirin, M., & Kuhl, J. 2006). Die Skalen sind Paranoid (eigenwillig-paranoid), Schizoid (zurückhaltend-schizoid), Schizotypisch

(ahnungsvoll-schizotypisch), Borderline (spontan-borderline), Histrionisch (liebenswert-histrionisch), Narzisstisch (ehrgeizig-narzisstisch), Selbstunsicher (selbstkritisch-selbstunsicher), Abhängig (loyal-abhängig), Zwanghaft (sorgfältig-zwanghaft), Negativistisch (kritisch-negativistisch), Depressiv (still-depressiv), Selbstlos (hilfsbereit-selbstlos), Rhapsodisch (optimistisch-rhapsodisch) und Antisozial (selbstbehauptend-antisozial). Jede Skala umfasst je 10 Items.

Zu den Gütekriterien treffen die Autoren folgende Aussagen: Die Objektivität dieses Verfahrens ist soweit gegeben wie bei anderen gängigen psychologischen Selbstbeurteilungsinstrumenten. Zur internen Konsistenz, also im Rahmen der Reliabilität, stellten die Autoren einen Cronbachs Alpha Wert von 0,80 fest, welches ein gutes Ergebnis ist. Die Konstruktvalidität wurde über die Korrelation mit den Big 5 und den 16 P.F. ermittelt und zeigten signifikante Korrelationen.

Dieses Verfahren untersucht gemeinsam mit dem TOP die Persönlichkeit und dient als das Instrument, welches in den Hypothesen die Variable „psychopathologische Abweichung“ darstellt.

### **3.2.3. Revised Adult Attachment Scale (AAS-R)**

Das Diagnostikum AAS-R ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Beziehungs- und Bindungsdiagnostik im klinischen Setting sowie in der Forschung. Mit 18 Items erfasst es die grundlegenden Dimensionen von Bindungseinstellungen mit zwei Versionen. Hierbei wurde für die Erhebung die Close-Relationship-Version verwendet. Dem theoretischen Hintergrund liegen zwei Skalenmodelle zugrunde. Das Drei-Skalen-Modell enthält Nähe, Vertrauen und Angst. Im Zwei-Skalen-Modell wurden die Skalen Nähe und Vertraue zu einer Nähe/Vertrauen-Skala zusammengefasst und die Skala Angst beibehalten. Die Skalen enthalten Items zu Einstellungen zu anderen Menschen. Das Gütekriterium Objektivität ist laut den Autoren unter der Anwendung des Manuals vollständig gegeben. Um die Reliabilität zu erhöhen wurde für die interne Konsistenz das AAS revidiert und liegt nun bei Cronbachs Alpha .80, mit Ausnahme der Skala Nähe, bei welchem es zu einem Wert von .67 kam. (Seite 35) Die konvergente und diskriminante Validität wurde überprüft und es wurden in den Analysen festgestellt, dass es deutliche Unterschiede gibt zwischen den Skalen Angst

und Nähe/Vertrauen. Auch wurden Zusammenhänge mit anderen psychologischen Konstrukten überprüft und niedrige bis moderate Korrelationen festgestellt zwischen dem AAS-R und dem Patient Health Questionnaire, dem GAD-2 und dem Beck für Depression. Das AAS-R gibt keine Auskunft über die vier Bindungstypen, die mit dem Fremde-Situation-Test (FST) im Kindesalter durchgeführt werden, sondern es ermittelt die bindungsrelevanten Einstellungen der Erwachsenen über die drei Skalen Nähe, Vertrauen und Angst.

### **3.3 Stichprobe**

Die Stichprobe besteht aus BIID-Betroffenen, die entweder bereits eine selbst herbeigeführte Behinderung haben oder sich in Zukunft noch wünschen. Hierzu wurden Partizipierende aus Selbsthilfeforen, dem Verein der Betroffenen und über persönliche Kontakte der Gutachter, durch ihre therapeutische Tätigkeit, rekrutiert. Die Erhebung erfolgte durch die Verbreitung des Links zum Online-Fragebogen in Foren und Emailverteilern. Insgesamt wurde die Studie 202 Mal angeklickt. Tatsächlich beendet haben die Studie jedoch nur 81 Probanden. Aufgrund der unvollständigen Teilnahme der einzelnen Personen konnten letztendlich 72 Personen in der Auswertung berücksichtigt werden. Die Stichprobe zeichnet sich durch den starken Männeranteil aus. Mit 55 männlichen Teilnehmern und 17 weibliche Teilnehmerinnen konnte in dieser Studie die Geschlechterverteilung der vergangenen BIID-Studien bestätigt werden. Das Alter der Teilnehmer erstreckt sich zwischen 14 und 80 Jahren. Das Durchschnittsalter beträgt 44 Jahre mit einer Standardabweichung von 12 Jahren. Aus den Angaben der Probanden ergibt sich eine gleichmäßige Verteilung des Bildungsgrades. Entgegen der bisherigen Literatur ist in den Daten aus der Erhebung keine Überwiegungen von Akademikern zu sehen. Auf die Frage nach dem Familienstand gaben 47% an ledig zu sein, 25% verheiratet, 16% geschieden, 7% in Partnerschaft, 3% verwitwet und 1% sonstige an. Die sexuelle Orientierung ist überwiegend heterosexuell (64%), 15% homosexuell, 13% Bisexuell, 1% Queer und 7% gaben sonstige an.

### **3.4 Auswertung und Ergebnisse**

Aufgrund der standardisierten Testverfahren sowie des induktiven Vorgehens, bei dem es bereits vor Untersuchungsbeginn eine festgelegte

Vorgehensweise gab, ist das Ziel der Forschungsarbeit, statistische Verallgemeinerungen zu treffen. Hierbei wurde versucht, die Gütekriterien weitestgehend zu berücksichtigen.

Nach Erfassung der Daten wurden diese mittels der Statistiksoftware Statistical Package for the Social Sciences 23 (SPSS 23) ausgewertet. Es folgte eine ausführliche Datenbereinigung. Missing values wurden aus dem Datensatz entfernt, inverse Items umgepolt und Subskalen gebildet. Anschließend wird die deskriptive Statistik aufgeführt. In Tabelle 1 sind diese Ergebnisse zusammengefasst:

**Tabelle 1. Demographische Daten**

Kriterium	Stichprobenanzahl (n=72)
Männer/Frauen	55/17 (76% / 24%)
Alter	M 44,37 (SD=12,94)
Sexuelle Orientierung	
Heterosexuell	46 (64%)
Homosexuell	11 (15%)
Bisexuell	9 (13%)
Queer	1 (1%)
Sonstige	5 (7%)
Familienstand	
Ledig	34 (47%)
Verheiratet	18 (25%)
Geschieden	12 (17%)
Verwitwet	2 (3%)

Partnerschaft	5 (7%)
Sonstige	1 (1%)
<b>Bildungsgrad</b>	
Hauptschulabschluss	10 (14%)
Realschulabschluss	10 (14%)
Fachhochschulreife	15 (21%)
Bachelor	7 (10%)
Master	22 (30%)
Promotion	6 (8%)
Keine Angabe	2 (3%)

### Reliabilitätskoeffizienten

Die Reliabilitätskoeffizienten wurden für jedes Instrument berechnet. Zur Erfassung des Schweregrades von BIID wurde der Fragebogen von Fischer (2016) verwendet. Hierbei kommt es bei 23 Items zu einem Cronbachs Alpha von .90, welches eine sehr gute Reliabilität darstellt. Dabei wurden 66 Probanden berücksichtigt und 6 Personen automatisch aufgrund mangelnder Daten von der Statistiksoftware ausgeschlossen.

Zur Erfassung der Persönlichkeit konnte bei dem Verfahren PSSI ebenfalls eine sehr gute Reliabilität festgestellt werden bei einem Cronbachs Alpha von .94. Hier wurden nur 46 Probanden berücksichtigt und 26 mussten aus dem oben aufgeführten Grund statistisch ausgeschlossen werden. Im Anhang ist in Tabelle 1 jeder Reliabilitätswert für die 14 Subskalen ablesbar. Die minimale Reliabilität liegt bei .75

für den kritischen Persönlichkeitsstil, der maximale Wert beträgt .83 für den optimistischen Stil. Damit liegt für alle Skalen eine ausreichende bis gute Messgenauigkeit vor.

