

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

Fakultät Humanwissenschaften
Am Kaiserkai 1, 20457 Hamburg

Bachelorstudiengang Psychologie

Bachelorarbeit

Body Integrity Identity Disorder: Sekundärer Krankheitsgewinn oder „Heldenhafte Einbeinigkeit“?

vorgelegt von: Annika Kroboth
Matrikelnummer: 120206031
annika.kroboth@gmx.de

Erstgutachter: Prof. Dr. habil. Erich Kasten

Zweitgutachter: Prof. Dr. Dr. Thomas Schnell

Hamburg, den 11.08.2015

Zusammenfassung

Body Integrity Identity Disorder (BIID) zeichnet sich durch den Wunsch nach einer Amputation eines gesunden Körperteiles oder auch einer Lähmung aus (Stirn, Thiel & Oddo, 2010). Ziel der vorliegenden Arbeit war es, zu untersuchen, ob ein sekundärer Krankheitsgewinn beim Wunsch nach einer Amputation oder Lähmung im Vordergrund steht, oder ob es BIID-Betroffenen wichtig ist, der Umwelt oder sich selbst beweisen zu wollen, auch nach einer Amputation oder Lähmung leistungsfähig zu sein. Zusätzlich zur Motivfindung wurden zwei Typen gebildet, Typus 1 „Extravertierte Draufgänger“ und Typus 2 „Introvertierte Ängstliche“, um Persönlichkeitsanteile im Hinblick auf die Motive betrachten zu können. Gegenstand der Untersuchung waren Daten 35 BIID-Betroffener, sowie Daten 35 Nicht-BIID-Betroffener. Dabei wurden zur Untersuchung der Fragestellung „Sekundären Krankheitsgewinns“ vs. „Heldenhafte Einbeinigkeit“ / „Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber die Mittelwerte der beiden Gruppen mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests verglichen. Die Persönlichkeitsanteile in Zusammenhang mit den jeweiligen Motiven wurden mit Korrelationen errechnet. Weder sekundärer Krankheitsgewinn, noch der Wunsch danach, sich selbst gegenüber eine „Heldenhafte Einbeinigkeit“ zu beweisen, nahm eine herausragende Rolle ein. Signifikant unterschied sich das Denken der Betroffenen im Vergleich zu den Nicht-Betroffenen beim Aspekt der „Heldenhaften Einbeinigkeit“. Im Hinblick auf Persönlichkeitsmerkmale konnten Zusammenhänge zwischen Typus 2 „Introvertierte Ängstliche“ und dem Motiv des sekundären Krankheitsgewinns gezeigt werden. Die Untersuchung insgesamt zeigt, dass auf den Wunsch, amputiert oder gelähmt zu sein weitere Komponenten Einfluss nehmen müssen. Weitere Untersuchungen auf diesem Gebiet sind erstrebenswert, um Motive weiter aufzuklären und als Konsequenz daraus BIID-Betroffenen passgenauere Hilfe leisten zu können.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
1. Einleitung	1
2. Theoretische Grundlagen	3
2.1 Erklärungsansätze zur Entstehung von BIID	3
2.1.1 Psychische Aspekte zur Erklärung	4
2.1.2 Neurologische Erklärungsmodelle	7
2.1.3 Abschließende Worte zu den Erklärungsmodellen	9
2.2 Sekundärer Krankheitsgewinn vs. „Heldenhafte Einbeinigkeit“	11
2.2.1 Sekundärer Krankheitsgewinn	12
2.2.2 „Heldenhafte Einbeinigkeit“	13
2.2.3 „Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber	16
2.3 Persönlichkeitsunterschiede im Hinblick auf die Motive	17
2.3.1 Typus 1 „Introvertierte Ängstliche“	18
2.3.2 Typus 2 „Extravertierte Draufgänger“	19
2.3.3 Extravertierte Draufgänger, die sich selbst beweisen wollen ...	20
3. Hypothesen	21
3.1 Hypothesen zum Aspekt sekundärer Krankheitsgewinn vs. „Heldenhafte Einbeinigkeit“	21
3.2 Hypothesen bezüglich möglicher Persönlichkeitsunterschiede im Hinblick auf die Motive	22
4. Methoden	23
4.1 Untersuchungsdesign	23
4.2 Beschreibung der Stichprobe	23
4.3 Konstruktion des Fragebogens	27
4.4 Erhebung der Daten	28
4.5 Statistische Auswertung	29
5. Ergebnisse	29
5.1 Sekundärer Krankheitsgewinn vs. „Heldenhafte Einbeinigkeit“	37
5.1.1 H_1 :	37

5.1.2 H _{2a} :	39
5.1.3 H _{2b} :	41
5.2 Persönlichkeitsmerkmale im Hinblick auf die Motive	43
5.2.1 H _{3a} :	43
5.2.2 H _{3b} :	45
5.2.3 H _{3c} :	46
6. Diskussion	48
Literaturverzeichnis	55
Anhang	58

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Modell des verursachenden Motivationsgefüges	10
Abb. 2: Darstellung des aktuellen Beziehungsstatus	25
Abb. 3: Darstellung der sexuellen Orientierung	25
Abb. 4: Darstellung der Bildungsabschlüsse.....	26
Abb. 5: Gruppenmittelwerte sekundärer Krankheitsgewinn.	38
Abb. 6: Gruppenmittelwerte zur „Heldenhaften Einbeinigkeit“	40
Abb. 7: Gruppenmittelwerte „Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber.	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aktueller Berufsstand der Experimentalgruppe	26
Tabelle 2: Kolmogorov-Smirnov-Test zur Überprüfung auf Normalverteilung	30
Tabelle 3: Daten zur Erfassung der Schiefe.....	32
Tabelle 4: Ergebnisse des t-Tests zur Überprüfung des Alters als Störvariable	35
Tabelle 5: Cronbach's Alpha	36
Tabelle 6: Ränge der Versuchsgruppen zum sekundären Krankheitsgewinn.....	37
Tabelle 7: Statistik des U-Tests zum sekundären Krankheitsgewinn.....	38
Tabelle 8: Ränge der Versuchsgruppen zur „Heldenhaften Einbeinigkeit“.....	39
Tabelle 9: Statistik des U-Tests zu „Heldenhafte Einbeinigkeit“	40
Tabelle 10: Ränge der Versuchsgruppen zur „Heldenhaften Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber	41
Tabelle 11: Statistik des U-Tests zu „Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber	42
Tabelle 12: Modellzusammenfassung Lineare Regression „Introvertierte-Ängstliche“ – Motiv sekundärer Krankheitsgewinn.....	44
Tabelle 13: Modellzusammenfassung Lineare Regression „Extravertierte Draufgänger“ – Motiv „Heldenhafte Einbeinigkeit“	46
Tabelle 14: Modellzusammenfassung Lineare Regression „Extravertierte Draufgänger“ – Motiv „Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber	47

1. Einleitung

Die englische Bezeichnung Body Integrity Identity Disorder ist auch im deutschen Sprachraum gebräuchlich. Weitere Bezeichnungen, die genutzt werden sind Xenomelia, Body Incongruence Disorder und Amputee Identity Disorder. In dieser Arbeit wird die Bezeichnung Body Integrity Identity Disorder mit ihrer zugehörigen Abkürzung BIID verwendet. Wörtlich übersetzt bezeichnet BIID eine „Körper-Integritäts-Identitäts-Störung“ (Swindell & St. Lawrence, 2009; zitiert nach Stirn, Thiel & Oddo, 2010, S. 11-20). Apotemnophilia ist ein Begriff, welcher bei dieser Thematik unumgänglich, allerdings vom derzeitigen Verständnis von BIID abzugrenzen ist. Der Begriff Apotemnophilia wurde früher anstatt BIID verwendet (Kasten & Stirn, 2009). Apotemnophilia wird von Autoren unterschiedlich definiert. Einige stellen hierbei die sexuelle Komponente in den Vordergrund, sprich eine starke sexuelle Erregung, welche durch amputierte Gliedmaßen verursacht wird (Kasten, 2006).

Eine fundierte wissenschaftliche Definition des Störungsbildes BIID existiert derzeit noch nicht. Hierfür fehlen einheitliche Kriterien, welche dies zulassen würden. BIID zeichnet sich durch den Wunsch nach Veränderung des bestehenden Körpers aus. Betroffene haben den Wunsch nach einer Amputation eines gesunden Körperteils oder auch einer Lähmung eines gesunden Körperteils. Oftmals bezieht sich dieser Wunsch auf ein Bein, das als nicht zugehörig zum Körper empfunden wird. Es existieren jedoch auch Wünsche nach Amputationen oder Lähmungen anderer oder mehrerer Körperteile (Stirn et al., 2010). Manchmal fällt der Fokus dabei auf Zehen oder Finger. Seltener als der Wunsch nach einer Beinamputation ist der Wunsch nach einer Amputation des Armes (Kasten, 2006). Auch die Wünsche taub oder blind zu sein können bestehen, allerdings weitaus seltener als der Amputationswunsch (Stirn et al., 2010). Im Gegensatz zu früheren Definitionen von BIID umfassen heutige Konzepte über BIID, neben dem reinen Amputationswunsch auch das lebenslange Verlangen körperlicher Versehrtheit (Johnson, Wassersug, Roberts & First, 2010). Im

Vordergrund steht bei BIID nicht der reine Wunsch nach einer Amputation, sondern vielmehr der unnachgiebige Wunsch einer Person, ihren Körper an ein Idealbild anzupassen, das diese Person selbst von sich hat. Bei Personen, die lediglich eine Amputation anstreben, könnte auch eine dysmorphe Störung vorliegen, welche auch als Dismorphophobia bezeichnet wird. Diese gilt es abzugrenzen von BIID. BIID-Betroffene zeigen meist folgende Kombination an Symptomen: einen enorm starken Wunsch danach, ein Körperteil nicht mehr zu besitzen, Neidgefühle amputierten Personen gegenüber, das generelle Gefühl mit verkehrten Gliedmaßen geboren zu sein und als letztes das Symptom, erst nach einer vollzogenen Amputation ein Gefühl der Stimmigkeit zu erleben (Kasten, 2006). Die Phantasie eines „anderen“ Körperschemas besteht bei BIID-Betroffenen bereits seit den Kindheitstagen und nimmt im Laufe des Lebens immer stärkere Züge an. Der Leidensdruck der Betroffenen ist enorm hoch. Ein wesentlicher Grund dafür ist die Nichtumsetzbarkeit ihres Wunsches (Stirn et al. 2010). Über die exakte Anzahl BIID-Betroffener gibt es bisher keine größeren, epidemiologischen Studien. Die Gesamtzahl der Betroffenen weltweit wird von Bayne und Levy (2005) auf mehrere Tausende geschätzt. Internetforen vermitteln einen Eindruck der Anzahl an Betroffenen. Allerdings können sie den tatsächlichen Umfang an Betroffenen nicht in Zahlen bestimmen (Stirn et al. 2010).

Zum jetzigen Zeitpunkt ist dieses Störungsbild nur wenig erforscht (Stirn et al., 2010). Durch vermehrte Berichte in der Presse und vor allen Dingen durch Internetforen wird dem Phänomen BIID inzwischen mehr Aufmerksamkeit geschenkt als noch vor der Jahrtausendwende. Die Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten zu dieser Thematik ist gewachsen (Kasten, 2009). BIID-Betroffene sind einem hohen Leidensdruck ausgesetzt, da sie ihren Wunsch nicht legal umsetzen können. Mitunter führt das zu drastischen Maßnahmen, die von BIID-Betroffenen vollzogen werden, welche das Ziel haben, eine Amputation selbst durchzuführen (Sorene, Heras-Palou & Burke, 2006). Um den Betroffenen adäquat Hilfestellung bieten zu können, bedarf es allerdings weiterer intensiver Forschung auf diesem Gebiet.

Doch woher kommt dieser Wunsch nach einer Veränderung des eigenen Körpers? Betroffene begründen das Verlangen nach einer Amputation eines Körperteils überwiegend damit, dass sich das betroffene Körperteil als nicht zum Körper zugehörig anfühlt. Diese Wahrnehmung besteht, obwohl das betroffene Körperteil weder gefühllos, missgestaltet oder gelähmt ist. Darüber, ob es sich beim Amputationswunsch um eine Zwangsstörung, eine neurotische Störung, eine hirnorganisch bedingte Körperbildstörung oder eine Identitätsstörung wie Transsexualität handelt, wird in Fachkreisen diskutiert (Müller, 2008).

In dieser Arbeit steht die Frage, ob ein sekundärer Krankheitsgewinn beim Wunsch nach einer Amputation im Vordergrund steht oder ob im Gegensatz dazu bei BIID-Betroffenen im Vordergrund steht, der Umwelt beweisen zu wollen, auch nach einer Amputation oder Lähmung leistungsfähig zu sein. Zunächst werden in dieser Arbeit die unterschiedlichen Motive für eine Amputation aus der Perspektive verschiedener Erklärungsansätze zur Entstehung von BIID betrachtet.

2. Theoretische Grundlagen

2.1 Erklärungsansätze zur Entstehung von BIID

Wie auch bei weiteren psychischen Störungsbildern wird vermutet, dass ein multikausaler Erklärungsansatz für die Entstehung von BIID verantwortlich ist (Stirn et al. 2010). Dieser Teil der Arbeit soll aufzeigen, welche Erklärungsmodelle zur Entstehung von BIID derzeit bestehen. Das Hauptaugenmerk wird vor allem auf den Entstehungswunsch einer Amputation bzw. Lähmung gelegt. Dazu erfolgt der Übersichtlichkeit wegen eine Einteilung in psychische Aspekte zur Erklärung, sowie neurologische Erklärungsmodelle. Es werden jeweils nur die Aspekte ausführlicher betrachtet,

welche für das Eruiieren der Motive für einen Amputations- oder Lähmungswunsch relevant sind.

2.1.1 Psychische Aspekte zur Erklärung

Der entwicklungspsychologische Ansatz hat in der Vergangenheit eine große Beachtung erfahren. Er besagt, dass eine Störung des Körperschemas bereits in der frühen kindlichen Entwicklung entsteht. Gestützt wird diese Theorie dadurch, dass rückblickend in einigen Fällen bereits in einer frühen Entwicklungsperiode eine Erkrankung des Körperteils, auf das sich der Amputationswunsch später bezieht, feststellen lässt (Kasten & Stirn, 2009). In diesem Zusammenhang berichten einige BIID-Betroffene von bestimmten Erfahrungen in ihrer Kindheit mit Amputierten. Hervorzuheben ist, dass diese Erfahrungen von den Betroffenen als sehr positiv gewertet werden. Ein Betroffener berichtet von einem Erlebnis, bei dem er sich von einem jungen Mann im Rollstuhl angezogen gefühlt hat und dieses Gefühl bis heute hat. Betroffene verspürten demnach bereits in der Kindheit eine starke Anziehungskraft, Faszination oder zumindest positive Reaktion im Zusammenhang mit amputierten oder auch gelähmten Menschen (Kasten, 2009). Warum diese Anziehungskraft besteht, kann nicht umfassend beschrieben werden, ein Grund dafür könnte sein, dass BIID-Patienten sich bereits im Kindesalter vorstellen, wie es wäre, mit einer Amputation zu leben und diese Situation als erstrebenswert beurteilen. Weiter wird angeführt, dass die Betroffenen amputierte Person als einzigartige Persönlichkeiten erlebten und dies zu Bewunderung führte (Stirn et al., 2010).

Im Bereich der psychologischen Erklärungsmodelle ist auch das Konstrukt von Money, Jobaris und Furth (1977) anzusiedeln. Der Amputationswunsch wird hier als Paraphilie definiert, bei welcher dem Amputationsstumpf eine erotische Komponente zugesprochen wird. Dieses Konstrukt

wird als Apotemnophilie bezeichnet (Money et al. 1977) . Bruno (1997) verwendet die Bezeichnung Factitious Disability Disorder. Er teilt Betroffene in drei Gruppen ein. Zunächst nennt er die Wannabes, damit sind Personen, welche sich eine körperliche Behinderung wünschen gemeint. Meistens ist mit dieser körperlichen Behinderung eine Amputation gemeint. Die zweite Gruppe wird als Pretenders titulierte, damit sind Personen gemeint, die eine körperliche Behinderung nachstellen. Dazu kommen Hilfsmittel zum Einsatz, wie beispielsweise Bandagen um damit Gliedmaßen abzubinden. Die letzte Einteilung die vorgenommen wird sind die Devotees. Diese fühlen sich sexuell besonders von Menschen mit Amputationen angezogen. Zusammenfassend wird die Apotemnophilie als psychische Störung, in deren Zusammenhang eine körperliche Behinderung vorgetäuscht wird, beschrieben. Weiter wird die Meinung vertreten, dass dies geschieht, um Zuwendung und Aufmerksamkeit aus der Umwelt zu erfahren (Bruno, 1997). Dem letzten Aspekt darf aufgrund des Hintergrunds dieser Arbeit eine besondere Beachtung geschenkt werden. Diese Aussage kann auf einen sekundären Krankheitsgewinn hindeuten, welcher als Motivation für einen Amputations- oder Lähmungswunsch dienen kann.