**Tabelle 2. Reliabilitäten für die PSSI-Skalen**

	Item-Skala-Statistiken			
	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala- Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
PSSI_PN	189,43	1411,896	,626	,776
PSSI_SZ	192,13	1566,071	,304	,804
PSSI_ST	199,22	1600,485	,395	,797
PSSI_BL	274,57	1325,673	,781	,760
PSSI_HI	197,43	1790,207	-,163	,829
PSSI_NA	193,22	1496,485	,593	,783
PSSI_SU	192,80	1491,805	,512	,787
PSSI_AB	193,04	1456,443	,633	,778
PSSI_ZW	187,37	1605,527	,278	,805
PSSI_NT	194,83	1347,880	,823	,759
PSSI_DP	192,52	1454,255	,544	,784
PSSI_SL	190,70	1466,661	,590	,781
PSSI_RH	191,93	1766,107	-,106	,834
PSSI_AS	197,61	1640,555	,181	,812

Für die Bindungsdiagnostik wurde der AAS-R herangezogen. Hierfür ergibt sich ein Cronbachs Alpha von .64 für das Diagnostikum, welches ein mittlerer Wert ist. Bei den Subskalen resultiert ein Cronbachs Alpha von .70 für Nähe, .50 für Angst sowie .33 für Vertrauen.

Für den TOP ergibt sich ein Cronbachs Alpha von .10. Dieser Wert stellt nicht ansatzweise eine ausreichende Güte dar. Weitere Ausführungen folgen in der Diskussion.

## Hypothesentestung

Zur Überprüfung der H1<sub>a</sub>: „Es gibt signifikant mehr Männer mit einem Amputationswunsch als Frauen mit diesem Wunsch.“ wurde, um den Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Amputationswunsch zu überprüfen, ein Chi-Quadrat-Test berechnet. Das Ergebnis ist auf dem Niveau von  $\alpha = 5\%$  (2-seitig) und mit Chi-Quadrat (1) = .03 bei  $p = .85$  nicht signifikant.

Zur Überprüfung der H1<sub>b</sub>: „Es gibt signifikant mehr Frauen mit einem Lähmungswunsch als Männer mit diesem Wunsch.“ wurde, um den Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Lähmungswunsch zu überprüfen, ebenfalls ein Chi-Quadrat-Test berechnet. Das Ergebnis ist ebenso auf dem Niveau von  $\alpha = 5\%$  (2-seitig) und mit Chi-Quadrat (1) = .90 bei  $p = .34$  nicht signifikant.

Zur Überprüfung der H2: „Die Schwere des BIID-Dranges korreliert signifikant positiv mit der Stärke der sexuellen Komponente.“ wurde, um den Zusammenhang beider Variablen zu überprüfen, eine Spearman Korrelation berechnet. Das nicht-parametrische Verfahren wurde verwendet, da die Annahme einer Normalverteilung für die Schwere des BIID-Dranges verletzt wurde. Diese Annahme wurde mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests überprüft. Da die asymptotische Signifikanz ( $p = .00$ ) geringer ist als der Richtwert von .05, kann nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden. Aus diesem Grund wird der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman errechnet. Diese Korrelation ist auf dem Niveau von  $\alpha = 5\%$  (2-seitig) nur bei der dritten Frage zur sexuellen Komponente mit einem  $p = .02$  und einem Korrelationskoeffizienten von .29 signifikant. Es handelt sich dabei allerdings nur um schwache Korrelation.

Zur Überprüfung der H3<sub>a</sub>: „Das Ausmaß psychopathologischer Abweichung in der Persönlichkeit korreliert signifikant positiv mit der Schwere des BIID-Wunsches.“ wurde, um den Zusammenhang beider Variablen zu überprüfen, wiederholt der Koeffizient nach Spearman berechnet. Hier handelt es sich jedoch um eine einseitige Testung. Die Rangkorrelationskoeffizienten werden dabei in Tabelle 3 dargestellt. Keine der aufgeführten Zusammenhänge ist jedoch signifikant.

**Tabelle 3. Korrelation zwischen PSSI und BIIID-Severity**

eigenwillig- paranoid	Korrelation	-,037	loyal-abhängig	Korrelation	-,046
	Signifikanz	,769		Signifikanz	,721
	N	65		N	64
zurückhaltend- schizoid	Korrelation	-,124	sorgfältig- zwanghaft	Korrelation	-,076
	Signifikanz	,321		Signifikanz	,563
	N	66		N	60
ahnungsvoll- schizotypisch	Korrelation	,081	kritisch- negativistisch	Korrelation	-,217
	Signifikanz	,533		Signifikanz	,098
	N	62		N	59
spontan- borderline	Korrelation	-,192	still-depressiv	Korrelation	-,102
	Signifikanz	,122		Signifikanz	,436
	N	66		N	61
liebenswertig- histrionisch	Korrelation	-,037	hilfsbereit-selbstlos	Korrelation	-,176
	Signifikanz	,769		Signifikanz	,186
	N	65		N	58
ehrgeizig- narzisstisch	Korrelation	-,048	optimistisch- rhapsodisch	Korrelation	,055
	Signifikanz	,707		Signifikanz	,675
	N	63		N	61
selbstkritisch- selbstunsicher	Korrelation	-,020	selbstbehauptend- antisozial	Korrelation	-,003
	Signifikanz	,877		Signifikanz	,979
	N	60		N	60

Zur Überprüfung der H3b: „Das Ausmaß psychopathologischer Abweichung in der Persönlichkeit korreliert signifikant positiv mit der Stärke der sexuellen Komponente.“ wurde, um den Zusammenhang beider Variablen zu überprüfen, das oben beschriebene Verfahren repliziert. Die Tabelle 4 bildet alle Zusammenhänge ab, die rot markierten sind signifikant. Diese werden in der Diskussion zusammengefasst und ausgeführt.

**Tabelle 4. Korrelation zwischen PSSI und sexueller Komponente**

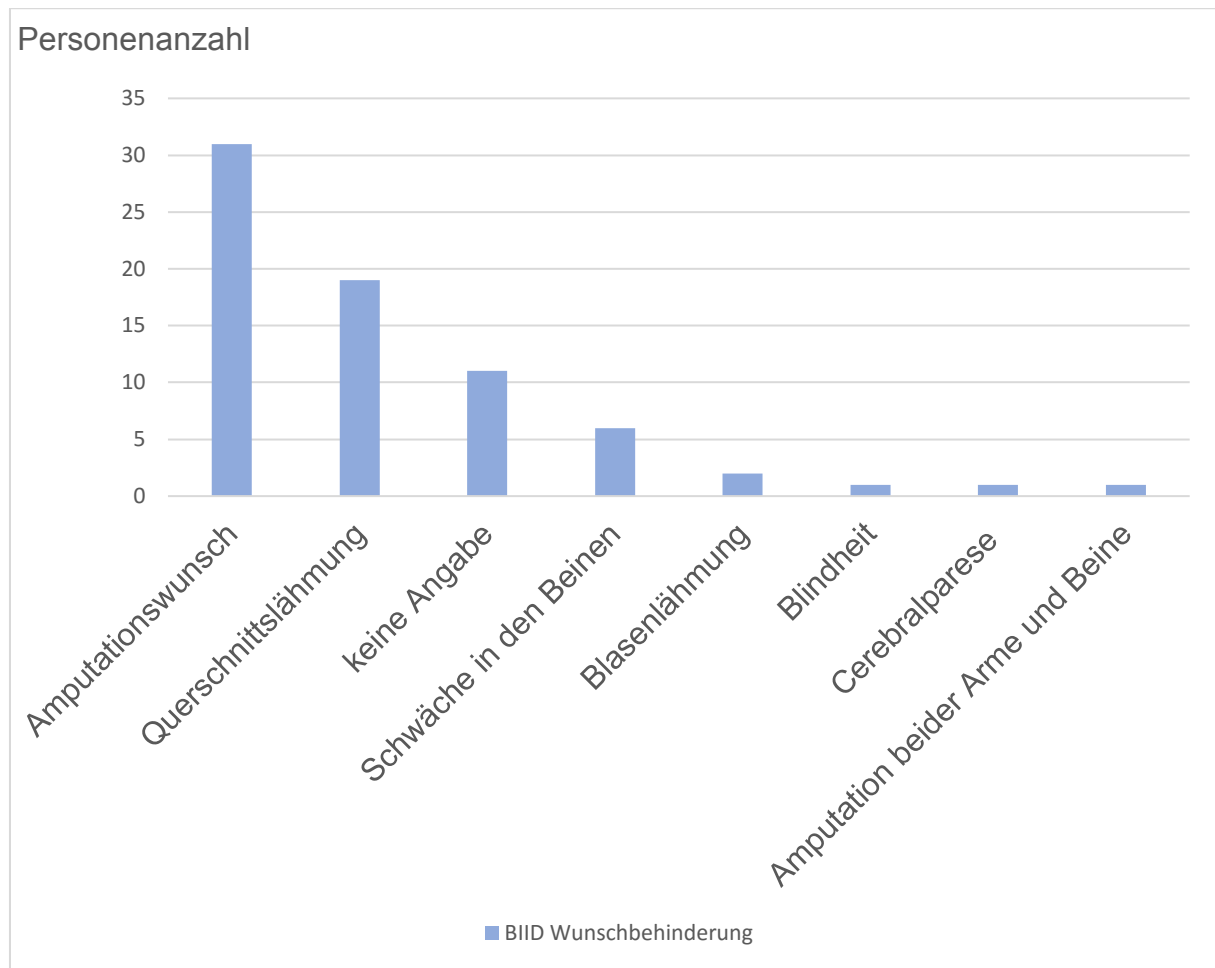
	Ist es für Sie sexuell erregend, wenn andere amputiert sind?		Finden Sie Ihr Genital schöner, wenn sie sich vorstellen, Ihr Bein ist amputiert?		Ist es für Sie sexuell erregend, wenn Sie sich selbst amputiert vorstellen?	
eigenwillig-paranoid	Korrelation	-,085	Korrelation	-,095	Korrelation	-,085
	Signifikanz	,499	Signifikanz	,447	Signifikanz	,498
	N	66	N	66	N	66
zurückhaltend-schizoid	Korrelation	,231	Korrelation	,050	Korrelation	,080
	Signifikanz	,060	Signifikanz	,687	Signifikanz	,521
	N	67	N	67	N	67
ahnungsvoll-schizotypisch	Korrelation	-,228	Korrelation	-,238	Korrelation	-,118
	Signifikanz	,073	Signifikanz	,061	Signifikanz	,358
	N	63	N	63	N	63
spontan-borderline	Korrelation	,025	Korrelation	-,238	Korrelation	,095
	Signifikanz	,843	Signifikanz	,053	Signifikanz	,447
	N	67	N	67	N	67
liebenswürdig-histrionisch	Korrelation	-,242	Korrelation	-,081	Korrelation	-,088
	Signifikanz	,050	Signifikanz	,516	Signifikanz	,485
	N	66	N	66	N	66
ehrgeizig-narzisstisch	Korrelation	-,163	Korrelation	-,254	Korrelation	-,064
	Signifikanz	,199	Signifikanz	,043	Signifikanz	,616
	N	64	N	64	N	64
selbstkritisch-selbstunsicher	Korrelation	,147	Korrelation	-,17	Korrelation	,112
	Signifikanz	,261	Signifikanz	,172	Signifikanz	,395
	N	60	N	60	N	60
loyal-abhängig	Korrelation	-,255	Korrelation	-,233	Korrelation	-,110
	Signifikanz	,041	Signifikanz	,062	Signifikanz	,383
	N	65	N	65	N	65
sorgfältig-zwanghaft	Korrelation	-,161	Korrelation	-,194	Korrelation	-,197
	Signifikanz	,222	Signifikanz	,140	Signifikanz	,134
	N	59	N	59	N	59
kritisch-	Korrelation	,017	Korrelation	-,155	Korrelation	,047

negativistisch						
	Signifikanz	,897	Signifikanz	,238	Signifikanz	,723
	N	60	N	60	N	60
still-depressiv	Korrelation	,147	Korrelation	-,059	Korrelation	,093
	Signifikanz	,254	Signifikanz	,647	Signifikanz	,472
	N	62	N	62	N	62
hilfsbereit-selbstlos	Korrelation	- ,159	Korrelation	-,228	Korrelation	-,110
	Signifikanz	,232	Signifikanz	,086	Signifikanz	,412
	N	58	N	58	N	58
optimistisch-rhapsodisch	Korrelation	- ,375	Korrelation	-,218	Korrelation	-,224
	Signifikanz	,003	Signifikanz	,089	Signifikanz	,080
	N	62	N	62	N	62
selbstbehauptend-antisozial	Korrelation	- ,081	Korrelation	,044	Korrelation	,028
	Signifikanz	,533	Signifikanz	,73	Signifikanz	,832
	N	61	N	61	N	61

Der Ranglistenkorrelationskoeffizient ist bei der Überprüfung der H4: „Es besteht eine signifikante Korrelation zwischen dem Bindungsstil und der Schwere von BILD.“ auf dem Niveau von  $\alpha = 5\%$  (2-seitig) für keine der drei Dimensionen signifikant. Der Signifikanzwert beträgt für die Subskala Nähe .12 ( $r_s = .15$ ), für die Skala Vertrauen .27 ( $r_s = .08$ ) und für die Angstskala .22 ( $r_s = -.10$ ).

Auf die Frage „Um welche Art von Behinderung handelt es sich bei Ihrem Wunsch?“ antworteten 43% mit der Angabe eines Amputationswunsches, 26% mit der Angabe einer Querschnittslähmung, 1% mit der Angabe einer Blindheit, 3% mit der Angabe einer Blasenlähmung, 1 % mit der Angabe einer Amputation beider Arme und Beine, 8 % mit der Angabe einer Schwäche in den Beinen, 1% mit der Angabe einer Cerebralparese und 15% mit fehlenden Angaben. Die untenstehende Abbildung 1 stellt die Häufigkeiten der Wunschbehinderungen graphisch dar.

**Abbildung 1. Wunschbehinderung**

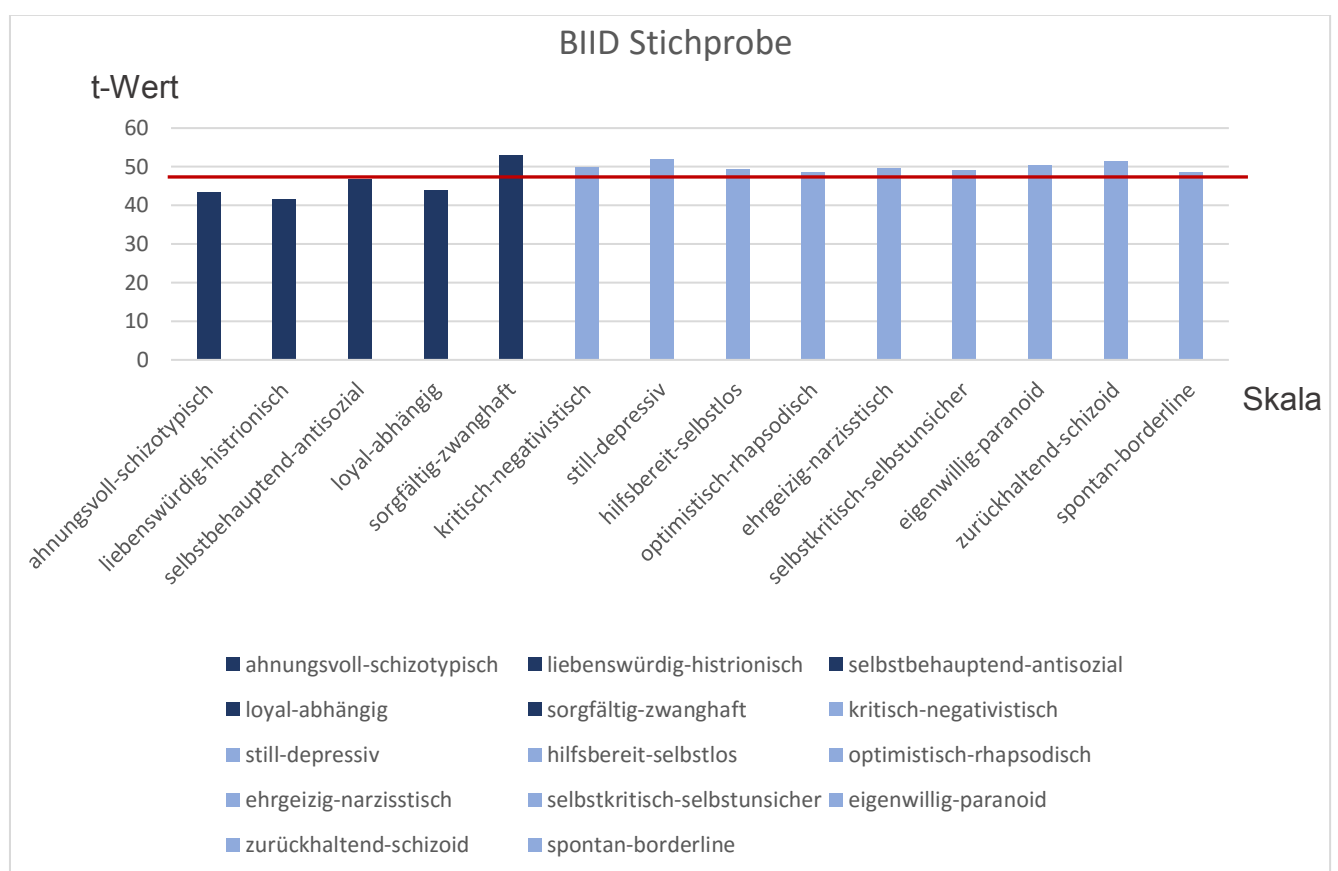


Im Laufe der Untersuchung wurde außerdem überprüft, ob die Schwere der BIID mit dem Bildungsgrad, dem Alter oder dem Geschlecht zusammenhängt. Der Zusammenhang mit dem Geschlecht wurde über einen Chi-Quadrat Test berechnet. Hier ergab sich bei einer asymptotischen Signifikanz von .85 kein statistischer Zusammenhang zwischen den beiden Variablen. Das Alter, sowie der Bildungsgrad wurden erneut einer Spearman Korrelation unterzogen. Das Alter zeigte keinen statistischen Zusammenhang mit einem  $p = .40$  und einem  $r = .11$ , ebenso wenig der Bildungsgrad mit einem  $p = .21$  und einem  $r = .16$ .