Eine der konkreten Aussagen, die psychische Erklärungsmodelle zu BIID speziell in Bezug auf den Amputationswunsch machen ist, dass das Ver-spüren einer sexuellen Erregung durch eine Amputation am eigenen Körper nicht der alleinige Grund für einen Amputationswunsch ist (Thiel, Ehni, Oddo & Stirn, 2011). Dieser Aspekt kann als alleiniges Motiv für den Amputations- oder Lähmungswunsch somit ausgeschlossen werden und findet in dieser Arbeit damit keine detailliertere Beachtung mehr.

Im Hinblick auf die Betrachtung, welches Motiv für eine Amputation der Betroffenen im Vordergrund steht, ist es an dieser Stelle sinnvoll, Personen abzugrenzen, welche unter Body Dysmorphic Disorder (BDD) leiden. BDD-Betroffene haben den Wunsch nach einer operativen Veränderung einzelner Körperteile, da sie diese als hässlich wahrnehmen. BIID-Patienten äußern sich hingegen diesbezüglich nicht negativ über das zu amputierende Körperteil. Ein weiterer Unterschied ist, dass einige BIID-

Patienten ihre Behinderung nach einer Amputation ihrem Umfeld gerne präsentieren wollen, während Patienten mit einer körperdysmorphen Störung das betreffende Körperteil eher verbergen möchten (Kasten, 2009). Der Wunsch nach Veränderung des Körpers aufgrund einer Unzufriedenheit steht nach dem aktuellen Stand der Forschung nicht in Verbindung mit den Motiven für eine Amputation bei BIID-Betroffenen und wird in dieser Arbeit somit auch nicht vertieft.

Der Vergleich von BIID mit der Gender Identity Disorder (Transidentität) wird häufig angestellt. Der Schnittpunkt, welcher für die Betroffenen hier eventuell der mit der höchsten Gewichtung ist, kann das Leiden, welches durch die Inkongruenz des Ist-Zustandes und des Soll-Zustandes herrscht, sein. Tatsächlich bietet es sich an, BIID in einigen Aspekten mit Transidentität zu vergleichen. Ein Schnittpunkt ist, dass die erotische Komponente nicht bei allen Betroffenen eine Rolle spielt. Vielmehr ist es so, dass bei BIID als auch bei der Gender Identity Disorder der erotische Aspekt einen sehr hohen Stellenwert einnehmen kann, aber genauso gut gar nicht vorhanden sein kann. Der Wunsch nach einer Geschlechtsumwandlung bezieht sich bei Transidenten keinesfalls auf die rein operative Veränderung der Geschlechtsmerkmale. Vielmehr fühlt der Betroffene sich in einem Körper des falschen Geschlechts „gefangen“. In diesem Zusammenhang könnte bei einem BIID-Betroffenem das Idealbild einer Einbeinigkeit vorherrschen, ohne festgelegt zu haben, welche Extremität konkret amputiert werden soll (Kasten, 2012).

„Ebenso wie ein Transsexueller mit seinem Körper nicht glücklich ist und einen Körper mit einem anderen Geschlecht haben will, auf die gleiche Art bin auch ich nicht mit meinem Körper zufrieden, aber bei mir betrifft es ein Bein, das fehl am Platz ist.“ (Everaerd, 1983; zitiert nach Kasten, 2006; S. 117). Diesen Gedanken teilte ein BIID-Patient in diesem Zusammenhang.

Die Vermutung, dass BIID durch eine Persönlichkeitsstörung verursacht werden könnte, wird, wenn auch selten, ab und an geäußert. Konkretisiert,

um welche Persönlichkeitsstörung es sich hier handeln könnte, wird allerdings in der Literatur nicht (Kasten & Stirn, 2009).

Verneint werden kann, dass BIID-Betroffene als psychotisch einzustufen sind. Das Vorhandensein einer Psychose ist vielmehr ein Ausschlusskriterium für die Diagnosestellung BIID (Kasten, 2006). Auch wenn der Drang einer Person, sich ein Körperteil amputieren lassen zu wollen ohne eine rationale Erklärung dafür liefern zu können an wahnhaftes Verhalten erinnert, kann auch das verneint werden. BIID-Betroffenen ist im Gegensatz zu wahnhaften Patienten die Absurdität ihres Wunsches bewusst. Genau diese Einsichtsfähigkeit entspricht nicht im geringsten einem Wahn (Kasten, 2009). Somit besteht keine Grundlage, als Ursache für den Wunsch nach einer Amputation- oder Lähmung einen wahnhaften Zustand zu betrachten.

Im Hinblick auf psychische Störungen im Zusammenhang mit BIID kann zusammenfassend gesagt werden, dass die Annahme, eine Person habe eine psychische Störung nur aufgrund ihres Amputationswunsches, keinesfalls haltbar ist (Kasten, 2006). Bisherige Daten verschiedener Arbeiten zu dieser Thematik untermauern diese Aussage (Kasten, 2009).

2.1.2 Neurologische Erklärungsmodelle

Erkenntnisse zu neuronalen Ursachen, sowie Folgen von BIID konnten bisher nur beschränkt gewonnen werden. Die erste Frage, die in diesem Zusammenhang gestellt werden muss ist, ob es auf der Gehirnebene verankerte Besonderheiten gibt, welche einen Beitrag zur Erklärung von BIID beitragen könnten. Zu ermitteln, ob bereits im Kindesalter, bei der Entstehung des Amputations- oder Lähmungswunsches Veränderungen im Gehirn zu beobachten waren, ist rückblickend in den meisten Fällen nicht möglich. Ob das Gehirn der Betroffenen sich aufgrund des Wunsches beeinflussen lässt oder ob in umgekehrte Richtung bereits eine Prädispositi-

on vorliegt, welche den Wunsch nach einer Amputation oder Lähmung hervorruft, lässt sich nicht klären, wenn erst im Erwachsenenalter Untersuchungen durchgeführt werden. Viele BIID-Betroffene berichten davon, in ihrer frühen Kindheit eine hohe Begeisterung für Amputationen gehabt zu haben. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass bei Betroffenen bereits eine biologische Veranlagung gegeben ist, aufgrund welcher eine Faszination erlebt wird. Erwähnenswert dazu ist, dass der Amputations- oder Lähmungswunsch nach Berichten der Betroffenen über die Jahre besteht und stärker wird, was zu weiteren Veränderungen im Gehirn führt. Zusammenfassend ist an dieser Stelle wichtig zu betonen, dass es sich um eine sich bereits früh ausbildende neuronale Prägung handelt (Stirn et al. 2010).

Ein weiteres populäres neurologisches Erklärungsmodell versteht BIID als eine neuronale Dysfunktion des rechten superioren Parietallappens, welche angeboren ist. Diese Region spielt für die Repräsentation eines dynamischen Körperbildes eine herausragende Rolle. Aufgrund der Dysfunktion in dieser Region, kommt es zu einer unvollständigen Integration des betreffenden Körperteils im Körperschema. Bei BIID führt die fehlende Repräsentation dann zu einem Amputationswunsch (Ramachandran, Brang, McGeoch & Rosar, 2001; zitiert nach Stirn et al., 2010, S. 57-58).

Als Vergleich bietet sich hier die neurologische Störung Neglect an, bei der Betroffene einen Körperteil als fremd empfinden und sich der Existenz des Körperteils nicht bewusst sind. Bei BIID ergibt sich ebenso ein Gefühl der Fremdheit des betreffenden Körperteils. Eine weitere Hypothese ist, dass eine diffizile Störung im fötalen oder embryonalen Entwicklungsstadium entstanden ist, die zur Folge hat, dass das betreffende Körperteil nicht genügend in das Körperschema des Betroffenen integriert werden konnte. Der Betroffene kann sich somit erst „vollständig“ fühlen, wenn das entsprechende Körperteil nicht mehr vorhanden ist. Erst dann entspräche das Äußere dem inneren Selbstbild (Kasten, 2012).

Erwähnenswert ist hier eine Untersuchung, bei der ein BIID-Betroffener beschreibt, dass sein Amputationswunsch im Laufe seines Lebens einen Wechsel vom linken auf das rechte Bein vollzog. Der Amputationswunsch betraf dabei, trotz des Wechsels dieselbe Körperlokation (Kasten & Stirn, 2009). Dieser Wechsel widerspricht der Theorie, dass BIID einer rein neuronalen Dysfunktion zugrunde liegt. Ein Wechsel des Amputationswunsches auf die andere Körperhälfte ist nicht erklärbar mit der Annahme einer dauerhaften Störung des Körperschemas, die bereits in der frühen Kindheit erworben wird. Der Wechsel der Präferenz des zu amputierenden Beines von links nach rechts spricht eher für eine psychische Komponente, die beinhaltet, dass es Betroffene gibt, für die es von Bedeutung ist, körperbehindert zu sein (Kasten, 2012). Eine umfassende Aussage zu Motiven, welche zu einem Amputations- oder Lähmungswunsch führen, ist auch anhand neurologischer Erklärungsmodelle nicht abschließend möglich.

2.1.3 Abschließende Worte zu den Erklärungsmodellen

Hinsichtlich des aktuellen Forschungsstandes scheint es angebracht zu sein, von einem multifaktoriellen Erklärungsmodell von BIID auszugehen. Neurobiologische, psychologische sowie biosoziale Faktoren scheinen zur Entstehung von BIID beizutragen (Stirn et al. 2010).

Das Modell des verursachenden Motivationsgefüges von Kasten und Spithaler (2009) fixiert sich nicht auf einen Aspekt zur Erklärung der Entstehung von BIID. Vielmehr dienen bisher erhobene Daten, welche zum Teil auch hier dargestellt wurden als Grundlage für dieses multikausale Modell. Auch deshalb wird dieses Modell hier abschließend zur Darstellung der Erklärungsmodelle aufgeführt. Das Modell umfasst folgende Komponenten

1. Komponente: Wunsch behindert zu sein
2. Komponente: neurologische Schädigung

3. Komponente: erotische Komponente

(Stirn et al., 2010).

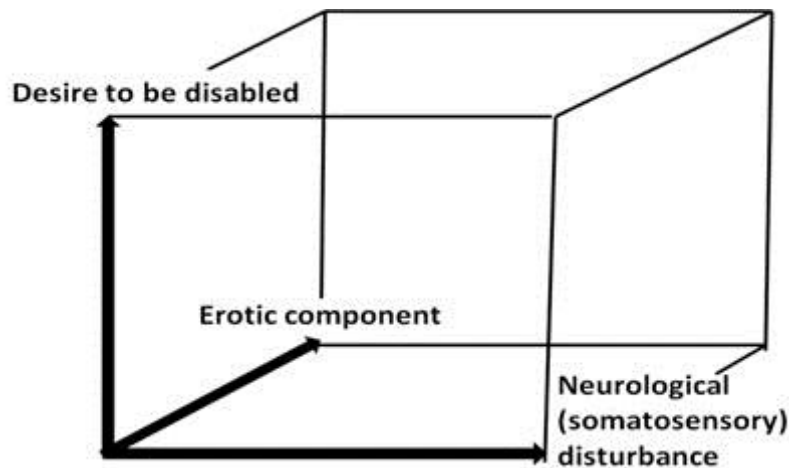


Abb. 1: Modell des verursachenden Motivationsgefüges (Kasten & Spithaler, 2009; zitiert nach Stirn et al., 2009, S. 37).

Konkrete Aussagen zu den Motiven für einen Amputations- oder Lähmungswunsch werden von den einzelnen Erklärungsmodellen unterschiedlich konsequent erbracht. Zum jetzigen Zeitpunkt sind eher Einschätzungen zur Motivation für einen Amputations- oder Lähmungswunsch möglich. Daten zu dieser Fragestellung bestehen in Form von Berichten einzelner BIID-Betroffener. BIID-Betroffene, welche an einer Befragung von Kasten (2009) teilgenommen haben, konnten zu der konkreten Frage, welche Beweggründe sie für einen Amputationswunsch haben, keine rationalen Argumente darstellen. In der Summe waren die Antworten auf einer emotionalen Ebene einzuordnen (Kasten, 2009).

Anhand vorangegangener Untersuchungen wird deutlich, dass es schwierig ist, rationale Antworten auf die Frage, woher der Wunsch nach einer Amputation kommt, zu finden. Die Schwierigkeit besteht hierbei nicht nur im Erreichen der BIID-Betroffenen, welche sich bereiterklären, Aussagen zu treffen, sondern vielmehr in den Aussagen zu den Amputationswün-

schen selbst. In dieser Arbeit wird die Frage gestellt, welche Motive für den Wunsch nach einer Amputation führend sind. Auf Grundlage der bisherigen Forschungsergebnisse, welche sich mit dieser Thematik verbinden lassen erfolgt die Klassifizierung in die Motivation des „Sekundären Krankheitsgewinns“ und die Motivation der „Heldenhaften Einbeinigkeit“.

2.2 Sekundärer Krankheitsgewinn vs. „Heldenhafte Einbeinigkeit“

„Instead, these people have an ideal of a “perfect” body minus one arm or leg. Most admire the beauty of a stump. Many of them see one-legged or one-armed persons as “heroes” who still survive in a difficult world due to personal strength and in spite of their handicap” (Kasten & Spithaler, 2009; zitiert nach Stirn et al., 2010, S. 20).

Bei wie vielen BIID-Betroffenen steht ein sekundärer Krankheitsgewinn im Vordergrund? Bei wie vielen BIID-Betroffenen steht im Vordergrund, der Umwelt beweisen zu wollen, trotz Amputation oder Lähmung leistungsfähig zu sein. Dieser Aspekt wird im Folgenden unter der Bezeichnung „Heldenhafte Einbeinigkeit“ zusammengefasst werden. Der dritte Aspekt wird sein, ob BIID-Betroffene und wenn ja, wie viele davon, sich selbst ihre Leistungsfähigkeit trotz den Einschränkungen durch eine Amputation oder Lähmung beweisen möchten.

2.2.1 Sekundärer Krankheitsgewinn

Die Bezeichnung Krankheitsgewinn umfasst alle positiven Folgen, die eine Person beim Eintreten in eine Krankenrolle erleben kann. Unterschieden wird in sekundären und primären Krankheitsgewinn. Die Bezeichnung primärer Krankheitsgewinn ist ein psychoanalytischer Begriff. Er beschreibt eine Reduktion der intrapsychischen Spannung einer Person, durch die Entwicklung eines Symptoms. Der sekundäre Krankheitsgewinn beschreibt alle äußeren Vorteile für den Erkrankten, welche durch die Erkrankung veranlasst wurden (Horn, Beier, & Kraft-Krumm, 1984). Gemeint sind damit allgemein alle Vorteile, die ein Patient durch seine Krankheit hat. Beispiele hierfür können eine gesteigerte Aufmerksamkeit oder die Enthebung von Verantwortung sein (Dietz, 2006). In dieser Arbeit findet hauptsächlich der sekundäre Krankheitsgewinn Beachtung.

Thiel et al. (2011) beschreiben einen BIID-Betroffenen, der aus einer Amputation den Gewinn zog, die von ihm ersehnte emotionale Anerkennung, Aufmerksamkeit und auch Versorgung zu erhalten.

Erklärungsansätze, die zu den psychischen Erklärungsansätzen gezählt werden können, berichten, dass einige BIID-Betroffene als Kind nur wenig Aufmerksamkeit und emotionale Zuwendung von ihren Eltern erfahren haben. Konkret ist damit gemeint, dass die Eltern dieser Betroffenen auf die Bedürfnisse ihrer Kinder nicht ausreichend eingegangen sind. Teilweise kann in diesen Fällen sogar von emotionalen Vernachlässigungen gesprochen werden. Eine Überlegung hierzu ist nun, dass BIID-Betroffene in ihrer Kindheit eventuell bereits erkannt haben, dass Menschen mit Amputationen deutlich mehr Zuwendung und Aufmerksamkeit erfahren als sie selbst (Stirn et al., 2010). Eine Reflexion, welche hier angestellt werden kann, ist dass der Wunsch nach einer Amputation darauf beruhen kann, dass die Betroffenen sich mehr Zuwendung, sowie Aufmerksamkeit durch eine Amputation erhoffen.

Es handelt sich bei diesem Beispiel zwar um eine Einzelfallbeschreibung, trotzdem ist dieser Bericht an dieser Stelle von hoher Wertigkeit. Er zeigt, dass auch wenn sich viele BIID-Betroffenen andere Motive, Einstellungen oder Persönlichkeitsstrukturen teilen, es durchaus auch BIID-Betroffene geben kann, die davon abweichen. Gerade weil die bisherigen Forschungsergebnisse zu BIID überschaubar sind, ist es von enormer Relevanz, die Aufmerksamkeit für einzelne, sich unterscheidende Explorationen nicht zu verlieren. Thiel et al. (2011) beschreiben anhand der Aussagen dieser Patienten etwas, das im Zusammenhang mit dem Aspekt des hier betrachteten sekundären Krankheitsgewinns stehen kann.

Die eben dargestellten Aspekte dienen als theoretische Grundlage für die Generierung folgender Hypothese:

H₁: BIID-Betroffene erwarten im Fall einer Amputation / Lähmung signifikant mehr sekundären Krankheitsgewinn als Nicht-Betroffene.

2.2.2 „Heldenhafte Einbeinigkeit“

Steht hinter dem Wunsch nach einer Amputation oder Lähmung einer von BIID betroffenen Person der Wunsch, dem sozialen Umfeld zu beweisen, dass sie trotz Amputation leistungsfähig ist?

Die Bezeichnung „Heldenhafte Einbeinigkeit“ soll beschreiben, dass eine Person ihrem sozialen Umfeld zeigen möchte, dass sie beispielsweise auch mit einem amputierten oder gelähmten Bein leistungsfähig sein kann, eventuell sogar mehr erreichen kann, als Menschen ohne oder mit vergleichbaren Einschränkungen. Das Motiv, anderen zu zeigen, trotz einer offensichtlichen Einschränkung Leistung zu erbringen, steht im Vordergrund.

„BIID-Betroffene sind überwiegend autonome Persönlichkeiten, die zielstrebig und gewissenhaft arbeiten und immer wieder nach Herausforderungen streben“ (Stirn et al., 2010, S. 12). Diese Beschreibung BIID-Betroffener passt gut zum Konzept der „Heldenhaften Einbeinigkeit“. Ein Leben ohne ein Bein wird von diesen BIID-Betroffenen als Herausforderung verstanden, welcher sie sich gerne stellen wollen. Weiter wird beschrieben, dass BIID-Betroffene es als Herausforderung betrachten, auch mit einer Amputation alles zu bewältigen, was ihnen bisher auch gelang. Außerdem sind die Betroffenen davon überzeugt, auch tatsächlich in der Lage zu sein diese Dinge alle zu schaffen. Die Rede ist hier beispielsweise von sämtlichen Freizeitaktivitäten, der Arbeit oder dem Sport. Weitere Parallelen BIID-Betroffener bestehen darin, dass ihr Alltag geordnet und meist zusätzlich geprägt ist durch ein hohes Stressniveau, sowie hohe Anforderungen (Stirn et al. 2010).

Das Streben nach Herausforderung wird von Stirn et al. (2010) als ein Merkmal, welches viele BIID-Betroffene teilen, angegeben.

Einige BIID-Betroffene titulieren Menschen mit Amputationen als „Helden“. Ihrer Ansicht nach meistern Amputierte trotz der Behinderung ihr Leben aufgrund ihrer starken Persönlichkeit (Horn, 2003). Die Frage, ob BIID-Betroffene an Minderwertigkeitskomplexen leiden und durch eine Behinderung und deren Bewältigung versuchen, ihrer Umwelt zu beweisen, was in ihnen steckt, schließt sich an diesen Gedanken an (Kasten, 2009).

Kasten (2009) fasst anhand der Aussagen neun BIID-Betroffener zusammen, dass BIID-Betroffene in ihrer Kindheit im Vergleich zu anderen Kindern Menschen mit Behinderungen auf eine andere Art und Weise wahrgenommen haben. Die Aussagen der Betroffenen spiegeln eine Faszination gegenüber der behinderten Person wider (Kasten, 2009). Diese Faszination kann sicherlich verschiedene Hintergründe haben und sich differenziert betrachtet auf verschiedene Aspekte einer Behinderung unterschiedlich stark beziehen. Im Hinblick auf den in dieser Arbeit genauer betrachteten Aspekt der „Heldenhaften Einbeinigkeit“ ist jedoch vor allem

die Heroisierung der behinderten Person von Interesse. Kasten (2009) sagt anhand der Befragung von BIID-Betroffenen aus, dass ein hoher Anteil dieser Betroffenen amputierte Personen als „Helden“ ansehen, welche den Anforderungen des Lebens auch mit einer Behinderung erfolgreich begegnen. An diese Aussage schließt sich die Frage an, ob der Wunsch, selbst ein Held zu sein, die Motivation für den Amputationswunsch ist.

Ein weiterer Gesichtspunkt, welcher in diesem Zusammenhang erwähnt werden soll, ist der Aspekt der Befriedigung von Grundbedürfnissen. Maslow (1978) beschreibt das Bedürfnis nach Achtung. Dieses Bedürfnis kann einen Anteil an der Motivation BIID-Betroffener darstellen, ihrem Umfeld beweisen zu wollen, leistungsfähig zu sein, um Achtung zu erhalten.

Auf Grundlage dieser Überlegungen und theoretischen Grundlagen entstand folgende Hypothese:

H_{2a}: BIID-Betroffene planen im Fall einer Amputation / Lähmung signifikant mehr, anderen zu beweisen, dass sie trotz der "Behinderung" weiterhin völlig leistungsfähig sind wie Personen, die nicht von BIID betroffen sind.

Die therapeutische Arbeit mit BIID-Betroffenen macht deutlich, dass selbstwertdienliche Kognitionen bei den Betroffenen sehr stark in Verbindung mit einer hohen persönlichen Leistungsorientierung stehen. Gemeint ist damit, dass die Betroffenen zu einem großen Teil über ihre persönliche Leistung ihren Selbstwert definieren. Bestätigung und Anerkennung wird dadurch gesucht, dass besonders viel geleistet wird. Nicht verwunderlich ist deshalb der Fakt, dass viele BIID-Betroffene in ihren Berufen außerordentlich erfolgreich sind. Eine Amputation kann von diesen Betroffenen als eine zusätzliche Herausforderung verstanden werden, welche für ihr Umfeld sichtbar ist und die Möglichkeit schafft, bei einer erfolgreichen Bewältigung mehr Anerkennung zu ermöglichen. Eine Amputation kann somit selbstwertdienliche Kognitionen fördern und manifestieren (Stirn et al. 2010). Die eben dargestellten Gedanken passen insofern zum Konzept

der „Heldenhaften Einbeinigkeit“, dass eine hohe Leistungsorientierung ein wesentliches Merkmal dieser ist.

Weiter passt diese Anschauungsweise auch zum Folgenden Aspekt dieser Arbeit, nämlich der Überlegung, ob Personen sich selbst gegenüber durch eine Amputation oder Lähmung beweisen wollen, leistungsfähig zu sein.

2.2.3 „Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber

Inwieweit trifft die Überlegung, dass sich Betroffene eventuell selbst beweisen wollen, dass sie mit einem amputierten oder gelähmten Bein leistungsfähig sind zu?

Thiel et al. (2011) betrachtet psychodynamisch im Therapieverlauf eine sich wiederholende Furcht eines BIID-Betroffenen ohne BIID die Motivation zur Erbringung von Höchstleistungen zu verlieren. Vom Betroffenen wurde dieser Verlust als folgenschwerer gewichtet, als der Verlust seiner Beine. Mithilfe der Amputation ist es ihm jedoch möglich, sich, sowie damit verbunden, seine besonders ausgeprägte Leistungsfähigkeit zu beweisen (Thiel et al., 2011).

Das stellt die letzte Überlegung zum Konstrukt „Heldenhafte Einbeinigkeit“ dar. Dazu ergab sich folgende Hypothese:

H_{2b}: BIID-Betroffene planen im Fall einer Amputation / Lähmung signifikant mehr, sich selbst zu beweisen, dass sie trotz der "Behinderung" absolut leistungsfähig sind wie Personen, die nicht von BIID betroffen sind.

2.3 Persönlichkeitsunterschiede im Hinblick auf die Motive

„BIID-Personen weisen keine psychische Störung auf, jedoch zeichnen sich BIID-spezifische Persönlichkeits- und Beziehungsmerkmale sowie Copingmechanismen ab, die in Zukunft eine gezielte Diagnostik von weiteren Persönlichkeitsmerkmalen sowie Persönlichkeitsstörungen notwendig erscheinen lassen, um die Einordnung des Phänomens und dessen Behandlung weiter voranzubringen.“ (Oddo, Möller, Skoruppa, & Stirn, 2014, S. 1). Diese Aussage begründet, weshalb es auch in dieser Arbeit sinnvoll ist, die Aufmerksamkeit zusätzlich zur Motivfindung auf verschiedene Persönlichkeitsanteile in diesem Zusammenhang zu lenken. Betrachtet wird bei dieser Untersuchung, ob bestimmte, vermehrt auftretende Persönlichkeitsmerkmale hinter den jeweiligen Motiven für eine Amputation oder Lähmung stehen.

Eine Übersicht über eine gemeinsame Persönlichkeitsstruktur von BIID-Betroffenen geben Stirn et al. (2010). Die Persönlichkeit setzt sich demnach aus folgenden Merkmalen zusammen: Autonomie, Ehrgeiz, Zielstrebigkeit, Kampfgeist, Selbstbewusstsein, Extraversion, Offenheit, einer kritische Einstellung, Narzissmus, Differenziertheit, Strukturiertheit und Gewissenhaftigkeit (Stirn et al. 2010).

Die Forschungsergebnisse zur Thematik der Persönlichkeitseigenschaften BIID-Betroffener vorangegangener Untersuchungen stellen oft ein Gesamtbild an Eigenschaften dar, die sich ein großer Teil der Betroffenen teilt. Vor allem vor dem Hintergrund, dass es in diesem Bereich noch nicht übermäßig viele Explorationen gibt, ist dies sinnvoll. 2009 publizierten Kasten und Stirn einen Einzelfall, welcher interessante Persönlichkeitsmerkmale offen legt. Teil der Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen war eine stark ausgeprägte Leistungsorientierung. In dieser Arbeit erfolgt vor dem Hintergrund der Motivation für einen Amputations- oder Lähmungswunsch die Einteilung in zwei „Typen“. Zum einen Typus 1 „Introvertierte Ängstliche“ und zum anderen Typus 2 „Extravertierte Draufgänger“. Betrachtet wird, ob Personen, die zum Typus „Introvertierte Ängstliche“ ge-

zählt werden können als Motiv für den Amputations- oder Lähmungswunsch den sekundären Krankheitsgewinn haben. Außerdem wird betrachtet, ob Personen, die unter den Typus „Extravertierte Draufgänger“ fallen als Motiv die „Heldenhafte Einbeinigkeit“ haben. Auch der dritte Fall wird in diesem Zusammenhang betrachtet: die „Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber, sprich, Personen, die in die Kategorie „Heldenhafte Einbeinigkeit“ fallen, bei denen aber im Vordergrund steht, sich selbst beweisen zu wollen, mit einer Amputation oder Lähmung leistungsfähig zu sein.

Eine Grundlage der Unterscheidung in Typus 1 „Introvertierte Ängstliche“ und Typus 2 „Extravertierte Draufgänger“ ist das Fünf-Faktoren-Modell, welches extravertierten Personen Durchsetzungsstärke, Gesprächigkeit und ein hohes Maß an Energie zuspricht. Im Gegensatz dazu wird introvertierten Personen Schüchternheit, eine zurückhaltende und ruhige Art zugesprochen (Gerrig, Zimbardo & Graf, 2011).

2.3.1 Typus 1 „Introvertierte Ängstliche“

In einer Untersuchung von Blom, Hennekam, und Denys (2012) wird eine Tendenz zur Depressivität und Ängstlichkeit beschrieben, welche leicht erhöht ist. Eine Tendenz zu Depressivität und Ängstlichkeit zeigt sich auch in weiteren Studien (Thiel et al., 2011). Nicht auszuschließen ist allerdings, dass diese Tendenzen auch eine Folge von BIID sein können (Blom et al., 2012).

Thiel et al. (2011) zeigen in ihrer Untersuchung eine erhöhte Introversion auf. Verwendet wurde dabei das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Konkret konnten hier Probleme BIID-Betroffener sich Gruppen anzuschließen, sowie Gefühle auszudrücken aufgezeigt werden (Thiel et al., 2011).

Auf Grundlage einiger Resultate vorangegangener Untersuchungen, sowie eigener Überlegungen erfolgte die Aufnahme folgender Kriterien zur Beschreibung des Typus 1 „Introvertierte Ängstliche“: geringe Werte bei Merkmalen, welche sich auf Selbstwert, Extraversion, Risikobereitschaft und Narzissmus beziehen. Hingegen werden bei einer Person, welche dem Typus 1 „Introvertierte Ängstliche“ zugeordnet werden kann hohe Werte im Bereich der Introversion und Ängstlichkeit erwartet.

Die Beschreibung des Typus 1 „Introvertierte Ängstliche“ wird an dieser Stelle in Verbindung mit der Motivation für einen Amputations- oder Lähmungswunsch gebracht. Die Hypothese zu diesem Aspekt lautet:

H_{3a}: Je höher die Werte der Persönlichkeitsmerkmale des Typus 1 „Introvertierte Ängstliche“, desto eher haben diese BIID-Betroffene den sekundären Krankheitsgewinn als Motiv für ihren Amputations- Lähmungswunsch.

2.3.2 Typus 2 „Extravertierte Draufgänger“

Der Aspekt der Suche nach Herausforderungen und einer Bereitschaft, hohe Leistungen zu erbringen, findet an dieser Stelle nochmals Beachtung. In einer Einzelfallstudie zeigte die Erhebung von Kasten und Stirn (2009) unter Verwendung des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI) eine hohe Extraversion des BIID-Betroffenen. Außerdem konnte zusätzlich eine hohe Leistungsorientierung festgestellt werden (Kasten & Stirn, 2009).

„Ganz anders als vielleicht vermutet werden könnte, wollen Betroffene keine passive Behindertenrolle einnehmen und sich versorgen lassen, sondern vielmehr trotz der körperlichen Erschwernis ihr Leben sehr aktiv weiterführen“ (Stirn et al., 2010 S. 12). Hervorgehoben wird die aktive Weiterführung des Lebens nach einer Amputation, auf keinen Fall eine passive Haltung, die zum Ziel hat sich versorgen zu lassen.

Stirn et al. stellen dar, dass einige BIID-Betroffene eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur aufweisen. Im Fokus steht hierbei das Betonen des eigenen Könnens, einer damit verbundenen belehrenden Haltung anderen gegenüber und eine starke Fixierung auf die eigene Person. Zusammenfassend betrachtet deuten diese Merkmale auf ein überhöhtes Größenselbst hin (Stirn et al., 2010). Auch dies ist eine der Facetten, welche ihren Platz im Konstrukt „Extravertierte Draufgänger“ findet.

Zusammenfassend dargestellt zeichnet sich der Typus „Extravertierte Draufgänger“ durch folgende Aspekte aus: Geringe Werte schlagen sich bei Merkmalen nieder, welche sich auf Ängstlichkeit und Introversion beziehen. Hohe Werte sind bei Merkmalen, die sich auf Extraversion, Risikobereitschaft und Narzissmus beziehen zu erwarten.

Mit dem Hintergrund der Motivfindung für einen Amputations- oder Lähmungswunsch führten die eben dargestellten Gesichtspunkte zu folgender Hypothese:

H_{3b}: Je höher die Werte der Persönlichkeitsmerkmale des Typus 2 „Extravertierte Draufgänger“, desto eher planen diese BIID-Betroffene im Fall einer Amputation / Lähmung signifikant mehr anderen zu beweisen, dass sie trotz der „Behinderung“ absolut leistungsfähig sind („Heldenhafte Einbeinigkeit“).