Zur Überprüfung der H5: "Die BIID-Betroffenen zeigen signifikante Abweichungen bei den 14 Persönlichkeitsstilen- und Störungen gegenüber der Normalbevölkerung" wurde ein t-Test für eine Stichprobe berechnet. Dabei wurde ein Testwert von 50 gewählt, da dies dem Mittelwert der Normstichprobe entspricht. Es handelt sich dabei

um eine T-Skala. Es wurde eine Hoch-Signifikanz für den ahnungsvollen Persönlichkeitsstil gefunden, mit einem  $p = .00$ . Der Mittelwert der Stichprobe liegt hier bei  $T = 43.39$ . Der lebenswürdige Persönlichkeitsstil wurde ebenfalls mit einem  $p = .00$  signifikant, der Mittelwert beträgt hier 41.66. Ebenfalls der loyale Stil zeigt eine hohe statistische Bedeutsamkeit mit einem  $p = .00$  und einem Mittelwert von 43.79. Ein  $p = .02$  zeigte der sorgfältige Stil, hier beträgt der Mittelwert jedoch 52.92. Zuletzt wurde noch der selbstbehauptende Stil mit einem  $p = .01$  und einem Mittelwert von 46.79 statistisch bedeutsam.

**Abbildung 2. PSSI-Werte bei der BIID Stichprobe**

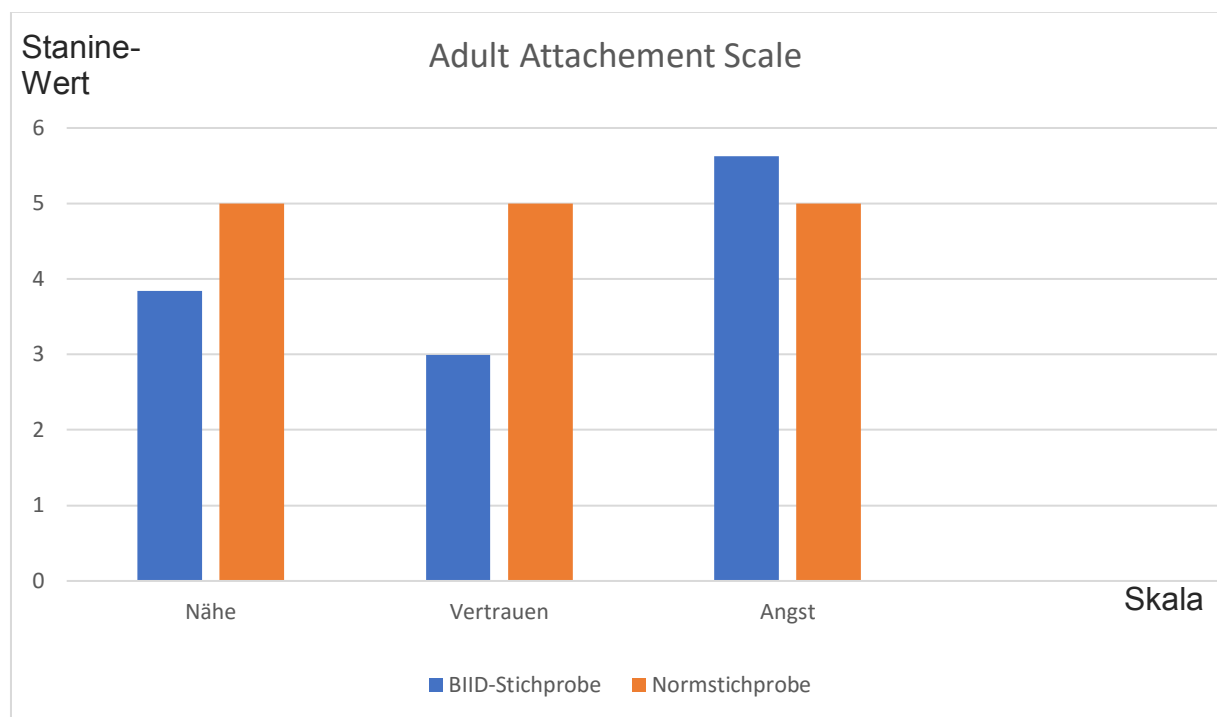


Zur Abbildung: Die dunkelblauen Säulen sind die signifikant abweichenden Ergebnisse der BIID-Betroffenen, während die hellblauen Säulen den Ergebnissen der Normalbevölkerung sehr nahe Ergebnisse abbilden. Die rote Linie bildet den T-Wert 50 ab, also die Normgrenze.

Zur Überprüfung der H6: "Die BIID-Betroffenen zeigen signifikante Abweichungen bei der Bindung gegenüber der Normalbevölkerung" wurde ein t-Test für eine Stichprobe berechnet. Der Testwert beträgt hierfür 5, da es sich um den Mittelwert der Stanine-Skala handelt. Das Ergebnis ist für die Subskala Angst bei einem  $p = .20$  und

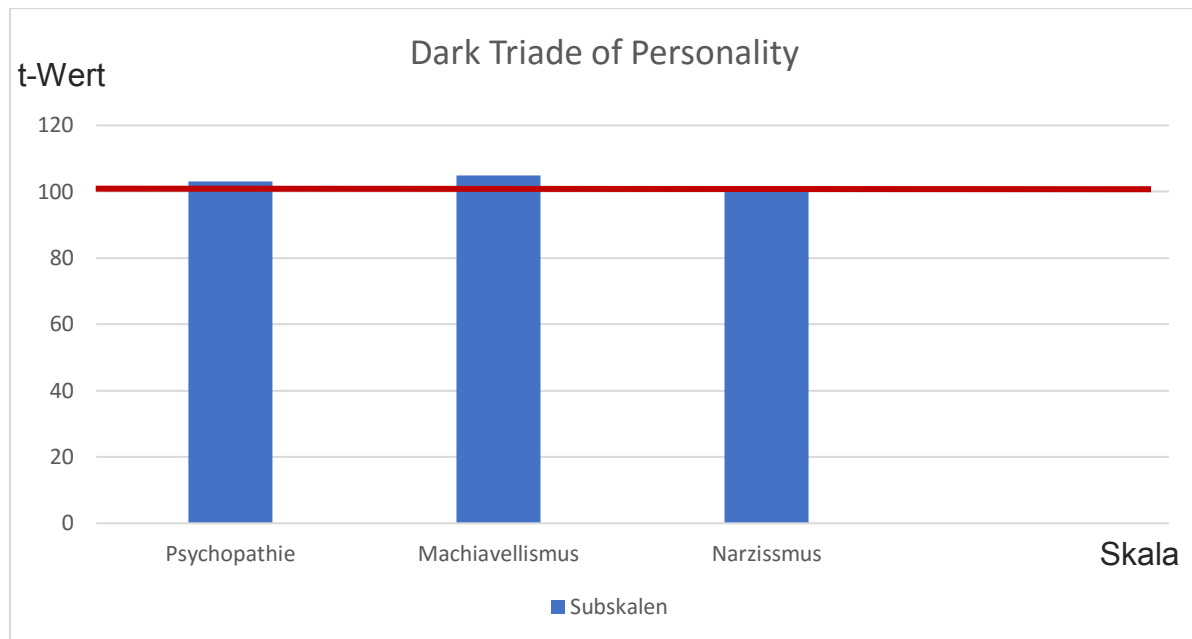
einem Mittelwert von 5.36 nicht signifikant. Für die Subskala Vertrauen kann auf dem Niveau von  $\alpha = 5\%$  jedoch eine Hoch-Signifikanz ermittelt werden, bei einem  $p = .00$  und einem Mittelwert von 2.99. Auch für die Skala Nähe ergibt sich mit einem  $p = .00$  und einem Mittelwert von 3.48 ein hochsignifikantes und damit relevantes Ergebnis.