2.3.3 Extravertierte Draufgänger, die sich selbst beweisen wollen

Folgende Aussage soll zur Verdeutlichung der letzten Überlegung bezüglich der Persönlichkeitsanteile, welche hinter den verschiedenen Motiven eines Amputations- Lähmungswunsches stehen können hier angeführt werden. Die Behinderung, welche durch eine Amputation entstehen soll wird als eine Art Herausforderung an sich selbst verstanden, welche es zu bewerkstelligen gilt. Als Folge einer erfolgreichen Bewältigung gibt diese

dann eine befriedigende Selbstbestätigung (Oddo et al., 2014). Dies stellt die letzte Überlegung zu dieser Thematik dar.

Dazu wurde folgende Hypothese generiert:

H_{3c}: Je höher die Werte der Persönlichkeitsmerkmale des Typus 2 „Extravertierte Draufgänger“, desto eher planen diese BIID-Betroffene im Fall einer Amputation / Lähmung sich selbst zu beweisen, dass sie trotz der „Behinderung“ absolut leistungsfähig sind („Heldenhafte Einbeinigkeit“).

3. Hypothesen

Die Hypothesengenerierung erfolgte auf Grundlage des eben dargestellten theoretischen Hintergrunds, sowie eigenen Überlegungen zu dieser Thematik. Auch haben Berichte einzelner BIID-Betroffener zur Erklärung ihres Amputationswunsches aus vorangegangenen Studien Einfluss auf die Hypothesengenerierung genommen.

3.1 Hypothesen zum Aspekt sekundärer Krankheitsgewinn vs. „Heldenhafte Einbeinigkeit“

H₁: BIID-Betroffene erwarten im Fall einer Amputation / Lähmung signifikant mehr sekundären Krankheitsgewinn als Nicht-Betroffene.

H_{2a}: BIID-Betroffene planen im Fall einer Amputation / Lähmung signifikant mehr, anderen zu beweisen, dass sie trotz der "Behinderung" weiterhin völlig leistungsfähig sind wie Personen, die nicht von BIID betroffen sind.

H_{2b}: *BIID-Betroffene planen im Fall einer Amputation / Lähmung signifikant mehr, sich selbst zu beweisen, dass sie trotz der "Behinderung" absolut leistungsfähig sind wie Personen, die nicht von BIID betroffen sind.*

3.2 Hypothesen bezüglich möglicher Persönlichkeitsunterschiede im Hinblick auf die Motive

H_{3a}: *Je höher die Werte der Persönlichkeitsmerkmale des Typus 1 „Introvertierte Ängstliche“, desto eher haben diese BIID-Betroffene den sekundären Krankheitsgewinn als Motiv für ihren Amputations- Lähmungswunsch.*

H_{3b}: *Je höher die Werte der Persönlichkeitsmerkmale des Typus 2 „Extravertierte Draufgänger“, desto eher planen diese BIID-Betroffene im Fall einer Amputation / Lähmung signifikant mehr anderen zu beweisen, dass sie trotz der „Behinderung“ absolut leistungsfähig sind („Heldenhafte Einbeinigkeit).*

H_{3c}: *Je höher die Werte der Persönlichkeitsmerkmale des Typus 2 „Extravertierte Draufgänger“, desto eher planen diese BIID-Betroffene im Fall einer Amputation / Lähmung sich selbst zu beweisen, dass sie trotz der „Behinderung“ absolut leistungsfähig sind („Heldenhafte Einbeinigkeit).*

4. Methoden

4.1 Untersuchungsdesign

Die Vorgehensweise bei dieser Untersuchung entspricht dem Ansatz der quantitativen Forschung. Die Datenerhebung erfolgte durch eine nicht-experimentelle Querschnittsstudie. Ziel dieser Vorgehensweise ist es, die vorab aufgestellten Hypothesen zu bestätigen.

Die Erhebung der Daten hat, um eine Vergleichbarkeit zu erreichen, an einer Experimentalgruppe, welcher ausschließlich BIID-Betroffene angehören und an einer Kontrollgruppe, welche Nicht-BIID-Betroffene beinhaltet, stattgefunden. Die Stichprobengröße der Experimentalgruppe wurde im Vorfeld dieser Untersuchung auf 20 bis 30 Personen geschätzt. Um sicherzustellen, dass die Daten der Kontrollgruppe und der Experimentalgruppe vergleichbar sind, wurde eine Parallelisierung der Stichproben vorgenommen. Die Probanden wurden anhand des Alters und des Geschlechts in eine Rangreihe gebracht und daraufhin wurden Paare aus der Experimental- und Kontrollgruppe gebildet.

Das Einschlusskriterium für die Experimentalgruppe war, dass die Person von BIID betroffen ist. Die Person musste einen Amputations- oder Lähmungswunsch haben. Alle Personen, die keine BIID-Betroffenen waren, wurden somit aus der Experimentalgruppe ausgeschlossen.

4.2 Beschreibung der Stichprobe

Für die Untersuchung der Motive für einen Amputations- oder Lähmungswunsch konnten die Angaben von $n = 35$ BIID-Betroffenen gewonnen werden. Davon sind $n = 8$ weiblich und $n = 27$ männlich. Sieben Personen

füllten den Fragebogen aus, brachen ihr Vorhaben allerdings an unterschiedlichen Stellen ab. Die dadurch entstanden unvollständig ausgefüllten Fragebögen finden keine weitere Beachtung in dieser Arbeit.

Das mittlere Alter der Stichprobe der Experimentalgruppe (BIID-Betroffene) beläuft sich auf 46,88 Jahre, wobei 28 das geringste und 78 das höchste Alter ist. Das mittlere Alter der Kontrollgruppe (Nicht-BIID-Betroffene) weicht mit 47,2 Jahren geringfügig ab. Das höchste Alter der Kontrollgruppe beträgt 80 Jahre, das niedrigste 29 Jahre.

Um statistische Gruppenvergleiche mit non-parametrischen U-Tests durchführen zu können, besteht die Kontrollgruppe aus einer parallelisierten Stichprobe mit Personen, welche nicht von BIID betroffen sind. Die Parallelisierung erfolgte durch eine paarweise Zuordnung nach Geschlecht und Alter. Die Altersabweichung betrug dabei +/- 1 bis 4 Jahre (siehe Anhang C).

Ebenfalls erhoben wurde der aktuelle Beziehungsstatus (siehe Abb. 2, sowie die jeweilige sexuelle Orientierung (siehe Abb. 3) innerhalb der beiden untersuchten Gruppen.

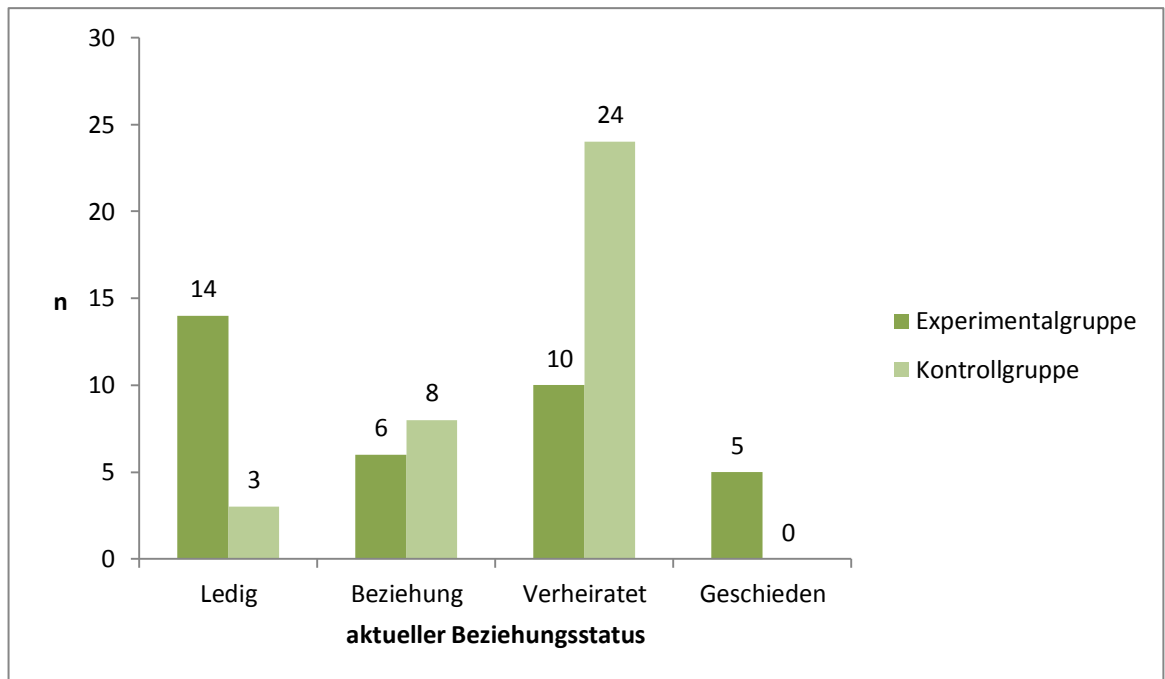


Abb. 2: Darstellung des aktuellen Beziehungsstatus der Experimentalgruppe (BIID-Betroffene) und der Kontrollgruppe (Nicht-BIID-Betroffene) mit einer jeweiligen Stichprobengröße von $n = 35$

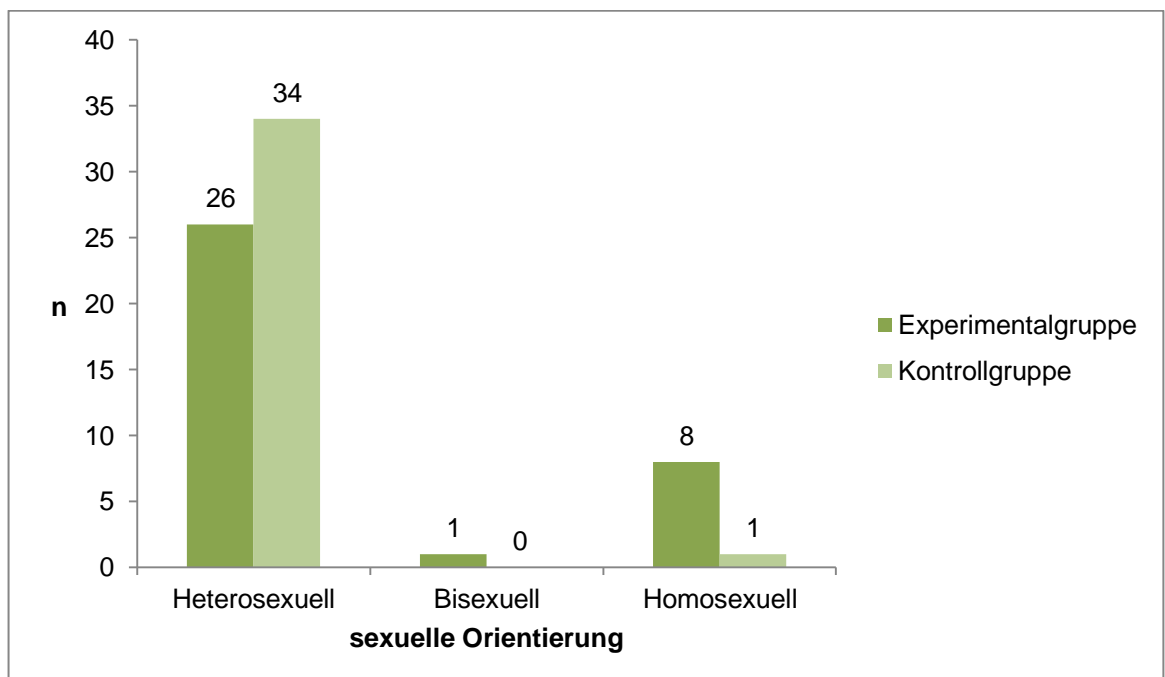


Abb. 3: Darstellung der jeweiligen sexuellen Orientierung innerhalb der Experimentalgruppe (BIID-Betroffene) und der Kontrollgruppe (Nicht-BIID-Betroffene) mit einer jeweiligen Stichprobengröße von $n = 35$

In Form von zwei offenen Fragen wurde der höchste Bildungsabschluss der teilnehmenden Personen erfragt, sowie der aktuelle Berufsstand.

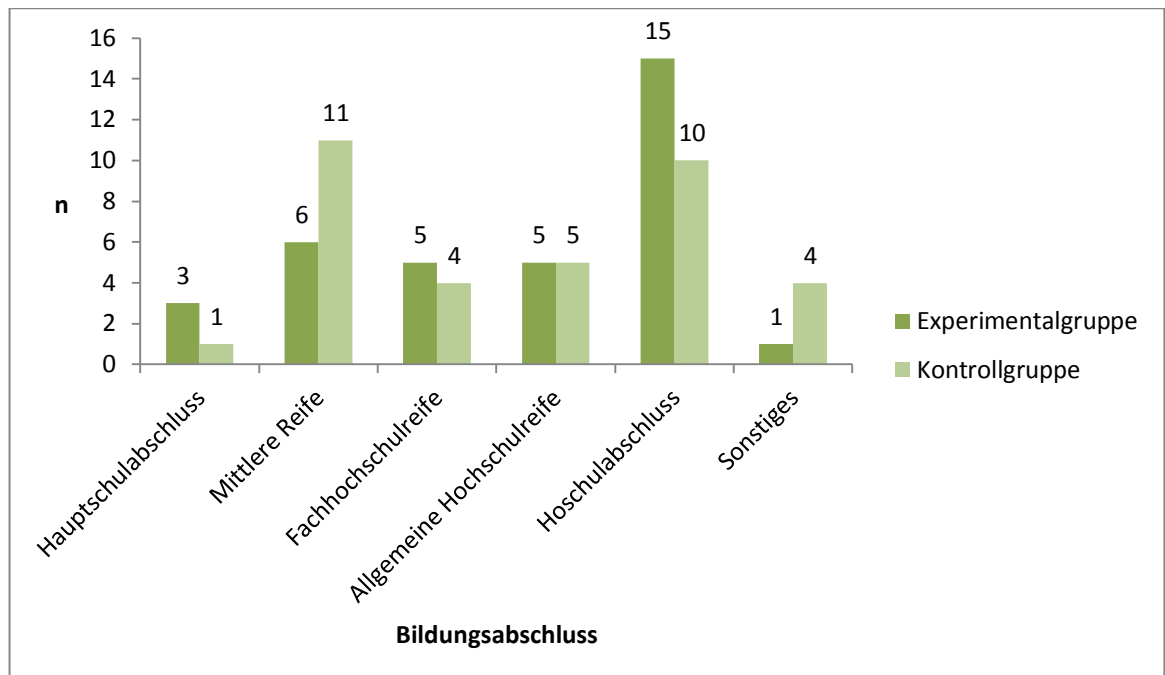


Abb. 4: Dargestellt sind die jeweiligen Bildungsabschlüsse innerhalb der beiden Gruppen (je $n = 35$). Unter die Kategorie Sonstiges der Kontrollgruppe (Nicht-BIID-Betroffene) fällt dreimal die Angabe „Meister“, sowie die einmalige Angabe „Gesellenbrief“. Bei der Experimentalgruppe (BIID-Betroffene) fällt in die Kategorie Sonstiges die Angabe „Lehre“.

Tabelle 1

Aktueller Berufsstand der Experimentalgruppe (BIID-Betroffene) und Kontrollgruppe (Nicht-BIID-Betroffene) mit jeweils $n=35$

Aktueller Berufsstand			
Experimentalgruppe		Kontrollgruppe	
Angestelltenverhältnis			
Angestellt	9	Angestellt	5
Beamter	1	Beamter	3
Erzieherin	1	Lehrer	2
		Sekretärin	2
		Vertriebsleiter	1
		Abteilungsleiter	1
		Industriekaufmann	1
		Meister	2

		Sachbearbeiter	1
		Gesundheits- und Kinderkrankenschwester	1
		Prokurist	1
		Führungskraft	1

Weitere

Selbstständig	4	Selbstständig	4
Angestellt und selbstständig	1		
Postdoc	1	Geschäftsführer	2
Angestellte, Studentin	1	Asset-Manager	1
Internationaler Berater	1	Rechtsanwalt	1
Diplom-Theologe	1	Facharzt	1
3jährige Berufsausbildung	1	Landwirt	1
Hausfrau	3	Hausfrau	1

In Ausbildung

Ausbildung	1	Ausbildung	1
		Studentin	1

Derzeit in keinem Arbeitsverhältnis

Erwerbsunfähig	1		
Arbeitssuchend	3		
Rentner	3	Rentner	1
Pensionär	2		
Ruhestand	1		

4.3 Konstruktion des Fragebogens

Die entworfenen Fragebögen sollen mit ihren jeweiligen Skalen Antworten auf die zugrundeliegenden Hypothesen liefern. Grundlage für die Entwicklung der Items waren somit die jeweiligen dazugehörigen Konzepte der zu untersuchenden Aspekte. Bei der Itemformulierung wurde darauf geachtet, dass alle Fragen für die teilnehmenden Personen verständlich sind und möglichst von allen Teilnehmern gleich interpretiert werden können.

Qualitative Items in Form von offenen Fragen sind im ersten Teil des Fragebogens enthalten, sie dienen der Erfassung demografischer Daten. Anschließend folgen quantitative Items, bei denen als Antwortmöglichkeiten folgende Ratingskala mit gebundenen Antwortformen zur Auswahl stand:

1 = stimme gar nicht zu

2 = stimme eher nicht zu

3 = stimme weder noch zu

4 = stimme eher zu

5 = stimme voll und ganz zu

Die verbalen Marker waren zusätzlich zu den Ziffern bei jeder Frage im Fragebogen angegeben.

Der erste Teil des Fragebogens war für die Experimental- und Kontrollgruppe identisch gestaltet. Lediglich die Experimentalgruppe erhielt im Anschluss an diesen Teil weitere Fragen, welche sich speziell auf die Motive für einen Amputations- oder Lähmungswunsch bezogen haben.

Die Fragebögen wurden mit Hilfe des Internetprogramms StudentenForschung.de erstellt. Somit erfolgte eine computerbasierte Datenerfassung.

4.4 Erhebung der Daten

Nach Erstellung des Fragebogens mit Hilfe des Internetprogramms StudentenForschung.de konnten die teilnehmenden Personen über einen Link den Fragebogen erreichen. Der Erhebungszeitraum betrug hierfür zehn Tage. Kontakt zu den BIID-Betroffenen wurde durch Prof. Dr. habil. Erich Kasten hergestellt.

Die Rekrutierung der Teilnehmer der Kontrollgruppe erfolgte durch die Weiterleitung des Links zum Fragebogen im Bekanntenkreis mehrerer

Personen. Auch hier konnten die Daten parallel zur laufenden Untersuchung eingesehen und bereits gespeichert werden. Die Erhebungsdauer der Kontrollgruppe belief sich auf 14 Tage.

Direkt im Anschluss an das Ausfüllen konnten die Daten über einen Account bei StudentenForschung.de eingesehen und gespeichert werden.

4.5 Statistische Auswertung

Die Daten, welche innerhalb des Accounts bei StudentenForschung.de gespeichert wurden, konnten in eine Excel-Datei exportiert werden. Im Anschluss daran erfolgte der Import zu SPSS und die sich daran anschließende statistische Auswertung unter Einsatz der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics.

5. Ergebnisse

Ein Ziel dieser Untersuchung war es, bedeutsame Unterschiede in den Mittelwerten der jeweils gefragten Aspekte zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe aufzuzeigen. Konkret formuliert wurde der Frage nachgegangen, ob sich die Mittelwerte im Bereich sekundärer Krankheitsgewinn, „Heldenhafte Einbeinigkeit“ und „Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber zwischen den beiden Gruppen unterscheiden. Zur Erreichung dieses Ziels kam der non-parametrische Signifikanztest für unabhängige Stichproben Mann-Whitney-U-Test zum Einsatz. Er ist konservativer als der t-Test und bei einem kleineren Stichprobenumfang sinnvoll. Die Testungen erfolgten auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$.

Zunächst wurden die Voraussetzungen, welche von Relevanz für das weitere Vorgehen waren geprüft. Der erste Schritt war hier die Überprüfung ob eine Normalverteilung vorliegt. Dies geschah mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests.

Tabelle 2

Kolmogorov-Smirnov-Test zur Überprüfung auf Normalverteilung, dargestellt ist zum jeweiligen Item (Die einzelnen Items finden sich in ausgeschriebener Form in Anhang A) zugehörig der Mittelwert, die Standardabweichung, sowie die 2-seitige asymptotische Signifikanz.

Item	Mittelwert	Standardabweichung	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
F1.1	3,3000	1,31160	,000
F1.2	1,7286	1,10232	,000
F1.3	1,17954	1,17954	,000
F1.4	2,0857	1,29372	,000
F1.5	2,5714	1,28053	,000
F2.1	4,1286	,67933	0,000
F2.2	3,8571	,90547	0,000
F2.3	2,8857	,07059	0,000
F2.4	3,5143	,94398	0,000
F2.5	2,6714	1,22441	0,000
F2.6	3,7286	,88336	0,000
F3.1	3,4714	1,07301	,000
F3.2	3,7286	1,00609	,000
F3.3	3,5714	1,17426	,000

F4.1	2,8714	1,10232	,000
F4.2	2,8286	1,20351	,000
F4.3	2,6429	1,19219	,000
F4.4	2,6000	1,17214	,000
F4.5	2,5857	1,27964	,000
F4.6	2,4571	1,28182	,000
F4.7	1,9429	1,08862	,000
F4.8	2,7429	1,22398	,000
F4.9	2,2286	1,06555	,000
F4.10	2,4143	1,31318	,000
F5.1	3,7286	,94672	,000
F5.2	2,6857	,98603	,000
F5.3	2,7857	1,08871	,000
F5.4	2,9286	,10757	,000
F5.5	2,7000	1,05432	,000
F5.6	3,5286	1,08643	,000
F5.7	3,0143	1,22170	,000
F5.8	3,8714	,93128	,000
F5.9	3,4714	1,28222	,000
F5.10	3,5571	1,15012	,000
F5.11	2,9000	1,14398	,000
F6.1	1,8286	1,12422	,000
F6.2	2,4000	1,24144	,000
F6.3	2,5714	1,37810	,003
F6.4	1,8571	1,26358	,000
F6.5	1,5429	,95001	,000
F6.6	1,5429	,95001	,000
F7.1	4,5429	,85209	,000
F7.2	4,3714	,94202	,000
F7.3	3,2286	1,16533	,001

F7.4			
F7.5	2,4286	1,19523	,000
F7.6	3,8571	,97446	,000
F8.1	3,9429	1,02736	,000
F8.2	3,7286	,92582	,000
F8.3	3,4286	1,09237	,004

Der Kolmogorov-Smirnov-Test erreichte Signifikanz bei allen Items, was bedeutet, dass keine Normalverteilung der Daten vorliegt. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde im Anschluss daran die Schiefe statistisch betrachtet.

Tabelle 3

Daten zur Erfassung der Schiefe, dargestellt zu den jeweiligen Items (Die einzelnen Items finden sich in ausgeschriebener Form in Anhang A) die Stichprobengröße (N), das Minimum sowie Maximum, der Mittelwert, die Standardabweichung sowie die Schiefe.

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	Schiefe
Item	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik
F 1.1	70	1	5	3,3000	1,31160	-,382
F1.2	70	1	5	1,7286	1,10232	1,433
F1.3	70	1	5	2,0000	1,17954	,873
F1.4	70	1	5	2,0857	1,29372	,870
F1.5	70	1	5	2,5714	1,28053	,220
F2.1	70	2	5	4,1286	,67933	-,734
F2.2	70	1	5	3,8571	,90547	-,674
F2.3	70	1	5	2,8857	1,07059	-,423

F2.4	70	1	5	3,5143	,94398	-,574
F2.5	70	1	5	2,6714	1,22441	,126
F2.6	70	1	5	3,7286	,88336	-,731
F3.1	70	1	5	3,4714	1,07301	-,612
F3.2	70	2	5	3,7286	1,00609	-,479
F3.3	70	2	5	3,5714	1,17426	-,094
Item	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	Schiefe
	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik
F4.1	70	1	5	2,8714	1,10232	-,073
F4.2	70	1	5	2,8286	1,20351	,135
F4.3	70	1	5	2,6429	1,19219	,258
F4.4	70	1	5	2,6000	1,17214	,169
F4.5	70	1	5	2,5857	1,27964	,103
F4.6	70	1	5	2,4571	1,28182	,353
F4.7	70	1	5	1,9429	1,08862	1,226
F4.8	70	1	5	2,7429	1,22398	,073
F4.9	70	1		2,2286	1,06555	,782
F4.10	70	1		2,4143	1,31318	,568
F5.1	70	1	5	3,7286	,94672	-,690
F5.2	70	1	5	2,6857	,98603	-,071
F5.3	70	1	5	2,7857	1,08871	,026
F5.4	70	1	5	2,9286	1,10757	-,251
F5.5	70	1	5	2,7000	1,05432	,024
F5.6	70	1	5	3,5286	1,08643	-,424

F5.7	70	1	5	3,0143	1,22170	,070
F5.8	70	1	5	3,8714	,93128	-1,843
F5.9	70	1	5	3,4714	1,28222	-,741
F5.10	70	,00	5	3,5571	1,15012	-,467
F5.11	70	,00	5	1,14398	1,14398	,022
F6.1	35	1	5	1,8286	1,12422	1,411
Item	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	Schiefe
	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik
F6.2	35	1	5	2,4000	1,24144	,340
F6.3	35	1	5	2,5714	1,37810	,343
F6.4	35	1	5	1,8571	1,26358	1,304
F6.5	35	1	5	1,5429	,95001	2,162
F6.6	35	1	4	1,5429	,95001	1,507
F7.1	35	1	5	4,5429	,85209	-2,562
F7.2	35	1	5	4,3714	,94202	-1,956
F7.3	35	1	5	3,2286	1,16533	-,120
F7.4	35	1	5	3,5429	1,12047	-,446
F7.5	35	1	5	2,4286	1,19523	,727
F7.6	35	2	5	3,8571	,97446	-,508
F8.1	35	2	5	3,9429	1,02736	-,571
F8.2	35	2	5	3,2857	,92582	,322
F8.3	35	1	5	3,4286	1,09237	-,381

Die Mittelwerte zu den Items F1 schwanken zwischen 3,3000 und 1,7286. Auch bei den Items zu F5 kann eine Mittelwertschwankung zwischen 3,8714 und 1,14398 festgestellt werden.

F1.2 zeigt eine Schiefe von +1,433. Ebenso ist der Wert der Schiefe bei Item F4.7 mit +1,226 auffällig. Die Verteilung dieser Items ist rechts schief und links steil. Innerhalb aller F6-Items zeigen alle Items bis auf zwei die Auffälligkeit positiver Schiefe-Werte >1. Unter ihnen Item F6.5, welches mit einer Schiefe von +2,162 die höchste positive Schiefe der hier erhobenen Daten darstellt. Die höchste negative Schiefe zeigt sich bei F7.1 mit -2,562. Die Verteilung ist damit links schief und rechts steil. Eine Häufung an Schiefe-Werten <0 ist bei den F7-Items zu erkennen.

Mittels eines t-Tests wurde überprüft, ob das Alter als mögliche Störvariable in Betracht kommt.

Tabelle 4

Ergebnisse des t-Tests zur Überprüfung des Alters als Störvariable. Dargestellt wird die Stichprobengröße (N), der Mittelwert (ME), df, der F-Wert und die Signifikanz (Sig.) der BIID-Betroffenen (Experimentalgruppe), sowie der Nicht-BIID-Betroffenen (Kontrollgruppe).

Gruppe		N	ME	df	F-Wert	Sig.
Alter	Experimentalgruppe	35	46,8857	68	,017	,911
	Kontrollgruppe	35	47,2000	67,932		,911

Der t-Test zur Überprüfung des Alters als mögliche Störvariable erreichte keine Signifikanz.

Um eine Aussage zur Reliabilität der Items treffen zu können wurde Cronbach's Alpha berechnet.

Tabelle 5

Cronbach's Alpha der zu den dargestellten Konstrukten zusammengefassten einzelnen Items

	Cronbach's Alpha
Sekundärer Krankheitsgewinn	.815
„Heldenhafte Einbeinigkeit“	.595
„Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber	.723
„Introvertierte Ängstliche“	.829
„Extravertierte Draufgänger“	.819
BIID-Betroffene sekundärer Krankheitsgewinn	.815
BIID-Betroffene „Heldenhafte Einbeinigkeit“	.400
BIID-Betroffene „Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber	.723

Cronbach's Alpha fällt mit .595 niedrig aus für Items, welche sich auf „Heldenhafte Einbeinigkeit“ beziehen. Außerdem mit einem Wert von .400 auch bei den Items, welche sich nur an die BIID-Betroffenen zum Thema „Heldenhafte Einbeinigkeit“ beziehen.

5.1 Sekundärer Krankheitsgewinn vs. „Heldenhafte Einbeinigkeit“

5.1.1 H₁:

BIID-Betroffene erwarten im Fall einer Amputation / Lähmung signifikant mehr sekundären Krankheitsgewinn als Nicht-Betroffene.

Folgende Items bildeten bei dieser Erhebung zusammengefasst den Aspekt des „sekundären Krankheitsgewinns“:

1. Es ist mir wichtig von mir nahe stehenden Menschen umsorgt zu werden.
2. Krank zu sein hat durchaus Vorteile.
3. Nur wenn ich krank bin verhalten sich mir Menschen gegenüber rücksichtsvoll.
4. Anteilnahme von Personen meines Umfeldes erhalte ich (meist) nur, wenn es mir richtig schlecht geht.
5. Ich finde es gut, wenn ich im Krankheitsfall von Verantwortung entbunden werde.

Tabelle 6

Ränge der Versuchsgruppen zum sekundären Krankheitsgewinn, Experimentalgruppe (BIID-Betroffene), Kontrollgruppe (Nicht-BIID-Betroffene)

Gruppe		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Sekundärer Krankheitsgewinn Insgesamt	Experimentalgruppe	35	32,37	1133,00
	Kontrollgruppe	35	38,63	1352,00

Tabelle 7

Statistik des U-Tests zum sekundären Krankheitsgewinn

	Krankheitsgewinn insgesamt
Mann-Whitney-U	503,000
Wilcoxon-W	1133,000
Z	-1,293
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,196

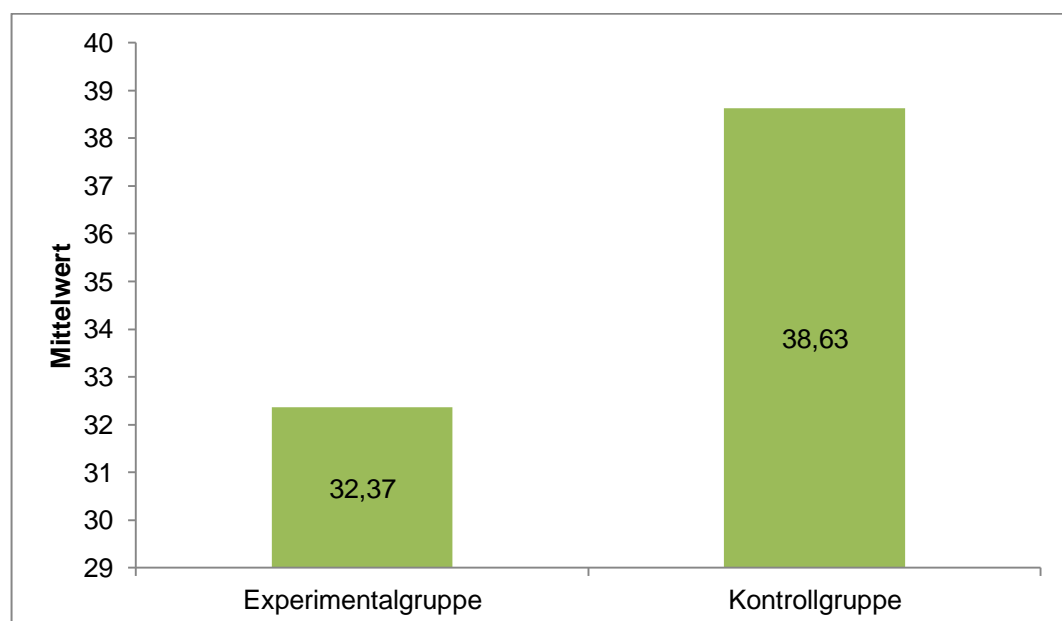


Abb. 5: Darstellung der Unterschiede der Gruppenmittelwerte der beiden Gruppen (jeweils n=35) zur Thematik sekundären Krankheitsgewinns.

Die Überprüfung eines Unterschieds mittels des Mann-Whitney-U-Tests ergab kein signifikantes Ergebnis.