**Abbildung 3. AAS-R-Werte bei der BIID Stichprobe**



Zur Überprüfung der H7: “Die BIID-Betroffenen zeigen signifikante Abweichungen bei dem Konstrukt Psychopathie gegenüber der Normstichprobe“ wurde ein t-Test für eine Stichprobe berechnet. Hier liegt eine IQ-Skala vor, weshalb der Wert 100 als Testwert eingefügt wurde. Die Ergebnisse sind für die Subskala Psychopathie sowie Machiavellismus beide auf dem Niveau von  $\alpha = 5\%$  bei einem hochsignifikanten  $p = .00$  und einem Mittelwert von 104.83 für Psychopathie und 108.36 für Machiavellismus statistisch bedeutsam. Für Narzissmus ist das Ergebnis bei einem hochsignifikanten  $p = .00$  und einem Mittelwert von 100.43 nicht signifikant.

**Abbildung 4. TOP-Werte bei der BIID Stichprobe**



Die Abbildung zeigt die Ergebnisse der Studienteilnehmer für das Verfahren TOP, welches das Konstrukt Psychopathie abbilden soll. Die rote Linie stellt die Lage der Werte von der Normstichprobe dar. Zu erkennen ist, dass die Normgrenze der beiden Subskalen Psychopathie und Machiavellismus von den BIID-Betroffenen leicht überstritten wurde.

Leider sind zu den Subgruppenbildungen keinerlei relevante Ergebnisse zu berichten. Der BIID-Severity-Survey korreliert mit keinem der erhobenen psychologischen Konstrukte. Lediglich konnte in Bezug auf die sexuelle Komponente eine zweigipflige Gruppierung festgestellt werden. Hierzu wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, bei der die Variablen sexuelle Komponente und BIID-Severity miteinander korreliert wurden. Aus den untenstehenden Tabellen 5. und 6. sind die Ergebnisse abzulesen sowie aus der folgenden Abbildung 5.

**Tabelle 5. Einfaktorielle ANOVA BIID-Drang und sexuelle Komponente**

Einfaktorielle ANOVA					
BIID_Gesamt					
	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	6,781	3	2,260	1,734	,170
Innerhalb der Gruppen	75,622	58	1,304		
Gesamt	82,403	61			

## Abbildung 5. BIID-Drang und sexuelle Komponente

### Mittelwert-Diagramme

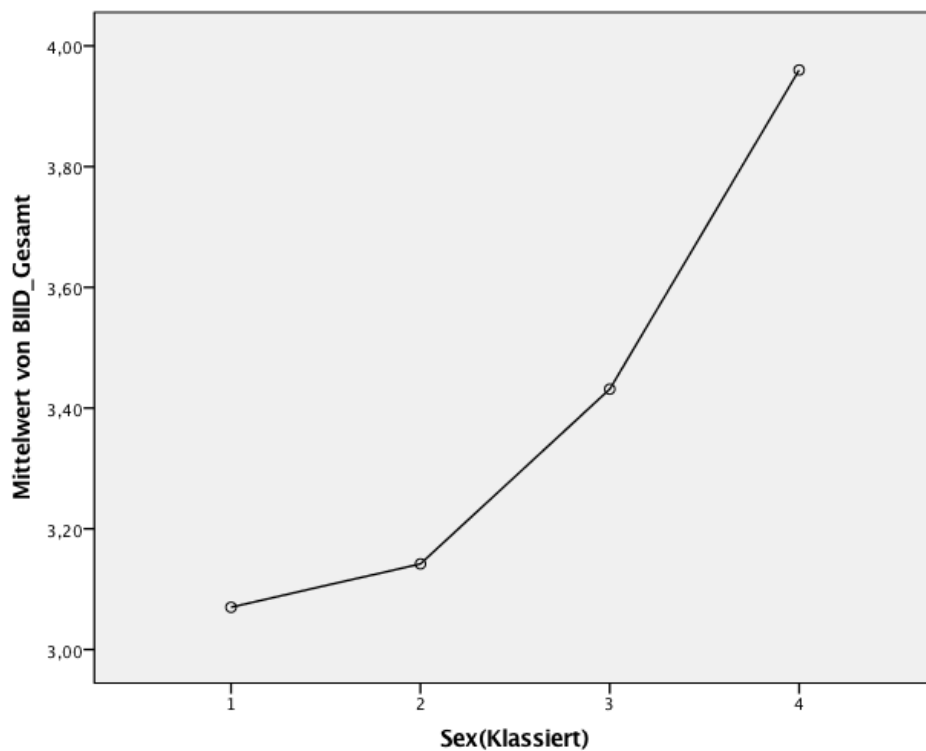


Tabelle 6. Kreuztabelle Gruppierung zu der sexuellen Komponente

		Kreuztabelle				
Anzahl		BIID_Severity				
		very mild	mild	medium	severe	Gesamt
sex_dich	1,00	16	17	16	1	50
	2,00	1	4	7	0	12
Gesamt		17	21	23	1	62

Im Diskussionsteil wird erneut auf die Ergebnisse zu der sexuellen Komponente und des BIID-Dranges eingegangen.

#### 4. Diskussion

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass nach der Auswertung der Daten in fünf Fällen die Alternativhypothese bestätigt werden konnte und das Ziel, weitere Wunschbehinderungen zu identifizieren, ebenfalls gelungen ist. In weiteren vier Fällen konnte die Nullhypothese bestätigt und somit keine Korrelation festgestellt werden. Des Weiteren konnte der Zusammenhang zwischen BIID und Geschlecht, Alter und Bildungsgrad statistisch ausgeschlossen werden.

Im kommenden Abschnitt sollen die Ergebnisse der einzelnen Hypothesen, aus dem theoretischen Hintergrund des wissenschaftlichen Forschungsstandes heraus, diskutiert und beurteilt werden.

Aus den Auswertungen geht hervor, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der psychopathologischen Abweichung und der sexuellen Komponente gibt. Die zunächst explorativ untersuchte Variable ergab, dass die Persönlichkeitsstile- und Störungen liebenswürdig-histrionisch, ehrgeizig-narzistisch, loyal-abhängig sowie optimistisch-rhapsodisch mit der Stärke der sexuellen Komponente korrelieren. Je stärker die sexuelle Komponente ist, desto geringer sind die Persönlichkeitsstile ausgeprägt.

Auch sind die psychopathologischen Abweichungen in den Skalen ahnungsvoll-schizotypisch, liebenswürdig-histrionisch, loyal-abhängig, sorgfältig-zwanghaft und selbstbehauptend-antisozial, gegenüber der Normstichprobe statistisch nachzuweisen. Demnach zeigt die BIID-Stichprobe eine statistisch signifikant geringere Ausprägung dieser Skalen.

Ein besonders neues und interessantes Ergebnis ist jedoch der Wunsch nach einer Körperlichen Behinderung, die über die bisher bekannten Amputationen und Querschnittslähmungen hinausgehen. Es wurden 4 neue Wunschbehinderungen identifiziert, der Wunsch nach einer Blasenlähmung, einer Amputation beider Arme und Beine, einer Schwäche in den Beinen und einer Cerebralparese.

Der Wunsch nach Behinderung wird angenommen, sei etwas, was die Betroffenen schon im Kindesalter verspüren und über Jahre bis ins Erwachsenenalter anhält (Obernolte et al. 2015). In dieser Stichprobe wurden auch erstmals besonders junge Teilnehmer (14 Jahre) berücksichtigt, der Durchschnitt liegt aber auch in dieser

Studie wie in den vergangenen bei einem Alter von 40 Jahren.

Noch immer gibt es keine für BIID spezifizierten Therapie-Verfahren, mit denen sich die Betroffenen helfen können. Auch ist die klare Trennung von BIID und anderen Störungen zum Beispiel Fetischismus noch immer nicht möglich. Weitere Forschung ist daher dringend notwendig.

### **Diskussion der Hypothesen**

H1<sub>a</sub>: Es gibt signifikant mehr Männer mit einem Amputationswunsch als Frauen mit diesem Wunsch. Diese Hypothese konnte mit Chi-Quadrat (1) = .90 bei  $p = .34$  nicht bestätigt werden. H1<sub>b</sub>: Es gibt signifikant mehr Frauen mit einem Lähmungswunsch als Männer mit diesem Wunsch. Diese Hypothese konnte mit Chi-Quadrat (1) = .03 bei  $p = .85$  ebenfalls nicht bestätigt werden. Augenscheinlich gab es in den bisherigen Untersuchungen mehr Männer mit Amputationswunsch, was auch daher rührte, dass der Männeranteil insgesamt stärker vertreten ist. Nach der statistischen Auswertung hingegen kann in dieser Studie kein bedeutsamer Einfluss des Geschlechts auf die Wunschbehinderung gefunden werden.

H2: Die Schwere des BIID-Dranges korreliert signifikant positiv mit der Stärke der sexuellen Komponente. Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Die Items „Finden Sie Ihr Genital schöner, wenn sie sich vorstellen, Ihr Bein ist amputiert?“ und „Ist es für Sie sexuell erregend, wenn Sie sich selbst amputiert vorstellen?“ korrelieren signifikant positiv mit der Schwere des BIID-Dranges. Je stärker der BIID-Drang ist, desto eher sind die Betroffenen sexuell erregt, wenn sie sich amputiert vorstellen, sowie wie sie ihr Genital schöner finden. Je stärker der erotische Aspekt des Amputationswunsches ist, umso stärker ist auch die Stärke des BIID-Wunsches. Diese Ergebnisse sind auch theoriekonform, mit der Annahme, dass BIID eine Identitätsstörung ist, wenn davon ausgegangen wird, dass die sexuelle Komponente mit der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper zusammenhängt. Durchaus denkbar ist aber auch, dass es eben große Überlappungen zwischen BIID und Mancophilie gibt. Die Trennung hier ist noch bisher noch nicht möglich. Kritisch ist außerdem zu betrachten, dass die sexuelle Komponente mit drei Fragen erhoben und gegen 14 Skalen des PSSIs berechnet wurde. Eine statistisch wertvollere Auswertung wäre bei

Erhöhung der Items für die Erfassung der sexuellen Komponente möglich, da es sich hierbei um ein vielschichtiges Konstrukt handelt, das nicht mit wenigen Fragen komplett zu erfassen ist.

H3<sub>a</sub>: Das Ausmaß psychopathologischer Abweichung in der Persönlichkeit korreliert nicht signifikant positiv mit der Schwere des BIID-Wunsches. Dieses Ergebnis passt zu der bisherigen Literatur über BIID Forschung, in der auch postuliert wird, dass BIID-Betroffene im psychopathologischen Befund keine Auffälligkeiten zeigen.

H3<sub>b</sub>: Das Ausmaß psychopathologischer Abweichung in der Persönlichkeit korreliert signifikant positiv mit der Stärke der sexuellen Komponente. Eine exakte Festlegung, mit welcher der erfassten Skalen (z.B. paranoid, narzisstisch, zwanghaft, usw.) sich Zusammenhänge ergeben, konnte hier zu Beginn der Untersuchung nicht erfolgen, da es aus der Literatur kaum Hinweise gibt und diese Frage daher nur explorativ untersucht wurde. Es wurde jedoch herausgefunden, dass bei den Skalen spontan-borderline, liebenswürdig-histrionisch, ehrgeizig-narzisstisch, loyal-abhängig und optimistisch-rhapsodisch Abweichungen gegenüber der allgemeinen Bevölkerung ergeben. Das bedeutet, dass die BIID-Betroffenen, die in diesen Skalen Auffälligkeiten zeigen, gleichzeitig auch in der sexuellen Komponente Abweichungen haben. Da die BIID-Betroffenen nicht über, sondern unterdurchschnittliche Testwerte erzielten, ist das Interpretieren der Werte nicht ohne weiteres möglich. Je schöner die Betroffenen ihr Genital finden, desto weniger stark sind die Persönlichkeitsstile spontan und ehrgeizig ausgeprägt. Sie befinden sich also von der pathologischen Übersteigerung „Borderline“ weit entfernt und bilden damit die Instabilität des Selbst keineswegs ab. Auch zeigt der Zusammenhang zwischen der sexuellen Komponente und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung signifikant negative Korrelationen, das heißt, je schöner die Betroffenen ihr Genital finden desto weniger sind sie an besondere Leistung, alternativen Lebensstil oder ausgefallene Dingen interessiert. Das Item „Ist es für Sie sexuell erregend, wenn andere amputiert sind?“ korreliert mit liebenswürdig-histrionisch, loyal-abhängig und optimistisch-rhapsodisch signifikant positiv. Das heißt, je erregender die Betroffenen es finden, wenn andere amputiert sind, desto histrionischer, abhängiger und rhapsodischer sind sie. Auch die Ausprägungen der Persönlichkeitsstile liebenswürdig, loyal sowie optimistisch steigen mit der sexuellen Komponente.

H4: Es besteht keine signifikante Korrelation zwischen dem Bindungsstil Nähe, Vertrauen oder Angst und der Schwere von BIID. Auch wenn es keine statistische Korrelation zwischen den Variablen gibt, wurde die statistische Abweichung in der Bindung bei BIID-Betroffenen in der H7 bestätigt.

Als weiteres Ziel wurde in dieser Arbeit untersucht, welche weiteren Wünsche nach Behinderung vorhanden sind, abgesehen von dem bekannten Wunsch nach Amputation, Querschnittslähmung oder Erblindung. Aus der Auswertung gehen der Wunsch nach einer Blasenlähmung, die Amputation beider Arme und Beine, nach Schwäche in den Beinen sowie nach einer Cerebralparese hervor. Dies wurde bisher noch in keiner Publikation berichtet.

Die im Laufe der Untersuchung überprüften Ergebnisse, ob die Schwere der BIID mit dem Bildungsgrad, dem Alter oder dem Geschlecht korreliert, zeigten keine Korrelationen auf. Dies ist bei psychischen Störungen häufig der Fall und war auch so zu erwarten.

H5: "Die BIID-Betroffenen zeigen signifikante Abweichungen bei den Persönlichkeitsstilen- und Störungen gegenüber der Normalbevölkerung" wurde bestätigt. In den meisten Skalen zeigen die Probanden der Studie der Normalbevölkerung ähnliche Werte. In den Persönlichkeitsstilen ahnungsvoll, liebenswürdig, loyal, sorgfältig und selbstbehauptend weist die Stichprobe statistische Abweichungen von der Normalbevölkerung auf. Das heißt, die Teilnehmer dieser Studie zeigen tendenziell weniger warmherziges Verhalten, Gegenstände und Personen erhalten weniger emotionale Bedeutung, sie sind weniger gründlich, zeigen weniger die Bereitschaft eigene Bedürfnisse zurückzustellen, aber setzen sich auch viel weniger rücksichtslos durch. In den schizotypischen, histrionischen, abhängigen, zwanghaften und antisozialen Persönlichkeitsstörungen gibt es ebenfalls Normabweichungen, da diese aber unterdurchschnittlich sind und die Abweichung wie im Ergebnisteil berichtet sich auch nicht unter einem T-Wert von 40 bewegt, kann hier nur schwer eine Aussage zu diesen Befunden getroffen werden. Erst wenn die Ergebnisse über dem mittleren Richtwert sich befinden, kann die pathologische Ausprägung an Bedeutung gewinnen, was in dieser Stichprobe nicht passiert ist. Es ist zu beobachten, dass die Partizipierenden in den Skalen unter dem Mittelwert liegende Ergebnisse erzielen. Wie auch bei anderen psychischen Störungen ist eine deskriptive Beschreibung anhand der Persönlichkeitsstile möglich, aber es kann kein

Persönlichkeitsprofil für BIID-Betroffene erstellt werden. Deutlich wird jedoch auch, dass durch das Erzielen lediglich unterdurchschnittlicher Werte eine Auffälligkeit besteht, die im Manual von den Autoren genauer beschrieben wird. An dieser Stelle wird betont, dass niedrige Kennwerte nicht automatisch auf ein Gegenpool zu interpretieren sind. Dies kann zwar der Fall sein, aber da die Persönlichkeitsstile affektmodulierte Bevorzugungen sind, ist nach einem ausführlichen Gespräch mit den Testanden eine zweite Reaktion abzuwarten, die aufgrund der Online-Umfrage nicht möglich war. Erst dann können die niedrigen Werte auch zu validen Aussagen führen. Wenn jedoch die abweichenden Werte sich nur im unteren Normbereich bewegen, wie es in dieser Stichprobe der Fall ist, kann dies auf eine möglicherweise latent hohe Ausprägung des betreffenden Stils hinweisen, die abgewehrt wird, weil sie nicht ins Selbstbild passt. Hierzu haben die Forscher Molnar-Szakcs, Uddin & Iacobini (2005) mittels einer transkraniellen Magnetstimulation herausgefunden, dass die explizit verneinten Selbstaspekte hirnbilologisch vergleichbare Strukturen und Funktionen aktivieren wie die Merkmale, die explizit als zutreffend auf die eigene Person eingeschätzt werden. Die Betroffenen können also möglicherweise auch nicht Willens oder gar nicht in der Lage sein, über ihre Persönlichkeit Auskunft zu geben. Hierzu wird daher wiederholt betont, dass die Online Studie keineswegs eine Diagnose darstellt oder eine gründliche psychologische Untersuchung ersetzt.

H6: "Die BIID-Betroffenen zeigen signifikante Abweichungen bei der Bindung gegenüber der Normalbevölkerung auf" konnte bestätigt werden. Für die Subskalen Vertrauen und für Nähe gibt es deutliche Normabweichungen. Dies bildet einen ätiologischen Erklärungsansatz für BIID. Die Betroffenen zeigen wider Erwarten in der Skala Angst jedoch keine Abweichungen. Im Einleitungsteil der Arbeit wird von Stigmatisierungsängsten von Betroffenen berichtet, die sich mit den Psychometrika nicht nachweisen lassen. Dennoch passt dieses Ergebnis zu dem einschneidenden Wunsch nach einer körperlichen Behinderung, denn die körperliche Modifizierung könnte auch in Form von Tattoos oder Anderem zeigen, statt z.B. in einer Amputation, welche eine deutlich härtere und irreversible Methode ist.

H7: "Die BIID-Betroffenen zeigen signifikante Abweichungen bei dem Konstrukt Psychopathie gegenüber der Normstichprobe" konnte bestätigt werden. Für die Subskala Machiavellismus und Psychopathie gibt es Abweichungen, für Narzissmus hingegen nicht. Diese Ergebnisse sind jedoch kritisch zu betrachten, da der

Reliabilitätswert für die verwendete Kurzform der Top unzureichend ist und lediglich für die Langversion akzeptabel. Daher ist diese Hypothese statistisch zwar signifikant, aber aus Forschungsmethodischen Gründen weniger stark zu berücksichtigen.

Da der BIID-Severity Fragebogen mit keinem der gewählten psychologischen Konstrukte korreliert, konnte keine Subgruppenbildung vorgenommen werden. Es stellte sich lediglich heraus, dass es zwei Gruppen von BIID Betroffenen gibt. In Gruppe 1 konnte Folgendes festgestellt werden: Je schwächer der BIID-Drang ist, desto stärker ist ebenfalls die sexuelle Komponente enthalten. In Gruppe 2 hingegen ist die sexuelle Komponente umso stärker, je stärker auch der BIID-Drang ist. Folglich ist für die Gruppe 2 bei der Stärke von BIID auch die sexuelle Komponente von großer Bedeutung, während die Stärke des BIID-Dranges bei Gruppe 1 weniger von der sexuellen Komponente abhängt.

Bereits in der Publikation von Oddo et. al. (2014) wurden Abweichungen in Persönlichkeitsmerkmalen berichtet. Sie konnten mit diversen Psychometrika erhöhte Verträglichkeit, Autonomie und Zurückhaltung im Umgang mit anderen feststellen. Auch in dieser Arbeit erzielten die Partizipierenden unterdurchschnittliche Werte für die Persönlichkeitsstile ahnungsvoll, liebenswürdig, loyal, sorgfältig und selbstbehauptend. Auch in den schizotypischen, histrionischen, abhängigen, zwanghaften und antisozialen Persönlichkeitsstörungen zeigen sie ebenfalls unterdurchschnittliche Werte. In der Bindungsdiagnostik haben sich ebenfalls Abweichungen ergeben, die bei ätiologischen Erklärungsansätzen herangezogen werden können. Wie bereits im theoretischen Hintergrund erläutert ist die Bindung für eine spätere gesunde psychosoziale Entwicklung von großer Bedeutung. Das Ergebnis aus dieser Studie kann als ein Faktor im multikausalen ätiologischen Ansatz für BIID dienen und eine Begründung liefern, warum gerade eine Stichprobe mit Auffälligkeiten in der Bindung einen Wunsch nach Behinderung verspüren. Gerade bei den Wunschbehinderungen „Cerebralparese“ und „Blasenlähmung“ ist die theoretische Einbettung in das Modell, BIID sei eine Körperidentitätsstörung nur schwer nachvollziehbar. Hierbei könnten Baubet T. et al. (2007) herangezogen werden, die davon ausgehen, dass psychische Störungen unter BIID subsumiert und so zum Ausdruck gebracht werden.

## **Limitation**

Diese Studie wurde als eine Onlinestudie konzipiert. Hier gelten die Einschränkungen wie in allen anderen Studien zu BIID, die nicht persönlich von klinischem Fachpersonal durchgeführt wurde. Eine Sicherstellung der Teilnahme von ausschließlich BIID-Betroffenen ist umstritten. Dies liegt zum einen daran, dass das Konstrukt noch keine feste Entität hat, sowie es schwierig ist zu differenzieren, ob der Wunsch nach Amputation wegen der Körperidentität oder des Vorliegens eines Fetischismus ist.

Für die Kurzversion des Instruments TOP wurden schlechte Reliabilitätswerte berechnet und auch im Manual werden diese schon berichtet. Nur für die Langversion sind bessere Werte berechnet worden. Allerdings konnte in dieser Studie nur die Kurzform verwendet werden, da die Probanden bereits einer Zeit von 40 Minuten ausgesetzt waren und eine Abbruchquote sowie unvollständiges Ausfüllen minimiert werden sollten. Das Instrument wurde ausgewählt, um eine Erweiterung der Persönlichkeitsmerkmale zu bieten. Da dieses Konstrukt bisher noch von keinem Alternativverfahren erfasst wird, wurde der TOP trotz methodischer Mängel verwendet. Daher sind auch die Ergebnisse mit diesem Verfahren höchstens als Indiz zu nutzen.

Im PSSI konnte ein Item von 139 aufgrund eines systematischen Fehlers nicht ausgewertet werden. Unter der Datenbereinigung wurde diese Variable als fehlend eingetragen.

Der BIID-Severity-Survey von Fischer ist bis heute nicht validiert und weist in der Verwendung methodische Mängel auf, die zum Teil erst im Laufe der Untersuchung offenkundig wurden. Die Fragen 33-38 wurden als offene Fragen formuliert und das Antwortformat nicht vorgegeben. Daher konnten die Angaben nicht ausgewertet und interpretiert werden. Das Instrument hat zudem kein Manual und bisher nur die Publikation als Quelle. Darin ist nicht beschrieben, wie die offenen Antworten in Kategorien eingeteilt werden konnten. Die Probanden antworteten auf Fragen wie „Wie viel Zeit verbringen Sie mit Gedanken an eine BIID-bezogene Operation?“ mit „sehr viel“, „2-3 Mal wöchentlich“ und „10%“. Hier konnte keine sinnvolle Einteilung festgestellt werden. Da BIID noch immer schwer zu trennen ist von anderen Störungen, kann mit dem Instrument nicht festgestellt werden, ob jemand betroffen ist, sondern eine Stärke des BIID-Dranges. Daher gibt es auch keinen Cut-Off-Wert. Das Instrument bildet die Grundlage für die Korrelationen mit den psychologischen

Testinstrumenten, daraus resultiert, dass eine Subgruppenbildung von BIID methodisch nicht zu verwirklichen ist.

Wie bei allen Selbstbeurteilungsinstrumenten tritt hier natürlich auch die Problematik der willentlichen sowie nichtwillentlichen Manipulierbarkeit der Daten seitens der Probanden auf. Hierzu könnte in den nächsten Studien eine Skala zur sozialen Erwünschtheit oder eine Lügenskala beigefügt werden. Am Reliabelsten wäre die Durchführung der Testverfahren persönlich mit einem Psychologen unter dessen persönlicher Einschätzung zu der Person.

Die offenen Antworten konnten nicht ausgewertet werden und finden daher keine Erwähnung im Ergebnisteil. Allerdings war die medizinische und psychologische Fachkunde der Partizipierenden nicht zu übersehen. Sehr häufig wurden mit Fachbegriffen zum Beispiel die gewünschte Behinderung beschrieben.

### **Ausblick**

Durch diese Erhebung wurde die größte Stichprobe mit 81 Teilnehmern erreicht. Dies kann durch die vermehrte Thematisierung in der Öffentlichkeit sowie durch das Onlineverfahren zustande kommen. In der Literatur ist zu beobachten, dass die Anzahl der BIID-Betroffenen von Studie zu Studie in kleinen Schritten steigt. Damit ist auch die Dringlichkeit, Therapiemöglichkeiten für Hilfesuchende zu entwickeln, gewachsen.

Ein Ansatz bieten die Ergebnisse aus dieser Studie, sich mit der Bindungsthematik zu beschäftigen.

In der Anfangsphase wurde für die Literaturrecherche und das Aushängen der Studie in den BIID-Foren und Gruppen geforscht. Es wurden zahlreiche Gruppen z.B. auf Facebook gefunden, sowie BIID-eigene Internetseiten. Die Beiträge der BIID-Betroffenen erinnern an „Pro-Ana“-Anhänger. Diese ist eine Bewegung von meistens jungen Frauen, die die Anorexie zelebrieren und sich eine Gemeinschaft nur rund um das Thema abnehmen und hungern bildete. BIID wird hier teilweise auf ähnliche Art und Weise glorifiziert und es werden überall sowohl Tipps, wie man am besten Pretenden kann, als auch eine „Do it yourself“ Anleitungen zur Herbeiführung einer körperlichen Behinderung verteilt. Die Pro-Ana Seiten wurden unter dem Jugendschutzgesetz untersucht und teilweise geschlossen (Bundeszentrale für

gesundheitliche Aufklärung 2017). Gerade durch den sehr jungen Partizipierenden wurde in dieser Studie die Notwendigkeit der Aufklärung und Nutzung des Internets gerade mit Themen wie diesen besonders wichtig.

Für die weitere Forschung ist die Entwicklung eines Screening-Verfahrens für BIID und für die Abgrenzung auch für Mancophilie von großer Bedeutung. Die Differentialdiagnose ist darüber hinaus auch für die körperdismorphe Störung ausführlicher durchzuführen. Hierzu könnte unter anderem mit den Betroffenen ein mentales Vorstellungsbild gezeichnet werden (Ritter & Stangier 2010). Auch die psychopathologische Abweichung ist erst unter einer psychotherapeutischen Diagnostik sinnvoll. Die Studien können lediglich einen Richtungsweisegabe geben und vor allem keine Diagnose.

Neben Patienten die wegen psychotropen Substanzen, neurologischen Schäden wie etwa bei Neglekt oder Alien-Limb-Syndrom, Wahnvorstellungen und psychotischen Zuständen die körperliche Identität nicht spüren, können vielleicht auch bald BIID Patienten in der Psychiatrie gezielt Hilfe erhalten.

## 5. Literaturverzeichnis

Catharina Obernolte, Thomas Schnell, Erich Kasten. (2015) The Role of Specific Experiences in Childhood and Youth in the Development of Body Integrity Identity Disorder (BIID). *American Journal of Applied Psychology*. 4, 1-8.

Baubet T. et al. (2007) Apotemnophilia as a contemporary frame for psychological suffering. *Encephale*; 33: 609– 615.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2017) *bzga-essstörungen*. URL: <https://www.bzga-essstoerungen.de/index.php?id=215> (Zugriff 01.08.2017)

Dilling, H. (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 *Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien* (8., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011.). Bern: Huber.

Fischer, M. L., Kasten, E., & Schnell, T. (2015). Body integrity identity disorder: development and evaluation of an inventory for the assessment of the severity. *Am J Appl Psychol*, 4, 76-82.

First MB. (2005) Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder. *Psychological Medicine*; 34: 1 – 10

First, M. (2005). Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder. *Psychological Medicine*, 35, 919- 928.

First MB, Fisher CE. (2012) Body Integrity Identity Disorder: The persistent desire to acquire a physical disability. *Psychopathology*; 45, 3 – 14.

Furth, G., & Smith, R. (2000). Apotemnophilia: Information, questions, answers, and recommendations about self-demand amputation. *Bloomington*, IN: 1st Books Library.

Gutschke, K., Stirn, A. & Kasten, E. (2017). An Overwhelming Desire to Be Blind: Similarities and Differences between Body Integrity Identity Disorder and the Wish for Blindness. *Case reports in ophthalmology*, 8(1), 124-136.

Kasten, E. & Stirn, A. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID) wechselnder Amputationswunsch vom linken auf das rechte Bein. *Zeitschrift für Psychiatrie*,

*Psychologie und Psychotherapie*, 57(1), 55-61.

Kasten, E. (2012). Body Integrity Identity Disorder–Körperidentität durch erwünschte Behinderung. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 6(03), 165-177.

Kasten, E. (2016). *Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2017*. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorschlaege/vorschlaege2017/020-icd2017-biid.pdf>. Zugriff: 5.07.2017.

Lohaus, A. & Vierhaus, M. (2015). *Entwicklungspsychologie*. (S.112-114). Berlin Heidelberg: Springer.

Korntheuer, P., Lissmann, I. & Lohaus, A. (2007). Bindungssicherheit und die Entwicklung von Sprache und Kognition. *Kindheit und Entwicklung*, 16(3), 180-189.

McGeoch, P., Brang, D., Song, T., Lee, R. R., Huang, M. & Ramachandran, V. S. (2011). Xenomelia: a new right parietal lobe syndrome. *Neurol Neurosurg Psychiatry*, 82, 1314-1319.

Molnar-Szakacs, I., Uddin, L. Q. & Iacoboni, M. (2005). Right-hemisphere motor facilitation by self-descriptive personality-trait words. *European Journal of Neuroscience*, 21(7), 2000-2006.

Money, J. & Sirncoe, K. W. (1986). Acrotomophilia, Sex and Disability: New Concepts and Case Report. *Sexuality and Disability*, 7, 43-50.

Money, J., Jobaris, R. & Furth, G. (1977). Apotemnophilia: Two Cases of Self-Demand Amputation as a Paraphilia. *The Journal of Sex Research*, 13, 115-125.

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

Paulhus, D. L. & Williams, K. M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of research in personality*, 36(6), 556-563.

Quirin, M. & Kuhl, J. (2006). Die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen

(The theory of personality systems interactions (PSI)). *Allgemeinen Psychologie: Motivation und Emotion*. Göttingen: Hogrefe.

Ritter.V &Stangier.U. (2010). *Wenn das Spiegelbild zur Qual wird*. (S.31-45). Göttingen: Hogrefe.

Sorene, E. D., Heras-Palou, C. & Burke, F. D. (2006). Self-amputation of a healthy hand: a case of body integrity identity disorder. *Journal of hand surgery*, 31(6), 593-595.

Stirn, A., Thiel, A. & Oddo, S. (2010). *Body Integrity Identity Disorder (BIID): Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze*. Beltz.

Thiel, A., Oddo, S., Skoruppa, S., Thiel, J., Ehni, F., Bennett, D., & Stirn, A. (2009). Psychotherapy and psychometric research with BIID-sufferers. *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects*, 58-69.

van Dijk, M. T., van Wingen, G. A., van Lammeren, A., Blom, R. M., de Kwaasteniet, B. P., Scholte, H. S., & Denys, D. (2013). Neural basis of limb ownership in individuals with body integrity identity disorder. *PLoS One*, 8(8), e72212.

Vondra, J. I., Shaw, D. S., Swearingen, L., Cohen, M. & Owens, E. B. (2001). Attachment stability and emotional and behavioral regulation from infancy to preschool age. *Development and Psychopathology*, 13(1), 13-33.

## **6. Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1. Wunschbehinderung

Abbildung 2. PSSI-Werte bei der BIID Stichprobe

Abbildung 3. AAS-R-Werte bei der BIID Stichprobe

Abbildung 4. TOP-Werte bei der BIID Stichprobe

Abbildung 5. BIID-Drang und sexuelle Komponente

## **7. Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1. Demographische Daten

Tabelle 2. Reliabilitäten PSSI-Skalen

Tabelle 3. Korrelation zwischen PSSI und BIID-Severity

Tabelle 4. Korrelation PSSI und Sexuelle Komponente

Tabelle 5. Einfaktorielle ANOVA BIID-Drang und sexuelle Komponente

Tabelle 6. Kreuztabelle Gruppierung zu der sexuellen Komponente

## **8. Anhang**

### **1.) Eigenständigkeitserklärung**

# Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: Özcelik, Elmas  
Matrikelnummer: 142201071

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.

Ich bin einverstanden, dass meine Bachelorarbeit/Masterarbeit in der Bibliothek der MSH den Nutzern zur Verfügung steht.

ja ☐      nein ☒

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_