5.1.2 H_{2a}:

BIID-Betroffene planen im Fall einer Amputation / Lähmung signifikant mehr, anderen zu beweisen, dass sie trotz der "Behinderung" weiterhin völlig leistungsfähig sind wie Personen, die nicht von BIID betroffen sind.

Die folgenden Items deckten im Fragebogen das Konzept der „Heldenhaften Einbeinigkeit“ ab, sprich den Aspekt dieser Hypothese, ob BIID-Betroffene im Vergleich zu Nicht-Betroffenen planen, im Fall einer Amputation oder Lähmung leistungsfähiger zu sein als Personen ohne Behinderungen.

1. Anerkennung für geleistete Tätigkeiten von meiner Umwelt zu erhalten ist mir wichtig
2. Aufgaben, die mir gestellt werden erledige ich gerne alleine.
3. Es schmeichelt mir wenn Kollegen anerkennen, dass ich, obwohl ich krank bin, zur Arbeit gekommen bin.
4. Die meisten Menschen könnten leistungsfähiger sein, würden sie sich nur mehr anstrengen.
5. Der Gedanke, jemand bezeichnet mich als Held/in, gefällt mir.
6. Ich zeige gerne meine Fähigkeiten.

Tabelle 8

Ränge der Versuchsgruppen zur „Heldenhaften Einbeinigkeit“, Experimentalgruppe (BIID-Betroffene), Kontrollgruppe (Nicht-BIID-Betroffene)

Gruppe		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
„Heldenhafte Einbeinigkeit“	Experimentalgruppe	35	30,69	1074,00
Insgesamt	Kontrollgruppe	35	40,31	1411,00

Tabelle 9

Statistik des U-Tests zu „Heldenhafte Einbeinigkeit“

	„Heldenhafte Einbeinigkeit“ insgesamt
Mann-Whitney-U	444,000
Wilcoxon-W	1074,000
Z	-1,992
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,46

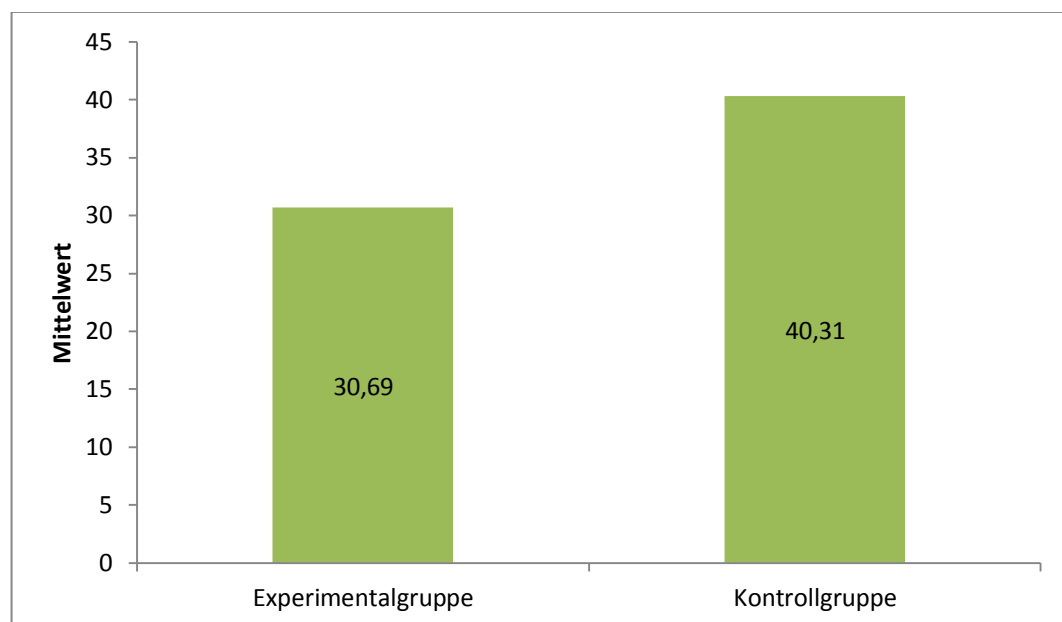


Abb. 6: Darstellung der sich signifikant unterscheidenden Mittelwerte bei der Gruppen (jeweils n=35) zur „Heldenhaften Einbeinigkeit“.

Die Mittelwerte der Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich signifikant voneinander.

5.1.3 H_{2b}:

BIID-Betroffene planen im Fall einer Amputation / Lähmung signifikant mehr, sich selbst zu beweisen, dass sie trotz der "Behinderung" absolut leistungsfähig sind wie Personen, die nicht von BIID-Betroffen sind.

Folgende drei Items sollten Aussagen zum Aspekt, ob BIID-Betroffene im Vergleich zu Nicht-Betroffenen im Falle einer Amputation oder Lähmung signifikant öfter planen, sich selbst zu beweisen leistungsfähig zu sein als Nicht-Betroffene.

1. Wenn ich etwas nicht hinbekomme werde ich wütend auf mich selbst.
2. Ich ärgere mich schnell über mich selbst, wenn ich einen Fehler gemacht habe.
3. Ich selbst bin mein größter Kritiker.

Tabelle 10

Ränge der Versuchsgruppen zur „Heldenhaften Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber, Experimentalgruppe (BIID-Betroffene), Kontrollgruppe (Nicht-BIID-Betroffene)

Gruppe		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
„Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber	Experimentalgruppe	35	37,07	1297,50
	Kontrollgruppe	35	33,93	1187,50

Tabelle 11

Statistik des U-Tests zu „Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber

	„Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber
Mann-Whitney-U	557,500
Wilcoxon-W	1187,500
Z	-,650
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,516

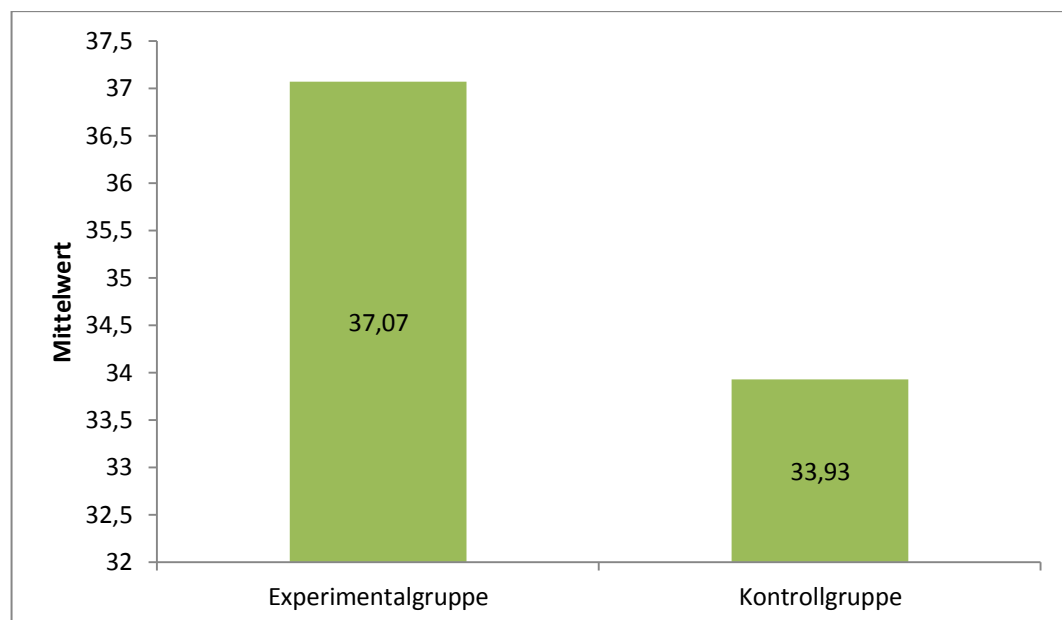


Abb. 7: Darstellung der Mittelwerte in Bezug auf „Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber der beiden untersuchten Gruppen (jeweils n=35).

Die Datenauswertung der zu dieser Hypothese zugehörigen Daten ergibt keinen signifikanten Unterschied zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe.

5.2 Persönlichkeitsmerkmale im Hinblick auf die Motive

Ein weiteres Ziel dieser Erhebung war es, zu überprüfen, ob hinter den verschiedenen Motiven für eine Amputation oder Lähmung bestimmte verschiedene Persönlichkeitsmerkmale stehen. Um dies zu erreichen wurden mögliche Zusammenhänge geprüft. Dies fand mit Hilfe der Berechnung linearer Regressionen statt.

5.2.1 H_{3a}:

Je höher die Werte der Persönlichkeitsmerkmale des Typus 1 „Introvertierte Ängstliche“, desto eher haben diese BILD-Betroffene den sekundären Krankheitsgewinn als Motiv für ihren Amputations- Lähmungswunsch.

Mithilfe dieser Items wurde Typus 1 „Introvertierte Ängstliche“ definiert:

1. Manchmal sehne ich mich danach, dass mir von einer Person, die alles kann, geholfen wird.
2. Personen, die auch im Erwachsenenalter noch jemanden haben, der sich um sie kümmert sind zu beneiden.
3. Ungewohnte Situationen machen mir Angst
4. Ich bin vorsichtiger als die meisten anderen Menschen
5. Ich würde mich als eher schüchtern beschreiben
6. Unter fremden Menschen fühle ich mich eher unwohl
7. Wenn ich unter fremden Menschen bin, hoffe ich nichts gefragt zu werden.
8. Ich bin nicht risikofreudig.
9. Ich fühle mich häufig überfordert in meinem Leben.
10. Manchmal wünschte ich mir, ich müsste mich um nichts in meinem Leben kümmern.

Der sekundäre Krankheitsgewinn, welchen sich BIID-Betroffene eventuell erhoffen, wurde durch folgende Items erfasst:

1. Wenn ich amputiert / gelähmt wäre, würde es mir gefallen von meinen Mitmenschen umsorgt zu werden.
2. Unterstützung bei der Lösung von Problemen zu bekommen wäre mir wichtig, wenn ich amputiert / gelähmt wäre.
3. Eine Amputation / Lähmung würde mir durchaus Vorteile bringen.
4. Wäre ich amputiert / gelähmt, würde ich mir unangenehme Verpflichtungen abnehmen lassen.
5. Schwierige Aufgaben würde ich, wenn ich amputiert / gelähmt wäre, nicht selbst lösen.
6. Verantwortung (z.B. beim Arbeiten) würde ich, wenn ich amputiert / gelähmt wäre, nur noch selten übernehmen.

Die Konstante bei dieser Berechnung stellt das Konstrukt „Introvertierte Ängstliche“ dar. Die abhängige Variable ist in diesem Fall der sekundäre Krankheitsgewinn der BIID-Betroffenen.

Tabelle 12

Modellzusammenfassung Lineare Regression „Introvertierte Ängstliche“ – Motiv sekundärer Krankheitsgewinn

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzens
1	,585(hoch)	,342	,322	,73679

a Einflussvariablen: (Konstante), Introvertierte Ängstliche

R-Quadrat zeigt 34,2% aufgeklärte Varianz. Zu 34,2% wird der Aspekt des sekundären Krankheitsgewinns demnach durch Typus 1 „Introvertierte Ängstliche“ aufgeklärt.

5.2.2 H_{3b}:

Je höher die Werte der Persönlichkeitsmerkmale des Typus 2 „Extravertierte Draufgänger“, desto eher planen diese BIID-Betroffene im Fall einer Amputation / Lähmung signifikant mehr anderen zu beweisen, dass sie trotz der „Behinderung“ absolut leistungsfähig sind („Heldenhafte Einbeinigkeit“).

Typus 2 „Extravertierte Draufgänger“ wurde durch folgende Items bestimmt:

1. Wenn ich mich gut vorbereite schaffe ich es, jedes Ziel zu erreichen.
2. Ich fühle mich den meisten anderen Personen in meinem Umfeld überlegen.
3. Andere wären verwundert, zu sehen was ich für Begabungen in mir trage.
4. Glücklicherweise bin ich keine unauffällige Person, die schnell in der Menge untergeht.
5. Im Mittelpunkt zu stehen bereitet mir Freude.
6. Ich bin ehrgeizig.
7. Mit anderen Menschen zu wetteifern bereitet mir Freude.
8. Hindernisse, die sich mir in den Weg stellen löse ich.
9. Ich würde mich als eher kontaktreich beschreiben.
10. Ich bin mutiger als die meisten anderen Menschen.

Items, welche die „Heldenhafte Einbeinigkeit“ BIID-Betroffener bei einer Amputation oder Lähmung erfassen sollten sind folgende:

1. Es wäre mir wichtig, auch im Fall einer Amputation oder Lähmung in allen Lebenslagen selbstständig zu sein.
2. Wäre ich amputiert / gelähmt, wäre es mir wichtig, meine Probleme alleine zu lösen.
3. Im Fall ich wäre amputiert / gelähmt, würde es mir schmeicheln, wenn Kollegen anerkennen, was ich trotzdem leiste.

4. Ich denke auch mit einer Amputation / Lähmung könnte ich meinem Umfeld zeigen, dass ich leistungsfähiger bin, als die meisten anderen.
5. Auch wenn ich amputiert / gelähmt wäre, wäre es ein Zeichen von Schwäche, Hilfe anzunehmen.
6. Wenn ich amputiert / gelähmt wäre, würde ich meiner Umwelt gerne beweisen, wie leistungsfähig ich trotzdem bin.

Die Konstante bei dieser Berechnung stellt das Konstrukt „Extravertierte Draufgänger“ dar. Die abhängige Variable ist das Motiv der „Heldenhaften Einbeinigkeit“ der BILD-Betroffenen.

Tabelle 13

Modellzusammenfassung Lineare Regression „Extravertierte Draufgänger“ – Motiv „Heldenhafte Einbeinigkeit“

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzens
1	,005(hocha)	,000	-,030	,43989

a Einflussvariablen: (Konstante), Extravertierte Draufgänger Insgesamt

Die erhobenen Daten zeigen keinen Zusammenhang zwischen „Extravertierte Draufgänger“ und dem Motiv der „Heldenhaften Einbeinigkeit“.

5.2.3 H_{3c}:

Je höher die Werte der Persönlichkeitsmerkmale des Typus 2 „Extravertierte Draufgänger“, desto eher planen diese BILD-Betroffene im Fall einer Amputation / Lähmung sich selbst zu beweisen, dass sie trotz der „Behinderung“ absolut leistungsfähig sind („Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber).

Folgende drei Items wurden genutzt um den Aspekt, ob BIID-Betroffene im Falle einer Amputation oder Lähmung sich selbst beweisen wollen, leistungsfähig zu sein zu erfassen:

1. Auch wenn ich eine Amputation / Lähmung hätte, würde ich mich dem Anspruch stellen, immer hundert Prozent zu geben.
2. Wenn ich amputiert / gelähmt wäre, hätte ich großes Interesse daran, mehr zu leisten, als ich mir eigentlich zutrauen würde (z.B. beim Sport oder der Arbeit).
3. Hätte ich eine Amputation / Lähmung, könnte ich mir selbst beweisen, wie leistungsfähig ich trotzdem wäre.

Die Konstante bei dieser Berechnung stellt das Konstrukt Extravertierte Draufgänger“ dar. Die abhängige Variable ist in diesem Fall die „Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber.

Tabelle 14

Modellzusammenfassung Lineare Regression „Extravertierte Draufgänger“ – Motiv „Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzens
1	,071(hoch)	,005	-,025	,63824

a Einflussvariablen: (Konstante), Extravertierte Draufgänger Insgesamt

Der Zusammenhang zwischen „Extravertierte Draufgänger“ und dem Motiv der „Heldenhaften Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber beträgt 0,5%.

6. Diskussion

Die Durchführungsobjektivität des Fragebogens zur Motivfindung des Amputationswunsches kann als gegeben betrachtet werden. Es wurde sichergestellt, dass alle teilnehmenden Personen denselben Zugang zum selben Fragebogen erhielten. Da es sich um einen internetbasierten Fragebogen handelt, erhielt jeder Teilnehmer exakt die gleichen Instruktionen. Die Datenauswertung mittels SPSS kann ebenfalls als objektiv beurteilt werden. Offene Fragen, welche im Fragebogen enthalten waren, bezogen sich auf demografische Angaben, welche kodiert und ausgewertet wurden. Die Interpretationsobjektivität kann insofern bestätigt werden, als dass die Interpretation aller Ergebnisse im Hinblick auf die zuvor generierten Hypothesen erfolgte.

Die Vorgehensweise einer Onlinebefragung ermöglicht die automatische Dokumentation des Fragebogens. Übertragungsfehler durch Tipp- oder Lesefehler können damit minimiert werden (Batinic, Puhle & Moser, 1999). „Internet based questionnaires have the advantage of allowing the investigation of large groups of people even if the condition of interest is very rare; however the internet also permits anonymous participation“ (Pregartbauer, Schnell & Kasten, 2014. S. 120). Diese Aussage stellt einen weiteren Vorteil von Onlinebefragungen dar. Betroffene können durch die Wahl des Mediums Internet anonym an Studien teilnehmen. Gemessen daran, wie selten BIID ist, konnte mit Hilfe der Onlineuntersuchung dieser Arbeit eine zufriedenstellende Stichprobengröße erreicht werden. Nachteil einer Onlinebefragung ist die technische Abhängigkeit welche bei dieser Untersuchung allerdings kein Problem darstellte. Ein weiterer Aspekt, den es zu berücksichtigen gilt ist, dass nur Personen mit Internetzugang erreicht werden können. Zudem besteht bei Onlinebefragungen auch die Möglichkeit, dass Personen, welche nicht zur Zielgruppe gehören teilnehmen. Es kann daher nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass Personen, welche nicht von BIID betroffen sind den Fragebogen ausgefüllt haben. Bei dieser Untersuchung schrieb Prof. Dr. habil. Erich Kasten jedoch gezielt BIID-Betroffene an, was die Gefahr, dass Nicht-Betroffene den Fra-

gebogen ausgefüllt haben, minimiert. Die Wahl des Mediums Internet und damit die Durchführung einer Onlinebefragung war für diese Erhebung angemessen, die Vorteile einer Onlinebefragung überwogen mögliche Nachteile.

Die Möglichkeit, dass die BIID-Betroffenen erkannt haben, welche Fragestellung hinter dem Fragebogen steht, besteht. Somit kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass im Sinne der sozialen Erwünschtheit geantwortet wurde. Aufgrund der bisherigen Datenlage kann dieser Aspekt allerdings entkräftet werden. Stirn et al. (2010) stellen dar, dass es viele BIID-Betroffene gibt, welche eine wertschätzende und offene Haltung der Forschung gegenüber haben. Sie sehen Forschung in diesem Bereich als Chance ihr Leiden und ihre Symptomatik zu verringern (Stirn et al. 2010). Die BIID-Betroffenen, welche an dieser Untersuchung teilgenommen haben, füllten den Fragebogen freiwillig aus. Es ist davon auszugehen, dass Betroffene, welche von selbst aktiv werden und freiwillig an der Forschung teilnehmen, kein Interesse daran haben, sozial erwünscht zu antworten.

Die Teststärke wurde nicht im Vorfeld der Untersuchung bestimmt. Grund für dieses Vorgehen war, dass BIID bislang sehr selten ist. Als Richtwert für die Stichprobengröße, welche in dieser Untersuchung erreicht werden sollte, wurden deshalb die Stichprobengrößen vorangegangener Untersuchungen herangezogen. Generell kann festgehalten werden, dass sich eine größere Stichprobe positiv auf diese Erhebung ausgewirkt hätte. Auf Grundlage der Stichprobengrößen vorangehender Erhebungen ist die Stichprobengröße dieser Untersuchung durchaus zufriedenstellend. Denkbar wäre es, den hier verwendeten Fragebogen in Kombination mit umfassenden Persönlichkeitsfragebögen zu kombinieren, um den Aspekt einzelner Persönlichkeitsanteile genauer betrachten zu können. In diesem Zusammenhang könnte es sich zusätzlich anbieten, näher auf die individuelle Lebensgeschichte der Betroffenen einzugehen, die eventuell die Möglichkeit für Erklärungsansätze der Motiventstehung bieten könnte. Diese Vorgehensweise konnte im Rahmen der Möglichkeiten der hier erfolgten Untersuchung nicht umgesetzt werden, jedoch könnte sie als Ansatzpunkt für zukünftige Untersuchung dienen. Sich an den Gedanken,

Persönlichkeitsanteilen der Betroffenen eine noch größere Beachtung zu schenken anschließend, ist die Überlegung, spezifische Fragen zur Thematik des Selbstwerts zu erfassen. Stirn et al. (2010) beschreiben, dass selbstwertdienliche Kognitionen stark in Verbindung mit einer hohen Leistungsorientierung stehen. Die Betrachtung dieses Aspekts in Bezug auf die Motivfindung könnte weitere interessante Ergebnisse erbringen.

„Weitere gemeinsame Merkmale von BIID-Betroffenen sind im überdurchschnittlichen Bildungsniveau zu finden“ (Stirn et al., 2010, S.11). Die Angaben bezüglich des Bildungsniveaus, welche die BIID-Betroffenen dieser Erhebung machten, stützen diese Aussage. Die erhobenen Daten der BIID-Betroffenen in dieser Erhebung scheinen auch repräsentativ im Bereich der Geschlechterverteilung zu sein. Stirn et al. (2010) beschreiben, dass es nach aktuellem Kenntnisstand mehr männliche als weibliche BIID-Betroffene gibt. Diese Parallelen tragen ihren Teil zu einem Gesamteindruck der Repräsentativität der hier erhobenen Stichprobe bei.

Das Vorgehen, mithilfe des Mann-Whitney-U-Tests die Mittelwerte der Experimental- und Kontrollgruppe zu vergleichen, begründet sich in der vorhandenen Stichprobengröße, sowie der nicht vorhandenen Normalverteilung.

Der bisherige Forschungsstand deutet nicht zwingend auf extreme Persönlichkeitsmerkmale hin, die sich BIID-Betroffene grundsätzlich teilen. In einer von Kasten (2009) durchgeführten Studie zeigte sich das deskriptiv ausgewertete Persönlichkeitsprofil aller Teilnehmer als durchschnittlich. In dieses Bild passen größtenteils auch die Ergebnisse dieser Untersuchung.

Daten, welche auf einen sekundären Krankheitsgewinn als reines Motiv für einen Amputations- oder Lähmungswunsch hinweisen, sind aus der bisherigen Forschung nicht ersichtlich. Das Ergebnis, dass das Motiv des sekundären Krankheitsgewinns für einen Amputations- oder Lähmungswunsch nicht ausschlaggebend ist, passt in dieses Bild.

Auch, dass das Motiv „Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber kein signifikantes Ergebnis ergab, fügt sich in das Gesamtbild der bisheri-

gen Datenlage ein. Thiel et al. (2011) beschreiben die Furcht eines BIID-Betroffenen davor, die Motivation zur Erbringung von Höchstleistungen ohne BIID zu verlieren. Nach der Auswertung der Daten dieser Erhebung ist diese Motivation nicht allein ausschlaggebend für den Wunsch, gelähmt oder amputiert zu sein. Es wird deutlich, dass es keinesfalls simpel ist, die Motive für einen so tiefgreifenden Änderungswunsch des Körpers zu erfassen.

Signifikant wurde der Aspekt der „Heldenhaften Einbeinigkeit“. Die Kontrollgruppe unterschied sich hierbei signifikant von den BIID-Betroffenen. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass der Aspekt der „Heldenhaftigkeit“ im Denken der Betroffenen höher ausgeprägt ist, als bei den Nicht-Betroffenen. Die Annahme, dass der Amputations- oder Lähmungswunsch vollständig durch das Motiv des hier aufgestellten Konstrukts „Heldenhafte Einbeinigkeit“ zu begründen ist, kann aufgrund dieses Ergebnisses allerdings nicht als richtig angesehen werden. Vielmehr sollte das Ergebnis so interpretiert werden, dass ein Unterschied im Denken der BIID-Betroffenen und Nicht-Betroffenen was die Aspekte der „Heldenhaften Einbeinigkeit“ angeht besteht. Es zeigt sich, dass bei den hier teilgenommenen BIID-Betroffenen etwas „heldenhaftes“ einen höheren Stellenwert einnimmt als bei Nicht-Betroffenen. Interessant wäre es, diesen Aspekt genauer zu betrachten und mit den individuellen Lebensgeschichten der BIID-Betroffenen zu verknüpfen. In Verbindung mit weiteren, bisher nicht klar herausgearbeiteten Komponenten, kann die „Heldenhafte Einbeinigkeit“ einen Teil der Motivation für einen Amputations- oder Lähmungswunsch ausmachen. Offen bleibt derzeit jedoch, welchen Umfang dieser Teil einnimmt und welche weiteren Komponenten ihre Anteile am Motiv für einen Amputations- oder Lähmungswunsch einnehmen.

Bei Betrachtung des möglichen Zusammenhangs zwischen bestimmten Persönlichkeitsanteilen und den Motiven für einen Amputations- oder Lähmungswunsch zeigte sich für die aufgestellte Hypothese, dass BIID-Betroffene, welche dem Typus 2 „Extravertierte Draufgänger“ zugeordnet

werden eher planen, sich selbst zu beweisen, dass sie trotz der „Behinderung“ absolut leistungsfähig sind, kein Zusammenhang. Ein Zusammenhang konnte für die aufgestellte Hypothese, dass BIID-Betroffene, welche Typus 1 „Introvertierte Ängstliche“ zugeordnet werden eher den sekundären Krankheitsgewinn als Motiv für ihren Amputations- oder Lähmungswunsch haben gefunden werden. 34,2% aufgeklärte Varianz konnten hier festgestellt werden. Vor dem Hintergrund, dass der sekundäre Krankheitsgewinn bei dieser Erhebung nicht von hohem Stellenwert für die Motivation für einen Amputations- oder Lähmungswunsch war, soll an dieser Stelle nicht ausführlicher auf den Zusammenhang zwischen „Introvertierten Ängstlichen“ und dem sekundären Krankheitsgewinn eingegangen werden. In Bezug auf die letzte aufgestellte Hypothese zur Thematik der Persönlichkeitsanteile, dass BIID-Betroffene mit hohen Werten bei Typus 2 „Extravertierte Draufgänger“ eher planen, sich selbst zu beweisen, auch mit einer Amputation oder Lähmung absolut leistungsfähig zu sein konnte lediglich ein schwacher Zusammenhang festgestellt werden. Mögliche Zusammenhänge zwischen bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und den möglichen Motiven für den Wunsch amputiert oder gelähmt zu sein können einen interessanten Aspekt für zukünftige Erhebungen darstellen. Im Hinblick darauf, dass die „Heldenhafte Einbeinigkeit“ bei dieser Erhebung in Bezug auf die Motive für einen Amputations- oder Lähmungswunsch von größerer Relevanz war, könnte die genauere Betrachtung sich eventuell wiederholender Persönlichkeitsmerkmalen in diesem Bereich interessant sein.

Die hier durchgeführte Untersuchung bietet genug Ansatzpunkte, um die in dieser Arbeit untersuchten Aspekte zu vertiefen. Der Fakt, dass es den Betroffenen selbst nicht möglich ist, rationale Gründe für ihre Motivation zu liefern (Kasten, 2009), macht deutlich, wie groß die Möglichkeiten und auch die Dringlichkeit ist, die bisherigen Aspekte genauer zu untersuchen. Die Aufklärung der Motive kann eine Basis für die Entwicklung therapeutischer Behandlungsansätze sein und somit dazu führen, den betroffenen adäquate Hilfestellungen bieten zu können. Auch Außenstehende, welche bisher kaum Berührungspunkte mit BIID hatten, kann jede neue Erkennt-

nis dabei helfen, sich diesem Thema zu öffnen, wovon langfristig gesehen auch die Betroffenen profitieren könnten.

Als Fazit dieser Untersuchung kann festgehalten werden, dass weder sekundärer Krankheitsgewinn, noch der Wunsch danach, sich selbst gegenüber eine „Heldenhafte Einbeinigkeit“ zu beweisen, beim Wunsch der BIID-Betroffenen nach einer Amputation oder Lähmung eine herausragende Rolle einnehmen. Einen signifikanten Unterschied im Denken der Betroffenen im Vergleich zu den Nicht-Betroffenen konnte ausschließlich beim Aspekt der „Heldenhaften Einbeinigkeit“ gezeigt werden. Trotz dieses Unterschieds wird deutlich, dass auf den Wunsch, amputiert oder gelähmt zu sein, weitere Komponenten Einfluss nehmen müssen. Das Motiv des sekundären Krankheitsgewinns, sowie das Motiv der „Heldenhaften Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber scheint zu schwach zu sein, um etwas so tiefgreifendes wie einen Amputations- oder Lähmungswunsch zu begründen. Aufgrund der Ergebnisse dieser Untersuchung anzunehmen, die „Heldenhafte Einbeinigkeit“ könne als alleiniges Motiv für einen Amputations- oder Lähmungswunsch stehen, wäre nicht zutreffend. Personen, welche von einem sekundären Krankheitsgewinn profitieren wollen, einen Held darstellen möchten oder auch nur sich selbst etwas beweisen wollen, könnten andere Wege und Mittel finden um diese Ziele zu verwirklichen. Eine Amputation oder Lähmung ist hier als „Mittel zum Zweck“ deutlich weiter entfernt als beispielsweise eine Extremsportart zu betreiben.

Der Ausgang dieser Untersuchung macht deutlich: Das Motiv für einen Wunsch nach einer Amputation oder Lähmung muss tiefgreifender sein, als die Erwartung von Vorteilen oder Anerkennung. Dieser Aspekt bewirkt, aus welcher Perspektive BIID betrachtet wird. Die Motivation hinter diesem, für Außenstehende bizarren Wunsch ist ein wesentlicher Punkt, den es aufzuklären und zu begreifen gilt, um den Betroffenen adäquat begegnen und Hilfestellung leisten zu können. Vor allem Außenstehende und Nicht-Betroffene können davon profitieren, mehr über diese Hintergründe zu erfahren.

An dieser Stelle soll die Bedeutung der weiteren Forschung in diesem Bereich, sowie die Erforschung weiterer Aspekte der Thematik BIID betont werden. Ein großer Stellenwert kommt hierbei der Frage zu, wo die Ursache dieses Wunsches nach einer Amputation oder Lähmung liegt. Denn gerade dieser Wunsch ist das wesentliche Merkmal von BIID. Die Tatsache, dass er sich bereits in der Kindheit entwickelt und lebenslang bestehen bleiben kann, erhöht die Spannung und Relevanz, mehr über seine Entstehung zu erfahren. Eine rasch voranschreitende Klärung dieser Zusammenhänge ermöglicht eine zügige Entwicklung von adäquaten Hilfsangeboten.

Literaturverzeichnis

- Batinic, B., Werner, A., Gräf, L. & Bandilla, W. (1999). *Online research: Methoden, Anwendungen und Ergebnisse*. Göttingen: Hogrefe.
- Bayne, T., Levy, N. (2005). Amputees By Choice: Body Integrity Identity Disorder and the Ethics of Amputation. *Journal of Applied Philosophy*, 22, 75-86.
- Blom, R. M., Hennekam, R. C., & Denys, D. (2012). Body Integrity Identity Disorder. *PLoS ONE*, 7(4), e34702. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0034702>
- Bruno, R. L. (1997). Devotees, Pretenders and Wannabes: Two Cases of Facitious Disability Disorder. *Sexuality and Disability, Human Sciences Press*, 4, 243-260.
- Dietz, F. (2006). *Medizinische Psychologie*. Heidelberg: Springer.
- Everaerd, W. (1983). A case of apotemnophilia: A handicap as sexual preference. In E. Kasten. (2006). *Body-Modification Psychologische und medizinische Aspekte von Piercing, Tattoo, Selbstverletzung und anderen Körperveränderungen* (S.117). München: reinhardt.
- Gerrig, R. J., Zimbardo, P. G., & Graf, R. (2011). *Psychologie* (18., aktualisierte Aufl.). München: Pearson Higher Education.
- Horn. (2003). A life for a limb. *Social Work Today*, (3), 16–19.
- Horn, K., Beier, C., & Kraft-Krumm, D. (1984). *Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn: zur Logik von Widerständen gegen gesundheitl. Aufklärung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Johnson, T. W., Wassersug, R. J., Roberts, L. F., & First, M. B. (2010). Desire for Castration Is Not a Body Integrity Identity Disorder (BIID): A Response. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2pt1), 853–855. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01603.x>
- Kasten, E. (2006). *Body-Modification Psychologische und medizinische Aspekte von Piercing, Tattoo, Selbstverletzung und anderen Körperveränderungen*. München: reinhardt.

- Kasten, E. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 77(01), 16–24. <http://doi.org/10.1055/s-0028-1100837>
- Kasten, E. (2012). Body Integrity Identity Disorder – Körperidentität durch erwünschte Behinderung. *Psychiatrie und Psychotherapie up to date*, 6(3), 165–177.
- 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. <http://doi.org/10.1024/1661-4747.57.1.55>
- Kasten, E. & Spithaler F. (2009). Body Integrity Identity Disorder: Personality Profiles and Investigation of Motives. In A. Stirn, A. Thiel, S. Oddo (Hrsg.), *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects* (S.20-40). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Maslow, A. H. (1978). *Motivation und Persönlichkeit* (2., erw. Aufl). Olten: Walter-Verl.
- Money, J., Jobaris, R., & Furth, G. (1977). Apotemnophilia: Two Cases of Self-Demand Amputation as a Paraphilia. *The Journal of Sex Research*, 13(2), 115–125.
- Müller, S. (2008). Body Integrity Identity Disorder (BIID) – Lassen sich Amputationen gesunder Gliedmaßen ethisch rechtfertigen? *Ethik in der Medizin*, 20(4), 287–299. <http://doi.org/10.1007/s00481-008-0581-3>
- Oddo, S., Möller, J., Skoruppa, S., & Stirn, A. (2014). Psychische Merkmale von Body Integrity Identity Disorder (BIID): Persönlichkeitseigenschaften, Interpersonale Aspekte, Copingmechanismen bei Stress und Konflikten, Körpererleben. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 82(05), 250–260. <http://doi.org/10.1055/s-0034-1366245>
- Pregartbauer, L., Schnell, T., Kasten, E. (2014). Body Integrity Identity Disorder and Mancophilia: Similarities and Differences. *Psychology and Behavioral Sciences* 3(5)

- Ramachandran, V. S., Brang, D., McGeoch, P. D. & Rosar, W. (2009). Sexual and food preference in apotemnophilia and anorexia: interactions between "beliefs" and "needs" regulated by two-way connections between body image and limbic structures. In A. Stirn, A. Thiel, & S. Oddo (2010). *Body Integrity Identity Disorder (BIID)* (1. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- 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 (Edinburgh, Scotland)*, 31(6), 593–595. <http://doi.org/10.1016/j.jhsb.2006.05.022>
- Stirn, A., Thiel, A., & Oddo, S. (2010). *Body Integrity Identity Disorder (BIID)* (1. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Swindell, M. & St. Lawrence, J. (2009). Body Integrity Identity Disorder: An Overview. In A. Stirn, A. Thiel & S. Oddo (Hrsg.), *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects* (S. 11-20). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Thiel, A., Ehni, F., Oddo, S., & Stirn, A. (2011). Body Integrity Identity Disorder: Erste Erfolge in der Langzeitpsychotherapie. *Psychiatrische Praxis*, 38(05), 256–258. <http://doi.org/10.1055/s-0030-1266128>

Anhang

Anhang A

Die im Fragebogen enthaltenen Fragen (F) mit jeweiliger im Text verwendeten Kurzbezeichnung der Items

F1	Sekundärer Krankheitsgewinn
F1.1	Es ist mir wichtig, von mir nahe stehenden Menschen umsorgt zu werden.
F1.2	Krank zu sein hat durchaus Vorteile.
F1.3	Nur wenn ich krank bin verhalten sich mir Menschen gegenüber rücksichtsvoll.
F1.4	Anteilnahme von Personen meines Umfeldes erhalte ich (meist) nur, wenn es mir richtig schlecht geht.
F1.5	Ich finde es gut, wenn ich im Krankheitsfall von Verantwortung entbunden werde.
F2	„Heldenhafte Einbeinigkeit“
F2.1	Anerkennung für geleistete Tätigkeiten von meiner Umwelt zu erhalten ist mir wichtig.
F2.2	Aufgaben, die mir gestellt werden

	erledige ich gerne alleine.
F2.3	Es schmeichelt mir, wenn Kollegen anerkennen, dass ich obwohl ich krank bin, zur Arbeit gekommen bin.
F2.4	Die meisten Menschen könnten leistungsfähiger sein, würden sie sich nur mehr anstrengen.
F2.5	Der Gedanke, jemand bezeichnet mich als Held, gefällt mir.
F2.6	Ich zeige gerne meine Fähigkeiten.
F3	„Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber
F3.1	Wenn ich etwas nicht hinbekomme, werde ich wütend auf mich selbst.
F3.2	Ich ärgere mich schnell über mich selbst, wenn ich einen Fehler gemacht habe.
F3.3	Ich selbst bin mein größter Kritiker.
F4	„Introvertierte Ängstliche“
F4.1	Manchmal sehne ich mich danach, dass mir von einer Person, die alles kann, geholfen wird.
F4.2	Personen, die auch im Erwachsenenalter noch jemanden haben, der sich um sie kümmert sind zu beneiden.
F4.3	Ungewohnte Situationen machen mir Angst.
F4.4	Ich bin vorsichtiger als die meisten

	anderen Menschen.
F4.5	Ich würde mich als eher schüchtern beschreiben.
F4.6	Unter fremden Menschen fühle ich mich eher unwohl.
F4.7	Wenn ich unter fremden Menschen bin, hoffe ich nichts gefragt zu werden.
F4.8	Ich bin nicht risikofreudig.
F4.9	Ich fühle mich häufig überfordert in meinem Leben.
F4.10	Manchmal wünschte ich mir, ich müsste mich um nichts in meinem Leben kümmern.

F5

„Extravertierte Draufgänger“

F5.1	Wenn ich mich gut vorbereite schaffe ich es, jedes Ziel zu erreichen.
F5.2	Ich fühle mich den meisten anderen Personen in meinem Umfeld überlegen.
F5.3	Andere wären verwundert, zu sehen was ich für Begabungen in mir trage.
F5.4	Glücklicherweise bin ich keine Person, die schnell in der Menge untergeht.
F5.5	Im Mittelpunkt zu stehen bereitet mir Freude.
F5.6	Mit anderen Menschen zu wetteifern bereitet mir Freude.
F5.7	Ich bin ehrgeizig.

F5.8	Hindernisse, die sich mir in den Weg stellen löse ich.
F5.9	Ich würde mich als eher kontaktreich beschreiben.
F5.10	Ich würde mich als eher kontaktreich beschreiben.
F5.11	Ich bin mutiger als die meisten anderen Menschen.

Folgende Fragen stellten die spezifischen Fragen an BIID-Betroffene dar

F6	Sekundärer Krankheitsgewinn bei einer Amputation / Lähmung
-----------	---

F6.1	Wenn ich amputiert / gelähmt wäre, würde es mir gefallen, von meinen Mitmenschen umsorgt zu werden.
F6.2	Unterstützung bei der Lösung von Problemen zu bekommen wäre mir wichtig, wenn ich amputiert / gelähmt wäre.
F6.3	Eine Amputation / Lähmung würde mir durchaus Vorteile bringen.
F6.4	Wäre ich amputiert / gelähmt, würde ich mir unangenehme Verpflichtungen abnehmen lassen.
F6.5	Schwierige Aufgaben würde ich, wenn ich amputiert / gelähmt wäre, nicht selbst lösen.
F6.6	Verantwortung (z.B. beim Arbeiten) würde ich, wenn ich amputiert / gelähmt wäre, nur noch selten übernehmen.

F7	„Heldenhafte Einbeinigkeit“ bei einer Amputation / Lähmung
F7.1	Es wäre mir wichtig, auch im Fall einer Amputation oder Lähmung in allen Lebenslagen selbstständig zu sein.
F7.2	Wäre ich amputiert / gelähmt, wäre es mir wichtig, meine Probleme alleine zu lösen.
F7.3	Im Fall ich wäre amputiert / gelähmt, würde es mir schmeicheln, wenn Kollegen anerkennen, was ich trotzdem leiste.
F7.4	Ich denke auch mit einer Amputation / Lähmung, könnte ich meinem Umfeld zeigen, dass ich leistungsfähiger bin als die meisten anderen.
F7.5	Auch wenn ich amputiert / gelähmt wäre, wäre es ein Zeichen von Schwäche, Hilfe anzunehmen.
F7.6	Wenn ich amputiert / gelähmt wäre, würde ich meiner Umwelt gerne beweisen, wie leistungsfähig ich trotzdem bin.
F8	„Heldenhafte Einbeinigkeit“ sich selbst gegenüber bei einer Amputation / Lähmung
F8.1	Auch wenn ich eine Amputation / Lähmung hätte, würde ich mich dem

	Anspruch stellen, immer hundert Prozent zu geben.
F8.2	Wenn ich amputiert / gelähmt wäre, hätte ich großes Interesse daran, mehr zu leisten, als ich mir eigentlich zutrauen würde (z.B. beim Sport oder der Arbeit).
F8.3	Hätte ich eine Amputation / Lähmung, könnte ich mir selbst beweisen, wie leistungsfähig ich trotzdem wäre.

Anhang B

Der verwendete Fragebogen (Version der Experimentalgruppe)

<p>Welches Geschlecht haben Sie?</p> <p><input type="radio"/> weiblich</p> <p><input type="radio"/> männlich</p>	<p>Wie alt sind Sie?</p> <p><input type="text"/></p>	<p>Was ist Ihr aktueller Beziehungsstatus?</p> <p><input type="checkbox"/> Ledig</p> <p><input type="checkbox"/> In einer Beziehung</p> <p><input type="checkbox"/> Verheiratet</p> <p><input type="checkbox"/> Geschieden</p>	<p>Welche sexuelle Orientierung haben Sie?</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexuell</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexuell</p> <p><input type="checkbox"/> Homosexuell</p>
--	--	--	--

Was ist Ihr aktueller Beziehungsstatus?

- ☐ Ledig
☐ In einer Beziehung
☐ Verheiratet
☐ Geschieden

Welche sexuelle Orientierung haben Sie?

- ☐ Heterosexuell
☐ Bisexuell
☐ Homosexuell

Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

Welchen Berufsstand haben Sie aktuell?

Im Folgenden sollen Sie angeben, wie sehr Sie den verschiedenen Aussagen zustimmen.

Antworten Sie möglichst spontan, es geht um Ihre persönliche Meinung.

Es ist mir wichtig von mir nahe stehenden Menschen umsorgt zu werden	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Krank zu sein hat durchaus Vorteile	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Nur wenn ich krank bin verhalten sich mir Menschen gegenüber rücksichtsvoll	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Anteilnahme von Personen meines Umfeldes erhalte ich (meist) nur, wenn es mir richtig schlecht geht	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Ich finde es gut, wenn ich im Krankheitsfall von Verantwortung entbunden werde	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu

Anerkennung für geleistete Tätigkeiten von meiner Umwelt zu erhalten ist mir wichtig	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Aufgaben, die mir gestellt werden erledige ich gerne alleine	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Es schmeichelt mir wenn Kollegen anerkennen, dass ich, obwohl ich krank bin, zur Arbeit gekommen bin	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Die meisten Menschen könnten leistungsfähiger sein, würden sie sich nur mehr anstrengen	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Der Gedanke, jemand bezeichnet mich als Held/in, gefällt mir	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Ich zeige gerne meine Fähigkeiten	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu

Wenn ich etwas nicht hinbekomme werde ich wütend auf mich selbst

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Ich ärgere mich schnell über mich selbst wenn ich einen Fehler gemacht habe

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Ich selbst bin mein größter Kritiker

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Manchmal sehe ich mich danach, dass mir von einer Person, die alles kann, geholfen wird

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Personen, die auch im Erwachsenenalter noch jemanden haben, der sich um sie kümmert sind zu beneiden

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ungewohnte Situationen machen mir Angst

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich bin vorsichtiger als die meisten anderen Menschen

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich würde mich als eher schüchtern beschreiben

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Unter fremden Menschen fühle ich mich eher unwohl

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Wenn ich unter fremden Menschen bin, hoffe ich nichts gefragt zu werden

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Ich bin nicht risikofreudig

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Ich fühle mich häufig überfordert in meinem Leben

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Manchmal wünschte ich mir, ich müsste mich um nichts in meinem Leben kümmern

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Wenn ich mich gut vorbereite schaffe ich es, jedes Ziel zu erreichen

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Ich fühle mich den meisten anderen Personen in meinem Umfeld überlegen

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Andere wären verwundert, zu sehen was ich für Begabungen in mir trage

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Glücklicherweise bin ich keine unauffällige Person, die schnell in der Menge untergeht

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Im Mittelpunkt zu stehen bereitet mir Freude

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Ich bin ehrgeizig

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Mit anderen Menschen zu wetteifern bereitet mir Freude

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Hindernisse, die sich mir in den Weg stellen löse ich

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Ich würde mich als eher kontaktreich beschreiben

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Ich würde mich als eher kontaktreich beschreiben

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Ich bin mutiger als die meisten anderen Menschen

stimme gar nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme weder noch zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme voll und ganz zu ☐

Folgende Fragen bekam ausschließlich die Experimentalgruppe (BIID-Betroffene). Für die Kontrollgruppe war der Fragebogen an dieser Stelle zu Ende.

Wenn ich amputiert / gelähmt wäre, würde es mir gefallen von meinen Mitmenschen umsorgt zu werden	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Unterstützung bei der Lösung von Problemen zu bekommen wäre mir wichtig, wenn ich amputiert / gelähmt wäre	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Eine Amputation / Lähmung würde mir durchaus Vorteile bringen	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Wäre ich amputiert / gelähmt, würde ich mir unangenehme Verpflichtungen abnehmen lassen	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Schwierige Aufgaben würde ich, wenn ich amputiert / gelähmt wäre, nicht selbst lösen	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Verantwortung (z.B. beim Arbeiten) würde ich, wenn ich amputiert / gelähmt wäre, nur noch selten übernehmen	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu

Es wäre mir wichtig, auch im Fall einer Amputation oder Lähmung in allen Lebenslagen selbstständig zu sein	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Wäre ich amputiert / gelähmt, wäre es mir wichtig meine Probleme alleine zu lösen	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Im Fall ich wäre amputiert / gelähmt, würde es mir schmeicheln, wenn Kollegen anerkennen, was ich trotzdem leiste	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Ich denke auch mit einer Amputation / Lähmung, könnte ich meinem Umfeld zeigen, dass ich leistungsfähiger bin als die meisten anderen	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Auch wenn ich amputiert / gelähmt wäre, wäre es ein Zeichen von Schwäche, Hilfe anzunehmen	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Wenn ich amputiert / gelähmt wäre, würde ich meiner Umwelt gerne beweisen, wie leistungsfähig ich trotzdem bin	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu

Auch wenn ich eine Amputation / Lähmung hätte, würde ich mich dem Anspruch stellen, immer hundert Prozent zu geben

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ich amputiert / gelähmt wäre, hätte ich großes Interesse daran, mehr zu leisten als ich mir eigentlich zutrauen würde (z.B. beim Sport oder der Arbeit)

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hätte ich eine Amputation / Lähmung, könnte ich mir selbst beweisen, wie leistungsfähig ich trotzdem wäre

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme weder noch zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anhang C

Die nach Geschlecht und Alter parallelisierten Stichproben

Experimentalgruppe (BIID-Betroffene)		Kontrollgruppe (Nicht-BIID-Betroffene)	
Geschlecht	Alter	Geschlecht	Alter
m	34	m	34
m	78	m	80*
m	53	m	53
w	33	w	33
m	61	m	62*
m	58	m	57*
m	52	m	52
m	63	m	66*
m	32	m	33*
m	41	m	39*
w	47	w	46*
w	43	w	41*
m	31	m	31
m	31	m	31
m	67	m	67
m	51	m	51
m	40	m	39*
m	56	m	56
m	50	m	50
m	35	m	37*
m	43	m	43
w	46	w	46
m	61	m	61
m	49	m	48*
m	53	m	56*
w	48	w	49*
m	47	m	49*
m	28	m	29*
w	53	w	52*
m	41	m	45*
w	34	w	30*
m	50	m	47*
m	33	m	34*
w	49	w	49*
m	50	m	50*

Anmerkungen. Im Rahmen der durchgeführten Parallelisierung erfolgte die paarweise Zuordnung nach Alter und Geschlecht. w steht für das weibliche Geschlecht, m steht für das männliche Geschlecht. * markiert eine Altersabweichung von +/- 1 bis 4 Jahre

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: Kroboth, Annika

Matrikelnummer: 120206031

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

Ort, Datum: Hamburg, den 11.08.2015

Unterschrift:

