

Medical School Hamburg
Fakultät für Humanwissenschaften
Kaiserkai 1 – 20457 Hamburg

Bachelorarbeit
Studiengang Psychologie

**Body Integrity Identity Disorder und Mancophilie:
Relevante Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen
der Identitätsstörung und Paraphilie**

Vorgelegt von: Lea Pregartbauer
Matrikelnummer 100201047
Lea_pregartbauer@web.de

Gutachter: Prof. Dr. Erich Kasten
Zweitgutachter: Prof Dr. Dr. Thomas Schnell

Hamburg, den

Inhaltsverzeichnis

0. Einleitung	4
1.Theoretische Grundlagen.....	6
1.1 Body Integrity Identity Disorder	6
1.1.1 Einführung in das Phänomen.....	6
1.1.2 Aktueller Forschungsstand.....	7
1.1.2.1 Psychologische Studien.....	7
1.1.2.2 Neurologische Studien.....	10
1.1.2 Ätiologie.....	12
1.1.3.1 Multifaktorielles Erklärungsmodell.....	12
1.2 Mancophilie	13
1.2.1 Einführung in das Phänomen.....	13
1.2.2 Aktueller Forschungsstand.....	15
1.2.3 Ätiologie.....	18
1.2.3.1 Lernpsychologisches Erklärungsmodell.....	19
1.3 Fragestellung	20
1.3.1 Zusammenhang zwischen BIID und Mancophilie.....	20
1.3.2 Hypothesen.....	21
2. Methoden	27
2.1 Studiendesign und Fragebogenkonzeption.....	27
2.2 Rekrutierung der Stichprobe und Ablauf der Datenerhebung.....	29
2.3 Deskriptive Daten der Stichprobe.....	30
2.4 Statistische Analyse.....	31
3. Ergebnisse	32
3.1 Reliabilität des Testverfahrens	32
3.2 Statistische Analyse der Hypothesen.....	33
4. Diskussion	48
4.1 Hypothesen	48
4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	58
4.2 Einschränkungen der Untersuchung	59
4.3 Fazit.....	60
5. Literaturverzeichnisse	62
6.Tabellenverzeichnis.....	65
7. Anhang.....	66

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde erstmalig die Differenzierung zwischen der Identitätsstörung Body Integrity Identity Disorder und der Sexualpräferenz für Menschen mit Behinderung, der Mancophilie, untersucht. Ziel dabei war es einerseits zu prüfen in wie weit eine Differenzierung zwischen den beiden Phänomenen möglich ist und welche eindeutigen Gemeinsamkeiten und Unterschiede sich zwischen beiden Gruppen finden lassen. Gleichzeitig war von Interesse den Kenntnisstand über die sexuelle Komponente des Phänomens BIID zu erweitern. Zur Untersuchung dieser Fragestellung ist es gelungen, die Daten von jeweils 18 Mancophilen und 18 BIID-Betroffenen zu gewinnen.

Im Verlauf wird zunächst der Stand der aktuellen Forschung zu sowohl Mancophilie als auch BIID dargestellt sowie Ätiologie Annahmen und Begrifflichkeiten. Im Anschluss wird ausführlich auf die aus dem aktuellen Forschungsstand abgeleiteten Studienhypothesen eingegangen. Es folgt eine Darstellung der Methodischen Vorgehensweise, der Entwicklung des Fragebogens sowie des Ablaufes der Datenerhebung und der deskriptiven Daten der Probanden. Im Anschluss werden die Ergebnisse zu den insgesamt 16 Hypothesen zunächst dargestellt und abschließend diskutiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass es zwischen BIID und der Mancophilie erhebliche Überschneidungsbereiche gibt. Zentral dabei ist, dass die Sexualpräferenz für Menschen mit Behinderungen mit ähnlicher Intensität zu BIID zu gehören scheint wie zur Mancophilie. Unterschiede zeigen sich dagegen bei der erotischen Faszination für eine eigene Behinderung, diese scheint nur für BIID Betroffene zuzutreffen. Mit diesen Ergebnissen ist es gelungen, den Kenntnisstand über die sexuelle Komponente von BIID zu erweitern. Es zeigt sich, dass eine strikte Differenzierung zwischen beiden Phänomenen nicht möglich ist, dass Aspekte der Sexualität genauso zur Identitätsstörung BIID gehören wie es bei der Gender Identity Disorder (GID) der Fall ist.

0 Einleitung

Das Phänomen Body Integrity Identity Disorder ist in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus der wissenschaftlichen Aufmerksamkeit gerückt und hat bei Forschern, Betroffenen und Angehörigen zunehmend Fragen aufgeworfen. Woher kommt der Wunsch nach der Erlangung einer Körperbehinderung? Wie ist die sexuelle Komponente in diesem Kontext einzuordnen? Eine eindeutige Charakterisierung des Störungsbildes war bis jetzt weder in Bezug auf die Ätiologie, noch auf die Phänomenologie möglich.

Auch die Frage nach der klassifikatorischen Einordnung des Phänomens konnte bislang nicht abschließend geklärt werden. Ursprünglich als Paraphilie angesehen, die sowohl die erotische Faszination an einer eigenen Behinderung als auch an anderen Behinderungen umfasst, hat sich bisher der von Michael First geprägte Begriff Body Integrity Identity Disorder und eine damit verbundene Einordnung des Phänomens als Identitätsstörung weitgehend durchgesetzt.

Die Sexualpräferenz für Menschen mit Behinderungen wurde ihrerseits isoliert betrachtet. Nach vielen unterschiedlichen Begriffsfindungen wie „Deformationsfetischismus“ (Kraft- Ebbing, 1933 zitiert nach Martin 2010), „Amputismus“ (Wenig, 1979) „Apotemnophilie“ (Money, 1977), „Akrotomophilie“ (Money, 1986) oder „Amelotatismus“ (Nattress, 1978), „Amelotasis“ (Nattress, 1996) prägte Ilse Martin 2010 die Bezeichnung „Mancophilie“ „als Oberbegriff für die besondere Zuneigung zu Menschen mit körperlichen Mängeln und Defiziten...“ (Martin, 2010).

Trotz der formalen Trennung gibt es zwischen diesen beiden Gruppen weiter Überlappungen und Unklarheiten: Etliche BIID-Betroffenen geben eine sexuelle Präferenz für körperliche Behinderungen an und gleichzeitig wünscht sich offenbar auch eine Gruppe der Mancophilen, selber eine Behinderung zu haben. In der vorliegenden Arbeit wird die Differenzierung zwischen der Mancophilie als sexuelle Präferenzstörung und Body Integrity Identity Disorder als Identitätsstörung mittels eines selbstentwickelten Fragebogens untersucht.

Eine genauere Untersuchung dieses Themas ist vor allem für die erhoffte Klassifizierung des Phänomens in den diagnostischen Manuale DSM und ICD-10 wichtig, denn trotz der nun fast 10 Jahre alten Studie von Michael First und der damit verbundenen Einordnung als Identitätsstörung hat sich die Klassifizierung noch nicht zweifelsfrei durchgesetzt. Die sexuelle Komponente bleibt weiterhin ein unklarer Aspekt des Störungsbilds.

Durch eine Untersuchung der beiden Gruppen soll der Kenntnisstand bezüglich der sexuellen Vorliebe für Behinderungen erweitert werden, mit dem Ziel die Gruppe der Mancophilen und von BIID-Betroffenen klarer differenzieren zu können und die Frage zu untersuchen, ob BIID eindeutig von einer Paraphilie abzugrenzen ist.

1 Theoretische Grundlagen

Im Folgenden wird der Stand der aktuellen Forschung zu sowohl BIID als auch der Mancophilie dargestellt.

1.1 Body Integrity Identity Disorder

1.1.1 Einführung in das Phänomen

Body Integrity Identity Disorder (BIID) bezeichnet den langjährigen, intensiven Wunsch nach der Erlangung einer schweren körperlichen Behinderung (Kasten, ICD Antrag, 2012). Angestrebte Körperzustände können Behinderungen verschiedenster Art sein, wie z.B. Blindheit oder eine Lähmung bis hin zur Querschnittslähmung. In der Regel geht es bei dem Phänomen jedoch um den Wunsch nach der Amputation einer gesunden Gliedmaße. Für die Betroffenen besteht eine Diskrepanz zwischen ihrem intaktem realen Körper und ihrem eigentlichen mentalen Bild von sich selbst als Behinderter. Erst durch die Amputation glauben sie diese Diskrepanz auflösen zu können und ihrem eigentlichen Selbst entsprechen zu können (First, 2005). Bei vielen Betroffenen ist offenbar eine sexuelle Komponente ein zusätzlicher Motivator: Es besteht ein Gefühl sexueller Erregung bei der Vorstellung amputiert zu sein und/oder dem Anblick amputierter Menschen.

Bevor sich der Name Body Integrity Identity Disorder (BIID) durchsetzen konnte gab es verschiedenen Begriffsfindungen für das Phänomen wie Apotmenophilie (Money, Jobaris, Furth, 1977), Amputee Identity Disorder (Furth & Smith, 2000 zitiert nach Stirn, Thiel, Oddo, 2010) und zuletzt Xenomelia (Brang, Mc Geoch, Ramachandran, 2007). BIID-Betroffene nutzen untereinander den Begriff „Wannabee“ (engl.: want to be) als Beschreibung für eine Person die sich eine eigene Behinderung wünscht (Bruno, 1997).

1.1.2 Aktueller Forschungsstand

Im Folgenden wird der Stand der aktuellen Forschung von sowohl psychologischen als auch neurologischen Untersuchungen zu BILD dargestellt.

1.1.2.1 Psychologische Untersuchungen

Erstmalig veröffentlichten John Money, Russel Jobaris und Gregg Furth 1977 eine Fallstudie über zwei Apotemnophile-Patienten, die sich eine Amputation am eigenen Körper wünschten und gleichzeitig eine deutliche erotische Faszination sowohl für den eigenen Stumpf, als auch für andere behinderte Körper hatten. Über sein Streben nach einer eigenen Amputation berichtet einer der beiden Patienten:

Since my 13th year, my conscious life has been absorbed, with varying intensity in a bizarre and prepotent wish, need, desire to have my leg amputated above the knee; the image of myself as an amputee has an erotic fantasy (each one different) accompanied EVERY sexual experience of my life: auto-, homo-, and heterosexual, since, and beginning with, puberty. (Money, Jobaris, Furth, 1977)

Die erotisierende Wirkung anderer Menschen mit Behinderungen geht dieser Fallbeschreibung zu Folge für beide Patienten primär von der Vorstellung aus, dass ein Mensch mit Behinderung seine körperliche Einschränkung überwindet, Leistung zeigt und Erfolg hat. Sekundär war bei beiden die Asymmetrie eines Amputierten Körpers.

Basically, it's the event or occurrence of compensation or overcompensating, achieving, going out and doing things that one would say is unexpectable (as an amputee). Like water skiing or snow skiing and doing these different activities. I think the achievement is then very stimulating... (Money, Jobaris, Furth, 1977).

Einige Jahre später (1986) veröffentlichten Johny Money und Kent Simcoe den Fall eines Mannes, der eine erotische Vorliebe für andere behinderte Körper zeigte, aber keine für eine eigene Behinderung. Dieses Phänomen nannten Money & Simcoe „Acrotomophilia“ und unterschieden damit „Apotemnophilie“ und „Acrotomophilia“ als zwei unterschiedliche Paraphilien.

Die erste größere Studie in diesem Bereich führte Michael First 2005 an 52 Probanden, die den Wunsch nach einer Amputation beschrieben, mittels strukturierten Telefoninterviews durch. Von besonderem Interesse waren dabei einerseits die dem Wunsch nach einer Amputation zu Grunde liegenden Motive, andererseits die Frage, ob das Phänomen symptomatisch einer anderen psychischen Störung zuzuordnen ist, oder als eigene Störung klassifiziert werden muss.

Die Ergebnisse zeigten, dass der häufigste primäre Grund für den Wunsch nach einer Amputation die Herstellung der wahren Identität war, dass eine Amputation die Unvereinbarkeit der Anatomie des Betroffenen mit der Vorstellung davon wie sein wahres Selbst aussehen sollte, aufheben würde (63%). Als sekundärer Grund wurde eine sexuelle Komponente von der Mehrheit der Befragten angegeben (52%). Primäre Motivation war die sexuelle Erregung nur in 15% der Fälle. Allerdings gaben 87% an, sich von anderen Amputierten sexuell angezogen zu fühlen, 15% davon ausschließlich von Amputierten. Die Mehrheit der Befragten wünschte sich eine Bein-Amputation, 92% davon wollten eine Amputation über dem Knie. 44 der Befragten gaben eine präferierte Seite für die Amputation an, davon wünschte sich die Mehrheit eine Amputation des linken Beines oder Armes. Den Beginn des Wunsches nach einer Amputation verzeichnete die Mehrheit der Befragten in der Kindheit oder in den frühen Jugendjahren. Nahezu alle (98%) waren sich des Wunsches spätestens im Alter von 16 Jahren bewusst. 56% konnten sich zusätzlich an ein Schlüsselerlebnis erinnern, bei dem sie einen Körperbehinderten Menschen gesehen hatten und danach der Wunsch zum ersten Mal auftrat. Leidensdruck und Einschränkungen im sozialen, Arbeits- oder Freizeitleben berichteten 44%. Bezüglich psychopathologischer Komorbiditäten berichteten die meisten von keinen Symptomen (79%) zum Zeitpunkt der Befragung, ebenfalls keine Drogen- oder Alkoholprobleme. Eine Amputation hatten sechs der Befragten bereits durchführen lassen und berichteten, dass sie sich besser denn je fühlten und keinen Wunsch nach einer weiteren Amputation verspürten.

Aufgrund der Ergebnisse, die First in Bezug auf die Motive für den Wunsch nach einer Amputation erzielte, sah er die bisherige Diagnose Apotemnophilie, einer Parahilie, für diejenigen zutreffend, die eine

sexuelle Komponente als primären Grund für den Motivationswunsch angeben (15%). Für die Mehrheit der Befragten (73%), die durch eine Amputation primär die wahre Identität herstellen wollen, kam es zu dem Schluss, dass sie Teil einer bis jetzt noch in keinem Diagnosesystem klassifizierten Diagnosegruppe sind. Er verweist an dieser Stelle auf die Parallelen zur „Gender Identity Disorder“ (GID), zu der er den Wunsch nach einer eigenen Amputation am ehesten zuordnen würde. Beide Gruppen fühlen sich unwohl mit ihrer körperlichen Identität, bei der GID mit dem Geschlecht, bei dem Wunsch nach einer Amputation mit Bezug auf vorhandenen Gliedmaßen. Weitere Gemeinsamkeiten sind nach First: der Beginn des Wunsches in der Kindheit, erfolgreiche Behandlung durch eine Operation, zeitweiliges Nachstellen der gewünschten Identität, sog. „Pretending-Verhalten“ (Vortäuschen der gewünschten Behinderung (Kasten, ICD Antrag, 2012)) oder „cross-dressen“, sowie bei einigen Betroffenen das Gefühl sexueller Erregung bei der Vorstellung, die gewünschte Körperidentität erreicht zu haben. Aufgrund dieser Parallelen prägte First den Begriff „Body Integrity Identity Disorder“ für den Wunsch nach der Amputation einer gesunden Gliedmaße, in Anlehnung an „Gender Identity Disorder“.

In einer weiteren Studie befragte Erich Kasten (2009) neun Betroffene mittels eines selbstentwickelten Fragebogens bezüglich verschiedener Facetten des Phänomens. Die sexuelle Komponente verneinten vier der neun Befragten eindeutig. Bei zweien war das erotische Interesse untergeordnet aber vorhanden, drei Befragte äußerten ein erhebliches Interesse an Amputierten. Kasten stellte die Vermutung auf, dass eine Konditionierung im Sinne des Lernpsychologischen Erklärungsmodells der Paraphilien denkbar wäre. So beschreibt ein Betroffener mit stark ausgeprägter sexueller Komponente :

Schon als 12jähriger steckte ich die Beine kniegebeugt in die Turnhose, die Füße also in der Hose am Hintern. Ich hopste herum, stellte 2 Stühle links und rechts neben mich, legte die Hände darauf, drückte mich in die Höhe, so dass die Stümpfe schwebten und schaukelte hin und her. Das kostete viel Kraft. Und genau während dieser Kraftprobe kam das „Gefühl“ wie ich es damals nannte. Von Orgasmus hatte ich noch nie gehört. (Proband 7, Kasten 2009)

Kasten gab zu bedenken, dass eine rein fetischistische Erklärungstheorie von BIID dem Phänomen allerdings nicht umfassend gerecht würde, da nicht alle die sexuelle Komponente von sich kennen würden, und der Amputationswunsch oftmals schon vor der Pubertät aufträte.

In einer Studie von Agjala Stirn, Aylin Thiel und Sylvia Oddo (2010), in der 30 BIID-Betroffene sowohl mit einer großen klinischen Testbatterie getestet, als auch in mehreren klinischen Einzelgesprächen gesehen wurden, gaben 75% der Befragten eine starke sexuelle Erregung bei der Vorstellung einer eigenen Amputation an. Zudem erklärten einige, beim „Pretenden“ ein sexuelles Arousal bis hin zum Orgasmus zu erleben. Sich von anderen Menschen mit Behinderung sexuell angezogen zu fühlen kannten 25% der Befragten. Stirn, Thiel und Oddo leiteten daraus ab, dass eine bei BIID ausgeprägte sexuelle Komponente scheinbar eher sexuelle Erregung bei der Vorstellung einer eigenen Amputation, als eine erotische Faszination von anderen Amputierten bedeutet.

1.2.2.2 Neurologische Untersuchungen

Mittels neurologischer Untersuchungsmethoden näherten sich erstmals David Brang, Paul D. Mc Geoch und V. S. Ramachandran dem Phänomen BIID. Aufgrund von festgestellten Parallelen zu neurologischen Erkrankungen nach Schädigung des Scheitellappens des Gehirns wie Asomatognosia (Gefühl, eine der eigenen Gliedmaßen ist abwesend oder wurde amputiert) (Blanke et. al, 2008) oder Somatoparaphrenie (vehemente Verneinung des Besitz des eigenen linken Armes oder Beines) (Brang, Mc Geoch, Ramachandran, 2007) wurde angenommen, dass der Wunsch nach der Amputation einer gesunden Gliedmaße ebenfalls ein rechtes Parietallappensyndrom sei. Die vom Amputationswunsch betroffene Gliedmaße sei demzufolge nicht ausreichend im Gehirn repräsentiert. Die Gruppe um Mc Geoch untersuchte diese Hypothese zunächst mittels einer Messung der Hautleitfähigkeit an zwei BIID-Betroffenen (Brang, Mc Geoch, Ramachandra, 2007) und in einer weiteren Untersuchung durch eine Messung der Hirnaktivität von vier BIID-Betroffenen mittels eines Magnetenzephalographen (MEG) (Mc Geoch et al, 2011). Die Ergebnisse

beider Studien zeigten signifikante Veränderungen der jeweiligen neurologischen Messwerte bei Berührung der vom Amputationswunsch Betroffenen Gliedmaße gegenüber der nicht betroffenen Gliedmaße. Die neurologische Entstehungshypothese von BIID wurde von den Autoren somit als bestätigt angesehen. In Folge der Ergebnisse ihrer Untersuchungen sehen sie BIID weder als Paraphilie, noch als Identitätsstörung, sondern als angeborene neurologische Erkrankung, als rechtes Parietallappen-Syndrom, an. Sie schlugen den Begriff „Xenomelia“ (griechisch: fremde Gliedmaße) als besseren Namen für dieses Phänomen vor.

Diese Ergebnisse wurden von der Schweizer BIID Forschungsgruppe um Peter Brugger gestützt, die in einer aktuellen Untersuchung Strukturelle Gehirn Korrelate von 13 Betroffenen und 13 Kontrollprobanden mittels Magnet-Resonanz-Untersuchungen abbildeten (Hilti et al, 2013). Dabei wurden signifikante Unterschiede zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe in den Kortikalen Arealen gefunden. Diese fanden sich vor allem im Parietallappen (hauptsächlich in der rechten Hemisphäre) und der rechten vorderen Insula. Die Autoren folgerten daraus, dass Xenomelia mit veränderten kortikalen Merkmalen in einem Netzwerk von Gehirnregionen assoziiert ist, dass in der Aufrechterhaltung eines kohärenten Körperbildes und in der Repräsentation einzelner Körperteile involviert ist. Eine Veränderung in diesem Netzwerk könnte zu einer fehlerhaften Repräsentation einer Gliedmaße führen und somit zu einem gestörten Körperbewusstsein, was wiederum in dem Wunsch nach einer Amputation resultieren könnte.

Die Autoren fassten zusammen, dass der Wunsch nach einer Amputation eindeutig im Gehirn von Xenomelia-Betroffenen implementiert sei. Zwar konnte keine abschließende Aussage über einen Kausalschluss zwischen der neurologischen Veränderung und dem Amputationswunsch getroffen werden, Xenomelia könne aber in jedem Fall als neurologische Erkrankung angesehen werden.

1.1.3 Ätiologie

Zur Ätiologie von BIID werden sowohl Neurobiologische, Psychologische als auch Multifaktorielle Entstehungsmodelle diskutiert. Das Neurobiologische Modell sieht eine angeborene Dysfunktion des rechten oberen Parietallappens als ursächlich für die Entstehung von BIID an (Brang, Mc Geoch, Ramachandran, 2007). Als möglichen zentralen psychologischen Entstehungsfaktor von BIID benennen Stirn, Thiel und Oddo (2010) das oft stark emotional distanzierte Verhältnis von BIID-Betroffenen zu ihren Eltern. Möglicherweise erkennen diese Kinder schon früh, dass Menschen mit Behinderung mehr Zuwendung aufgrund ihrer durch die Körperbehinderung entstehenden Hilfebedürftigkeit bekommen, und sehen „Behinderung“ demzufolge als einen erstrebenswerten Zustand an. Zusätzlich seien viele Betroffene sehr leistungsorientiert und würden über Leistung ihren Selbstwert definieren. Nach einer erfolgreichen Amputation hätten die meisten weiterhin vor wie bisher in Sozial- und Berufsleben aktiv zu sein und somit die durch die Behinderung entstehende Herausforderung für jeden sichtbar zu meistern. Dazu passt, dass viele Betroffene Amputierte als „Helden“ verehren, die trotz der Einschränkungen, die sich im Sozial- und Berufsleben ergeben, Schwierigkeiten überwinden (Kasten, 2009).

Da wie bei allen psychischen Störungen vermutlich auch BIID ein integratives Modell zu Grunde liegt, wird im Folgenden auf eine ausführlichere Darstellung des Neurobiologischen und Psychologischen Erklärungsmodells verzichtet und stattdessen ein aktuelles Integratives Modell vorgestellt, das alle bisher erforschten Facetten des Phänomens in einem Modell vereint.

1.1.3.1 Multifaktorielles Erklärungsmodell

Die Schweizer Forschungsgruppe um Peter Brugger (Brugger, Lenggenhager, Giummarra, 2013) hat zuletzt ein solches integratives Modell von BIID, bzw. Xenomelia entwickelt, in dem sie eine Sozial-Neurowissenschaftliche Sichtweise des Phänomens vorschlugen. In diesem Modell werden neurologische, psychologische und soziologische Herangehensweisen an das Phänomen vereint, sowie reziproke Einflüsse zwischen den verschiedenen Teilaspekten. Im Kern der neurologischen

Facetten von Xenomelia stehen hier die angenommene Dysfunktion im rechten oberen Parietallappen (Brang, Mc Geoch, Ramachandran, 2007) und die bei Xenomelia Betroffenen festgestellten Anomalien der rechten vorderen Insula (Hilti et al., 2013). Allerdings werden auch neurologische Korrelate von sozialen Prozessen wie der Empathie bedacht. Die psychologische Seite von Xenomelia in diesem Modell umfasst die verschiedenen bisher festgestellten Aspekte zur Entwicklung und Phänomenologie des Wunsches nach der Amputation einer gesunden Gliedmaße, sowie Aspekte zu ersten prägenden Beziehungserfahrungen und zur sexuellen Identität. Dem Körperbild wird in diesem Modell eine soziale Dimension zugeschrieben. Es sei möglich, dass ein Schlüsselfaktor für die Entstehung von Xenomelia eine überemphatische Reaktion auf das Körperbild des anderen darstelle und eine übertriebene Nachahmung der Körperhaltung und der Gesten des andern. Daraus könnte eine Identifikation mit einem Körperbild, das nicht zur eigenen Anatomie passt resultieren. Zusätzlich betonen die Autoren die Relevanz von Sprache und Kommunikation, insbesondere Internetkommunikation, über die ein Identitätskonstrukt übertragen werden kann, welches zu einer Identifizierung mit einem anderen Körperbild führt.

1.2 Mancophilie

1.2.1 Einführung in das Phänomen

Mancophilie ist definiert, als „... die besondere Zuneigung zu Menschen mit körperlichen Mängeln und Defiziten.“ (Martin, 2010). Mancophile Vorlieben beziehen sich auf alles, was einen körperlichen Mangel darstellt (Martin, 2010). Die Mehrheit scheint von fehlenden Gliedmaßen (Martin, 2010), vor allem von fehlenden Beinen bzw. Beinstümpfen, fasziniert zu sein. Genauso gehören zu dem Phänomen aber auch Präferenzen für Lähmungen, orthopädische Hilfsmittel (Martin, 2009), „...Menschen mit Fehlbildungen (...), Spastiken, Sprachstörungen, Hinken, Gehörlosigkeit, starke Sehschwächen, Schielen, Blindheit, Stottern usw.“ (Martin, 2010).

Menschen mit mancophilen Neigungen nutzen untereinander meistens die Begriffe „devotee“ (Bruno, 1997) oder, abgeleitet von dem von Nattress geprägten Begriff „Amelotatismus“ (1978), „Amelo“ bzw. die weibliche Form „Ameline“. Der Begriff Mancophilie konnte sich bisher noch nicht vollends durchsetzen, da die aus der Definition entnommene Assoziation mit „...Mängeln und Defiziten(.)“ (Martin, 2010) unter Betroffenen kritisch diskutiert wird. Im Folgenden wird aufgrund der größten Aktualität der Begriff Mancophilie fortlaufend genutzt.

In DSM-5 und ICD-10 ist die Mancophilie als „Störung der Sexualpräferenz“ bzw. „Paraphilie“ (griechisch: „pará“ = abseits, „philia“ = Freundschaft/ Liebe) unter den „Sonstigen Störungen der Sexualpräferenz“ einzuordnen. Im DSM-5 wird den Paraphilien eine separate Kategorie zugeschrieben, sie sind nicht mehr länger unter den „Sexuellen Störungen und Geschlechtsidentitätsstörungen“ zu finden, sondern in der Kategorie „Sexuelle Präferenzstörungen“ (American Psychiatric Association, Paraphilic Disorders, 2013). Weiterhin wird zwischen „Paraphilien“ und „Sexuelle Präferenzstörungen“ unterschieden, wobei sich die Paraphilien auf das so genannte A-Kriterium beziehen (Krueger, Kaplan 2012), das die Art und Ausprägung der besonderen Sexualpräferenz beschreibt (American Psychiatric Association, Highlights of changes, 2013). Um eine Diagnose als klinisch relevante Sexuelle Präferenzstörung zu rechtfertigen, muss zusätzlich das B-Kriterium erfüllt sein (Krueger, Kaplan 2012), das heißt, es müssen negative Konsequenzen der Paraphilie wie Leidensdruck, Schaden oder Beeinträchtigungen gegeben sein. (American Psychiatric Association, Highlights of changes, 2013). Bei Diagnosen nach Kriterium A und B wird der Zusatz „Störung“ an die Paraphilie gesetzt, aus der Pädophilie (Kriterium A) wird dann z.B. eine Pädophile Störung (Kriterium A und B) (American Psychiatric Association, Paraphilic Disorders, 2013).

Das Phänomen der Mancophilie ist sehr facettenreich und komplex in seinen Ausprägungen (Martin, 2009). Die Variation reicht von einer fetisch-artigen sexuellen Fixierung auf den Beinstumpf bis hin zur ehrlichen Suche nach einem Lebenspartner mit Behinderung und kann

somit sowohl pathologische Formen, als auch die Form einer nicht-pathologischen Vorliebe annehmen (Martin, 2010). Die klassifikatorische Einordnung der Mancophilie in den Bereich der Paraphilien muss somit kritisch beleuchtet werden, da damit eine Pathologisierung des Phänomens einhergeht, die nicht unbedingt gegeben ist.

1.2.2 Aktueller Forschungsstand

Die Mancophilie hat es bis heute nicht in den Fokus der wissenschaftlichen Aufmerksamkeit geschafft, sie bleibt weitgehend unbekannt und wenig untersucht. Erstmalig wurde eine bedeutsame Anzahl an Betroffenen im Jahre 1976 in einer Studie von AMPIX, einem Unternehmen, das Bilder und Geschichten von amputierten Menschen an Interessierte verkauft, befragt. Die Studie wurde 1978 in „AMPIX – The Amelotalist - A Statistic Profile“ veröffentlicht und 1983 von Dwight Dixon analysiert und der wissenschaftlichen Literatur in dem Artikel „An erotic attraction to amputees“ (erschieden in: Sexuality and Disability, Volume 6, pp 3-19) zugänglich gemacht. AMPIX verschickte Fragebögen an ihre Abonnenten und erhielt 195 Fragebögen, die in die anschließende Analyse mit eingehen konnten, zurück. Die Teilnehmer hatten ein Durchschnittsalter von 40 Jahren, waren in der Regel verheiratet und hatten ein überdurchschnittliches Bildungsniveau. Die Ergebnisse zeigten, dass 70,6% der Betroffenen von einer eigenen Amputation fantasierten und 75,2% schon mal eine Amputation vorgetäuscht („pretendet“) hatten, 16,5% dies sogar schon öffentlich. Die meisten der Befragten bevorzugten Menschen mit einem Bein und einer Amputation über dem Knie. 55% waren schon mal mit einem Menschen mit Behinderung liiert, 40% hatten bereits Geschlechtsverkehr mit einem Körperbehinderten, aber nur 5% gaben an, dass sie mit einem Partner mit Behinderung verheiratet seien.

Die nächste bedeutsame Studie zu diesem Thema stammt von Le Roy Nattress, der in seiner 1996 erschienenen Dissertation (Walden University, USA) 50 männliche Teilnehmer mit einem Interesse an amputierten Frauen untersuchte. Ziel dabei war es, mittels standardisierter psychologischer Testverfahren Persönlichkeits- und Temperamentscharakteristika der „Asamelotatists“ (abgeleitet von

Amelotasis) herauszufinden. Die Ergebnisse zeigten, dass die Teilnehmer in der Regel ein sehr hohes Selbstbewusstsein zeigten und mit ihrer besonderen Vorliebe „Frieden geschlossen“ hatten. Sie gaben an, die Vorliebe für Behinderungen sei ein wichtiger und positiver Teil ihres Lebens, den sie akzeptiert hätten und nicht verändern wollten. Nattress sieht die Präferenz für Menschen mit Behinderungen weniger als eine behandelbare Störung (Paraphilie), sondern als Zustand, der nicht heilbar, aber zu bewältigen sei. Er stellte fest, dass die sexuelle Vorliebe an sich nicht unbedingt problembehaftet sein müsse. Das Konfliktpotenzial liege vielmehr auf der Verhaltensebene, wenn sich die Männer im Kontakt mit amputierten Frauen unangebracht verhielten und dass daher auch der schlechte Ruf herrühre, den Asamelotatists bei vielen amputierten Frauen hätten.

2010 entwarf Ilse Martin in ihrer Diplomarbeit „Mancophilie - Erscheinungsformen und Interaktionen“ zwei unterschiedliche Fragebögen mit denen sie jeweils 163 Mancophile und 52 Menschen mit Behinderung bezüglich ihrer Sichtweise auf das Phänomen befragte, um anschließend beide Perspektiven gegenüberstellen zu können. Dabei sollte „Mancophilie [nicht] als eine psychosexuelle Störung [beschrieben werden], sondern als ein psychosoziales Phänomen, das Mancophile und Behinderte gleichermaßen betrifft.“ (Martin, 2010)

Der Fragebogen für körperbehinderte Menschen ist fokussiert auf den „...Umgang behinderter Menschen sowohl mit Ihrer Behinderung als auch mit Mancophilen.“ (Martin, 2010). Der Fokus des anderen Fragebogens, den insgesamt 163 Mancophile ausfüllten, lag auf dem Umgang mancophiler Menschen mit ihrer besonderen Sexualpräferenz.

In ihren Ergebnissen stellte sich heraus, dass die meisten Mancophilen seit der Kindheit oder Pubertät von ihrer besonderen Vorliebe wussten und sich 65% der Befragten an ein Schlüsselerlebnis erinnern konnten, bei dem sie zum ersten Mal einen Behinderten gesehen hatten. Einerseits sind viele Mancophile stolz auf ihre besondere Vorliebe, die sie so „anders“ macht, andererseits geht mit der Präferenz für Menschen mit körperlichen Mängeln aber auch ein Leidensdruck einher: 39,9% beschreiben Schamgefühle in Verbindung mit ihrer Sexualpräferenz und

viele haben Angst davor „geoutet“ zu werden. Die meisten der befragten Mancophilen haben keinen realen Kontakt zu behinderten Menschen. Die Probleme, die mit einer Behinderung einhergehen, sind daher oft nicht Teil ihres Alltags. Die Realität wird vielmehr von einer Phantasie überdeckt, da die wenigsten beruflich, in der Familie oder im Partnerverbund mit Menschen mit Behinderung zu tun haben. Allerdings wünschen sich auch nicht alle Mancophile einen behinderten Partner, die Vorstellungskraft wird dann als durchaus ausreichend empfunden. Der Wunsch nach einer eigenen Amputation kann auch zu der Sexualpräferenz gehören: 16,6% der Befragten gaben an, dass sie sich eine eigene Behinderung wünschen, 18,4% gaben an, dass sie selber gerne eine Behinderung vorgeben („pretenden“). Kontakte im Bereich Mancophilie/Behinderung werden vor allem über das Internet geknüpft, viele Betroffene haben außerdem über das Internet das erste Mal herausgefunden, dass sie mit ihrer besonderen Vorliebe nicht alleine sind (71,8%). Die meisten Befragten geben an, dass sie ein fehlendes Bein bevorzugen würden (36,2%). Für 53,4% der Befragten macht die körperliche Asymmetrie, die durch die Behinderung entsteht, einen besonderen Reiz aus. Immerhin 23,9% der Befragten reizt außerdem, dass der behinderte Mensch gegebenenfalls die eigene Hilfe benötigt. Bezüglich der Kommunikation zwischen Mancophilen und Menschen mit Behinderung zeigen die Ergebnisse, dass fast 60% der befragten Menschen mit Behinderung keinen realen Kontakt zu Mancophilen hatten. Die momentane Situation beschreibt Ilse Martin wie folgt:

Der Status quo mancophiler und behinderter Menschen ist derzeit ängstliches Miteinander, aber auch ein Aufeinander-Losgehen der beiden betroffenen Parteien sofern sie voneinander wissen. In Behindertenkreisen ist das Phänomen der Mancophilie oft nicht bekannt. Man hat davon gehört, dass es diese „Kranken“ gibt, und hält sich als behinderter Mensch lieber zurück. (Martin,2010, S.112)

Es zeigte sich, dass die Menschen mit Behinderung, die noch keinen Kontakt zu Mancophilen hatten, größere Vorbehalte pflegten, als diejenigen, die bereits in Kontakt getreten waren. Daraus folgert Martin, dass Aufklärungsarbeit in diesem Bereich zu einer Verbesserung der Situation führen würde.

1.2.3 Ätiologie

Es wird davon ausgegangen, dass die Entstehung von Paraphilien multifaktoriell erklärbar ist. Klaus Beier (2007) beschreibt, dass konstitutionell-biologische Faktoren dabei genauso ursächlich zu verstehen sind wie psychosoziale Faktoren. Die Lernpsychologische, Psychodynamische und Biomedizinische Entwicklungstheorie der sexuellen Präferenzstörung versteht er als „... Teilaspekte eines noch nicht vollständig beschreibbaren Gesamtbildes“ (Beier, 2007, S.218). Das Biomedizinische Erklärungsmodell zur Entstehung von Paraphilien beleuchtet das Phänomen unter dem Gesichtspunkt der Neuropsychologie, Biochemie und Pharmakologie (Vetter, 2007) und sieht dabei einerseits die Wirkung von Androgenen auf die sexuelle Entwicklung, andererseits die zerebralen Amine Dopamin und Serotonin mit ihrer Wirkung auf das sexuelle Erleben und Verhalten als zentral an (Beier, 2007). Aus psychoanalytischer Sicht sind sexuell abweichende (perverse) Phantasien als Anteile einer jeden, normalen Entwicklung zu betrachten (Bräutigam, 1997). In den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ beschreibt Freud, dass in einer konfliktfreien Entwicklung die Partialtriebe des „polymorph-pervers“ angelegten Kindes in eine erwachsene, reife Sexualität transformiert werden sollen. Ist ein Partialtrieb nicht integriert und transformiert, ist das als eine Perversion zu verstehen.

Sigmund Freud erklärt die Perversion als eine radikale Betonung von sexuellen Wünschen, die prinzipiell in der Entwicklung eines jeden Menschen vorkommen und im Regelfall symptomfrei verarbeitet werden, hier jedoch als nicht-integriertes Sexualverhalten imponieren. Das perverse Symptom ist nach Freud nur ein abgewandeltes „Normales“. Es entsteht aus einer - wodurch auch immer - verfehlten Verarbeitung normaler, obligatorisch (bei jedem) vorkommender Entwicklungskonflikte. (Beier, Bosinski, Loewit, 2005, S. 495)

Die Neurose bezeichnet Freud als „Negativ der Perversion“, denn mit der Neurose soll das Fortbestehen eines Partialtriebes bzw. einer Perversion abgewehrt werden.

Da sowohl das Biomedizinische Modell als auch das Psychoanalytische Modell für die vorliegende Arbeit nicht maßgeblich ist, wird im Folgenden

auf eine ausführlichere Darstellung verzichtet und stattdessen der Schwerpunkt auf das Lernpsychologische Modell gelegt.

1.2.3.1 Lernpsychologisches Erklärungsmodell

In den Lernpsychologischen Erklärungsmodellen geht man davon aus, dass paraphile Vorlieben sowohl durch die Prozesse der klassischen Konditionierung, als auch der operanten Konditionierung zu erklären sind (Vetter, 2007). Die Entstehung einer mancophilen Vorliebe könnte nach dem Lernpsychologischen Erklärungsmodell also wie folgt aussehen: Durch eine Kopplung von ersten sexuellen Erfahrungen an das Zusammentreffen mit einem Behinderten und der unmittelbaren positiven Verstärkung durch den Orgasmus findet eine klassische Konditionierung statt. Der neue sexuelle Reiz (Behinderung) wird in Masturbationsphantasien mit aufgenommen, die auf dieselbe Art und Weise positiv verstärkt werden. Durch eventuell scheiternde Kontaktaufnahmen zu potenziellen Sexualpartnern wird das abweichende Sexualverhalten noch weiter verstärkt (vgl.: Lerntheoretisches Erklärungsmodell der Paraphilie, Markgraf & Schneider 2009). Weiterhin können durch paraphile Vorlieben Ängste entstehen, beim Sexualkontakt ohne die entsprechenden abweichenden Hilfsmittel zu versagen. Diese Ängste können Anlass sein, üblichen Sexualkontakt zu vermeiden und stattdessen eher bei dem abweichenden Sexualverhalten zu bleiben. Die abweichende Sexualhandlung erfüllt dann nicht nur die Funktion der Befriedigung des momentanen Sexualdranges, sondern auch eine Reduktion der Versagensängste, da dem üblichen Sexualkontakt ausgewichen wurde (vgl.: Lerntheoretisches Erklärungsmodell von Paraphilien: Aufrechterhaltung, Margraf & Schneider 2009). Neben der klassischen und operanten Konditionierung gehen einige Lerntheoretiker bei der Entstehung von Paraphilien außerdem noch von weiteren beitragenden Faktoren aus. Vetter (2007) beschreibt, dass hierzu beispielsweise kognitive (Einstellungen, Erwartungen), emotionale (Motivation) und eventuell biologische Einflüsse, wie z.B. in der Pubertät ein erhöhter Sexualhormonspiegel zählen.

1.3 Fragestellung

Im Folgenden wird zunächst der Zusammenhang zwischen BIID und Mancophilie zusammenfassend dargestellt sowie die aus dem aktuellen Forschungsstand abgeleiteten Studienhypothesen.

1.3.1 Zusammenhang zwischen BIID und Mancophilie

Beide Phänomene, BIID und Mancophilie, waren ursprünglich unter dem 1977 von John Money geprägten Begriff „Apotemnophilie“ vereint. Von diesem begrifflichen Ursprung entfernte man sich beginnend mit der Differenzierung des Phänomens in zwei verschiedene Paraphilien: „Apotemnophilie“ (Sexuelles Interesse an einer eigenen Amputation) und „Acrotomophilie“ (Sexuelles Interesse an der Amputation beim Partner), die gleichzeitig die Kernkriterien der späteren Phänomene BIID und Mancophilie darstellen. Mit der Umbenennung von Apotemnophilie in Body Integrity Identity Disorder wird die sexuelle Komponente in den Hintergrund gestellt (De Preester, 2011). Der Wunsch nach der Amputation einer gesunden Gliedmaße wird von nun an nicht mehr als Paraphilie, sondern als Identitätsstörung gesehen.

Hinter der formalen Trennung zwischen Identitätsstörung und Paraphilie stehen neben den 63% der Befragten, die in Michael Firsts Studie Identitätsgründe als primäres Motiv für den Amputationswunsch angaben, 52%, die eine sexuelle Komponente als wichtigen, aber sekundären Grund bezeichneten. Außerdem äußerten 87%, dass sie sich von Amputierten sexuell angezogen fühlen. Auf der anderen Seite ergab die Befragung, die Ilse Martin 2010 unter 163 Mancophilen durchgeführt hat, dass sich 16,6% eine eigene Behinderung wünschten. Fallbeispiele beschreiben immer wieder Berichte von Personen, die sich sexuell von Amputierten angezogen fühlen und gleichzeitig eine eigene Amputation anstreben.

Gemein ist beiden Phänomenen eine ausgeprägte Faszination für Behinderungen. Neben den Überschneidungen in Bezug auf den Amputationswunsch und die sexuelle Komponente ist in beiden Gruppen die Besonderheit in der Regel seit der Kindheit oder frühen Jugend bekannt. Auch ist eine Erinnerung an eine Kindheitserfahrung, die als Schlüsselerlebnis diente, präsent. Zusätzlich ist in beiden Gruppen

„Pretending-Verhalten“ zu beobachten, sowie ein erheblicher Leidensdruck durch die besondere Vorliebe. Vor allem in Bezug auf die tatsächliche Realisierung des Amputationswunsches und die Ausprägung der sexuellen Komponente gibt es allerdings auch viele Unterschiede, die im Verlauf in den Studienhypothesen ausführlich dargestellt werden.

Auf der Basis des bisherigen Forschungsstandes entsteht der Eindruck, dass die Grenzen zwischen der Mancophilie und BIID sich zu überschneiden scheinen. Die Grenzen zwischen Paraphilie und Identitätsstörung sind nur schwer abzuschätzen. Bis jetzt reicht der Wissenstand über die sexuelle Komponente in Bezug auf Amputationen noch nicht soweit, dass man sie zweifelsfrei in das Konstrukt der Identitätsstörung einordnen könnte.

Mittels eines selbstentwickelten Fragebogens wurden in der vorgelegten Untersuchung die Überschneidungen zwischen den beiden Phänomenen erstmals untersucht. Aufbauend auf 16 Hypothesen, in denen verschiedene Differenzierungspunkte aus der Literatur abgeleitet wurden, war das Ziel, den Kenntnisstand über die sexuelle Komponente zu erweitern und Tendenzen und Abgrenzungspunkte zwischen der Mancophilie und BIID herauszufinden. Von Interesse war dabei vor allem die Frage, ob eine eindeutige Abgrenzung von BIID und Paraphilie möglich ist.

1.3.2 Studienhypothesen

Die Folgenden Hypothesen sind auf der Basis des bisherigen Forschungsstandes zur Mancophilie und BIID aufgestellt worden. Sie beziehen sich auf angenommene Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen der Paraphilie und der Identitätsstörung.

H1: BIID-Betroffene würden die Möglichkeit einer tatsächlichen Amputation eher wahrnehmen als Mancophile.

Während bei BIID das Hauptkriterium der langjährige intensive Wunsch nach einer Amputation ist und viele Betroffene viel Mühe, Geld und eine Gefährdung der eigenen Gesundheit in Kauf nehmen um das erstrebte Körperbild tatsächlich zu erreichen, ist es bei der Gruppe der Mancophilen

eine vergleichsweise kleine Gruppe von 16,6 % (Martin, 2010), die den Wunsch nach einer Amputation äußern. Unklar bleibt, ob diese Kleingruppe den Schritt zu einer Amputation tatsächlich gehen würde, wenn die Möglichkeit bestünde, oder ob der Wunsch nach einer Amputation eher eine angenehme Phantasie ist.

H2: BIID-Betroffene beschäftigen sich intensiver mit Behinderungen bzw. den Folgen einer Behinderung als Mancophile.

Bei BIID-Betroffenen findet meist eine ausführliche Beschäftigung mit dem Leben als Behinderter statt. Die Mehrheit „pretendet“, um das Leben als Behinderter zu erproben und beschäftigt sich mit potenziellen finanziellen Folgen einer Amputation (Kasten, 2009). Für die Mehrheit der Mancophilen scheinen Behinderungen nicht zum Teil des Alltags zu gehören, „das Gros der Mancophilen [hat] keine realen Kontakte zu behinderten Menschen“ (Martin, 2010). Die meisten haben einen nicht-behinderten Partner und haben auch beruflich keinen Kontakt zu Menschen mit Behinderungen (Martin, 2010). Für BIID-Betroffene, die eine Amputation konkret anstreben, hat die Auseinandersetzung mit den realen alltäglichen Folgen einer Operation eine große Relevanz. Anders bei Mancophilen, die eine Amputation in der Regel nicht oder nicht mit vergleichbarer Intensität anstreben.

H3: BIID-Betroffene neigen deutlich häufiger zum „Pretenden“ als Mancophile.

Während bei den Mancophilen 18,4% (Martin, 2010) angeben, dass sie gerne eine Behinderung vorgeben, findet sich bei BIID-Betroffenen in fast allen Fällen „Pretending-Verhalten“ im Vorfeld.

H4: Mancophile „pretenden“ eher für den Lustgewinn als BIID-Betroffene.

Während für die Mehrheit der Mancophilen die Motivation für das „Pretenden“ im Erleben von sexueller Lust zu liegen scheint geht es BIID-Betroffenen zusätzlich darum zu testen, ob man mit dem Zustand einer Behinderung zurechtkommen würde.

H5: Es besteht ein Unterschied in der Art des Leidensdrucks zwischen Mancophilen und BIID-Betroffenen.

Sowohl Mancophile als auch BIID-Betroffene erleben einen Leidensdruck durch ihre besonderen Vorlieben. Bei Mancophilen geht es dabei eher um ein Schamgefühl. Man hat Angst davor, „pervers“ zu sein, bzw. so angesehen zu werden und Angst vor einem „Outing“ (Martin, 2010).

BIID-Betroffene leiden vor allem unter dem Gefühl, nicht ihrer wahren Identität zu entsprechen. Dies kann für viele so belastend werden, dass zu illegalen, selbstgefährdenden Methoden gegriffen wird, um das erstrebte Körperbild zu erreichen.

H6: Die sexuelle Komponente ist bei Mancophilen stärker ausgeprägt als bei BIID-Betroffenen.

Während die Sexualpräferenz für Menschen mit körperlichen Mängeln für die Mancophilie charakteristisch ist, nehmen nicht alle BIID-Betroffenen die sexuelle Komponente an sich selbst wahr. Die Zahlen für die sexuellen Motive bei BIID-Betroffenen variieren: Bei Michael First (2005) gaben 87% ein sexuelles Interesse für Amputierte an, in der Studie von Erich Kasten aus dem Jahr 2009 fanden sich bei etwa einem Drittel der BIID-Betroffenen primär sexuelle Motive für den Amputationswunsch. Deutlich wird aber, dass die sexuelle Komponente bei BIID-Betroffenen kein vergleichbar charakteristisches Merkmal ist wie bei der Mancophilie. Viele Betroffene geben entweder eine Teilneigung für Amputationen an oder erklären, sich mit der sexuellen Komponente gar nicht identifizieren können.

H7: Sowohl Mancophile als auch BIID-Betroffene erinnern sich an ein Schlüsselerlebnis, das mit stark positiven emotionalen Reaktionen verbunden war.

Bei beiden Gruppen kann sich die Mehrheit an ein Schlüsselerlebnis erinnern, bei dem sie das erste Mal einen Körperbehinderten gesehen haben und nach dem sie sich oft ihres Wunsches/ihrer Vorliebe bewusst waren (Mancophilie: 65% (Martin, 2010), BIID: 56% (First, 2005)).

H8: Beide Gruppen sind sich Ihres Wunsches seit der Kindheit oder Jugend bewusst.

98% der BIID-Betroffenen waren sich des Wunsches nach einer Amputation spätestens mit dem Alter von 16 Jahren bewusst (First, 2005). Auch bei den Mancophilen weiß die große Mehrheit von ihrer Vorliebe seit der Kindheit oder Pubertät (Martin, 2010).

H9: Mancophile wünschen sich einen Sexualpartner mit einer spezifischen Behinderung. Für BIID-Betroffene ist es unwichtig, ob der Partner behindert ist oder nicht, bzw. sie bevorzugen eher nicht-behinderte Partner.

Die Mancophilie ist durch eine Vorliebe für Menschen mit körperlichen Mängeln gekennzeichnet, dabei gibt es Präferenzen für spezifische Behinderungen. So bevorzugen z.B. 36,2 % der Mancophilen eine einseitige Beinamputation (Martin, 2010). Eine Behinderung spielt dagegen bei der Partnerwahl der BIID-Betroffenen keine vergleichbare Rolle.

H10: Mancophile empfinden die Vorstellung erotisch, sexuellen Kontakt mit einer anderen, behinderten Person zu haben. Für BIID-Betroffene ist diese Vorstellung nicht erotisch.

Für Mancophile liegt die Anziehungskraft einer Behinderung primär in der Vorstellung, mit einer behinderten Person Sexualkontakt zu haben. Für BIID-Betroffene trifft das nicht gleichermaßen zu, die sexuelle Komponente bezieht sich da vor allem auf die eigene Amputation (Stirn, Thiel, Oddo 2010).

H11: BIID-Betroffene empfinden die Vorstellung, selbst behindert zu sein als erotisch. Für Mancophile sind derartige Phantasien nicht gleichermaßen erotisch.

Während sich bei BIID-Betroffenen die sexuelle Komponente auf die Amputation am eigenen Körper bezieht (Stirn, Thiel, Oddo 2010) geht es den Mancophilen vor allem um die Körperbehinderung des Partners. Vorstellungen einer eigenen Amputation haben für Mancophile also nicht die erotische Qualität wie sie für BIID-Betroffene haben.

H12: Mancophile suchen Kontakt zu behinderten Menschen, da sie den Anblick der Behinderung als sexuell stimulierend empfinden. Dies trifft nicht auf BIID-Betroffene zu.

Für Mancophile üben das Körperschema und der Anblick eines Menschen mit Behinderung eine sexuelle Anziehungskraft aus, die die primäre Motivation darstellt, mit Behinderten Kontakt aufzunehmen. Für BIID-Betroffene ist der Anblick eines Menschen mit Behinderung nicht vergleichbar sexuell stimulierend, die primäre Motivation zur Kontaktaufnahme mit behinderten Menschen ist also in anderen Bereichen begründet.

H13: Für Mancophile ist der Anblick einer Behinderung nur stimulierend, wenn die Person das gewünschte Geschlecht und Alter hat. Für BIID-Betroffene ist der Anblick eines Behinderten nur stimulierend wenn dieser die Behinderung hat, die der Betroffene sich für sich selbst wünscht.

Beide Gruppen sind durch den Anblick eines Menschen mit Behinderung stimuliert, allerdings aus unterschiedlichen Motivationen heraus: Bei den Mancophilen geht es um eine sexuelle Anziehungskraft, bei der zusätzlich Alter und Geschlecht eine Rolle spielen, bei den BIID-Betroffenen liegt die Faszination im Anblick eines Körperbildes, dass sie sich für sich selbst wünschen.

H14: Für BIID-Betroffene mit mancophiler Neigung ist der eigene Amputationsstumpf hochgradig erotisch besetzt. Für BIID-Betroffene ohne mancophile Neigung ist der Amputationsstumpf nicht erotisch besetzt, sie versuchen eher, das Ideal ihres mentalen Körperbildes zu erlangen.

Nicht alle BIID-Betroffenen können sich mit der sexuellen Motivation zur Amputation identifizieren, etwa zwei Drittel geben eine sexuelle Komponente an, bei der der eigene Amputationsstumpf erotisch besetzt ist (Kasten & Spithaler 2009). Für den Rest der Betroffenen ist eine derartige sexuelle Komponente nicht zu finden, sie streben an durch eine Amputation der wahren mentalen Identität zu entsprechen.

H15: Die Vorliebe von Mancophilen für Menschen mit körperlichen Mängeln ist über klassische und operante Konditionierung entstanden. Bei BIID-Betroffenen finden sich keine entsprechenden Prozesse.

Durch eine Kopplung von ersten sexuellen Erfahrungen an das Zusammentreffen mit einem Behinderten und der unmittelbaren positiven Verstärkung durch den Orgasmus findet eine klassische Konditionierung statt. Der neue sexuelle Reiz (Behinderung) wird in Masturbationsphantasien mit aufgenommen, die auf dieselbe Art und Weise positiv verstärkt werden. Durch eventuell scheiternde Kontaktaufnahmen zu potenziellen Sexualpartnern wird das abweichende Sexualverhalten noch weiter verstärkt. (vgl.: Lerntheoretisches Erklärungsmodell der Paraphilie. Markgraf, Schneider 2009)

H16: Mancophile Neigungen werden über Versagensängste bei üblichem Sexualkontakt aufrechterhalten.

Menschen mit einer Paraphilie sind zu üblichem Sexualkontakt nur noch in der Lage, wenn sie Phantasien über die besondere Vorliebe zu Hilfe nehmen. Dadurch entstehen oft starke Ängste, beim Sexualkontakt ohne entsprechende Hilfsmittel zu versagen. Diese Ängste können Anlass sein, üblichen Sexualkontakt zu vermeiden und stattdessen eher bei dem abweichenden Sexualverhalten zu bleiben. Die deviante Sexualhandlung erfüllt dann nicht nur die Funktion der Befriedigung des momentanen Sexualdranges, sondern auch eine Reduktion der Versagensängste, da dem üblichen Sexualkontakt ausgewichen wurde (vgl.: Lerntheoretisches Erklärungsmodell von Paraphilien: Aufrechterhaltung. Margraf, Schneider 2009).

2 Methoden

Nachdem die Studienhypothesen und damit die Grundlage des Fragebogens ausführlich dargestellt worden sind, werden im Folgenden das Studiendesign und die Fragebogenkonzeption, die Rekrutierung der Stichprobe sowie die deskriptiven Daten der Stichprobe und die statistische Analyse beschrieben.

2.1 Studiendesign und Fragebogenkonzeption

Auf der Basis des bisherigen Forschungsstandes und der daraus abgeleiteten 16 Hypothesen wurde ein Fragebogen konzipiert, der insgesamt 32 Items umfasst. Der Fragebogen wurde mittels der Internet Software „So Sci Survey“ erstellt, über die auch die Internet-gestützte Datenerhebung erfolgte.

In der Anleitung wurde den Probanden Anonymität und vertrauliche Umgehensweise mit den Daten garantiert. Um für eventuelle Rückfragen zur Verfügung stehen zu können wurden die Probanden gebeten, ein persönliches Codewort anzugeben, damit der entsprechende Fragebogen auf Wunsch hin nachvollzogen werden kann. Als demographische Variablen wurden Alter, Geschlecht und Ausbildungsstand der Probanden erhoben.

Die Items sind hauptsächlich auf einer Skalierung von 0 (trifft gar nicht zu) bis 100 (trifft völlig zu) zu beantworten.

Zwei Items sind mit einer freien Texteingabe zu beantworten:

20. Als ich das erste Mal einen Körperbehinderten Menschen gesehen habe, empfand ich _____

31. Können Sie sich an ein Schlüsselerlebnis erinnern, seit dem sie sich ihrer besonderen Vorliebe für Menschen mit Behinderung bewusst sind?

Bei zwei weiteren Items sollten Zahlen, die Stunden oder einer Altersangabe entsprechen, eingetragen werden:

6. In den letzten 14 Tagen habe ich ____ Stunden damit verbracht das Leben als Behinderter zu üben.

13. Ich weiß von meiner Vorliebe, seit ich ____ Jahre alt bin.

Als Reliabilitätsfragen dienten folgende Items:

12. Ich suche Kontakt zu Menschen mit Behinderung, da ich den Anblick der Körperbehinderung als erotisch empfinde.

26. Ich suche Kontakt zu Menschen mit Behinderung, da ich den Wunsch habe, dass ein Sexualkontakt zwischen uns entsteht.

16. Ein eigener Stumpf spielt eine Rolle in meinem Sexualleben (oder in Phantasien).

29. Ich strebe eine Amputation an, da für mich die Vorstellung eines eigenen Amputationsstumpfes erotisch besetzt ist.

Zur diagnostischen Einordnung der Probanden in die Gruppe der Mancophilen und BIID-Betroffenen diente eine in den Fragebogen integrierte Diagnosefrage. Anhand des Antwortverhaltens des Probanden bei diesem Item wurde die Zuordnung zur Mancophilie oder BIID Gruppe getroffen.

Das Item lautete: „Durch eine eigene Behinderung würde mein Körper endlich meiner wahren Identität entsprechen.“ Und war mit einer Skalierung von 0 (trifft gar nicht zu) bis 100 (Trifft voll zu) zu beantworten. Eine diagnostische Einschätzung nach diesem Item erschien sinnvoll, da in dieser Untersuchung die Identitätsstörung BIID mit der Präferenzstörung Mancophilie verglichen wird. Das empfundene Missverhältnis von Körper und mentaler Identität stellt das Kernkriterium der Identitätsstörung BIID dar. Gleichzeitig bildet es den deutlichsten Abgrenzungspunkt zur Mancophilie bei der Identitätsaspekte keine Rolle spielen, sondern eine Sexualpräferenz im Mittelpunkt des Phänomens steht. Viele andere Facetten des Störungsbildes BIID können auch zu der Sexualpräferenz für Menschen mit Behinderung gehören, wie z.B. der Wunsch nach einer eigenen Behinderung (Martin, 2010) oder

„Pretending-Verhalten“ (Martin, 2010). Die von Michael First (2005) festgestellten Identitätsgründe als primärer Grund für den Wunsch nach einer Amputation sind dagegen bisher nur von BIID-Betroffenen bekannt. Daher konnte davon ausgegangen werden, dass BIID-Betroffene auf diesem Item eher im oberen Teil der Skala ankreuzen (Trifft voll zu) und Mancophile im unteren Teil der Skala antworten (Trifft gar nicht zu) da sie sich entweder nicht mit dem Wunsch nach einer Amputation identifizieren können, oder keine Identitätsgründe Motiv sind.

Da der Fragebogen nur auf einschlägigen Seiten zur Beantwortung offen stand konnte auf den diagnostischen Ausschluss von anderen Gruppen verzichtet werden. Probanden, die eine Antwort im Bereich von Null bis <40 gegeben haben sollten zur Gruppe der Mancophilen zugeordnet werden, Probanden, deren Antwort im Bereich ab 50-100 lag, wurden der Gruppe der BIID-Betroffenen zugeordnet.

Probanden die im mittleren Bereich der Skala (40) geantwortet haben mussten von der Auswertung ausgeschlossen werden, da sie keiner von beiden Gruppen eindeutig zuzuordnen waren. Ebenso Probanden, die >30% der Fragen nicht beantwortet haben. Weiterhin wurden Probanden, die bei den Reliabilitätsfragen inkonsistent mit einer Antwortdifferenz von >30 Skaleneinheiten geantwortet haben von der Untersuchung ausgeschlossen.

2.2 Rekrutierung der Stichprobe und Ablauf der Datenerhebung

Um BIID-Betroffene als Probanden zu gewinnen, war der Fragebogen auf der Internetseite www.forum.biid.ch/ im Mitgliederbereich online. Die Seite wurde vom BIID-Dachverband gegründet und umfasst einen Forumsbereich mit 376 Mitgliedern. Zusätzlich war der Fragebogen auf der Seite www.amputiertefrau-ffm.de.tl und www.mancophilie.de online, um Mancophile als Probanden zu gewinnen. Die Seite www.amputiertefrau-ffm.de wird von einer Frau betrieben, die selber ein amputiertes Bein hat und Fotos und Videos an Interessierte verkauft. www.mancophilie.de ist der Internetauftritt von Ilse Martin, die mittels dieser Seite Informationen über Mancophilie und ihre Arbeit bereitstellt. Außerdem konnten gegen Ende der Erhebung noch zusätzliche Teilnehmer über einen Gästebucheintrag auf der Seite

www.amelotalismus.de/tl sowie einem Foreneintrag auf der Seite www.aplusbforum.org/ gewonnen werden. Erstere ist von einem Mancophilen erstellt worden um eine Plattform zum Austausch für Interessierte zu bieten und um das Phänomen vermehrt in den Fokus der Aufmerksamkeit zu bringen. Die Seite www.aplusbforum.org betreiben eine einseitig Oberschenkelamputierte Frau und ihr mancophiler Partner als Diskussionsforum für Menschen mit Behinderung und Mancophile. Im Zuge der Datenerhebung entwickelten sich E-Mail Kontakte mit sowohl BIID- als auch Mancophilien, die sich ihrerseits um eine Gewinnung weiterer Probanden bemühten und den Fragebogen an geeignete Personen weiter leiteten. Die Datenerhebung lief über einen Zeitraum von 71 Tagen. Der Befragungszeitraum reichte vom 13.05.2013 bis zum 22.07.2013.

2.3 Deskriptive Daten der Stichprobe

Insgesamt gingen die Daten von 36 Studienteilnehmern in die Analyse mit ein. Die Gesamtgruppe an Probanden wurde zunächst in die zwei entsprechenden Gruppen aufgeteilt. Dies erfolgte anhand der oben beschriebenen Vorgehensweise mittels des Antwortverhaltens der Probanden bei der Diagnosefrage „Durch eine eigene Behinderung würde meine Körper endlich meiner wahren Identität entsprechen.“ So konnte die Gesamtgruppe an 36 Probanden in 18 Mancophilen und 18 BIID-Betroffenen unterteilt werden. Kein Proband zeigte auf diesem Item ein Antwortverhalten (40) das zu keiner der beiden Gruppen zuzuordnen war.

Tabelle 1: Geschlechterverteilung innerhalb der Stichproben

	Gruppe		
	BIID	Mancophilie	Gesamt
männlich	17	15	32
weiblich	0	3	3
Gesamt	17	18	35
Fehlend	1	0	1

Tabelle 2: Alter und Ausbildungsstand der Stichproben

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
Alter	52,65 ± 12,323	41,67 ± 13,920	p = 0,038
Ausbildungsstand	17,31 ± 2,689	15,93 ± 2,374	p = 0,201
n	18	18	

Im U-Test zeigte sich, dass es einen signifikanten Altersunterschied zwischen der Gruppe der BIID-Betroffenen und Mancophilen gab ($p = 0,038$). Die BIID-Betroffenen sind im Durchschnitt älter (MW= 52,65 Jahre) als die Mancophilen (MW = 41,67 Jahre). Keinen bedeutsamen Unterschied gab es in Hinblick auf den Ausbildungsstand in Jahren.

2.4 Statistische Analyse

Zur statistischen Analyse der 16 Hypothesen standen jeweils ein bis vier Items zur Verfügung. Items, die sich auf eine Hypothese beziehen und inhaltlich die Selbe Kategorie abfragen, wurden zu einem Summenwert zusammengefasst. Mittels dieses Wertes wurde dann die Signifikanz der Übereinstimmung der beiden unabhängigen Stichproben in Bezug auf die jeweilige Hypothese geprüft. Dieses Vorgehen wurde zur Überprüfung der Hypothesen eins, zwei und 12 durchgeführt.

Items, die sich auf eine Hypothese beziehen und unterschiedliche inhaltliche Kategorien abfragen, wurden einzeln zur Überprüfung der Signifikanz der Übereinstimmung herangezogen. Das Verfahren der Wahl war in beiden Fällen der Man-Whitney U-Test als Nicht-parametrisches Verfahren. Je nach ein- oder zweiseitiger Hypothese wurde der Test auf 0,05 bzw. 0,025 Signifikanzniveau durchgeführt. Zusätzlich wurden für jeden Summenwert bzw. für jedes Item die Mittelwerte zwischen den beiden Stichproben berechnet um eine Richtung der jeweiligen Abweichung festzustellen.

Items, die mit freien Texteingaben zu beantworten waren, wurden qualitativ mittels Kategorien Zuweisung und anschließenden Häufigkeiten Angaben analysiert. Die Reliabilitätsitems wurden zur Überprüfung der Reliabilität des Testverfahrens paarweise mittels einer einseitigen Pearson-Produkt Moment Korrelation korreliert.

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der statistischen Analyse der Datensätze dargestellt.

3.1 Reliabilität des Testverfahrens

Zur Überprüfung der Reliabilität des Testverfahrens wurde die Korrelation der Realibilitätsitems mittels einer einseitigen Pearson- Produkt Moment Korrelation getestet.

Tabelle 3: Korrelation der Reliabilitätsitems (16 & 29)

		Ich suche Kontakt zu Menschen mit Behinderung, da ich den Wunsch habe, dass ein Sexual Kontakt zwischen uns entsteht.
Ich suche Kontakt zu Menschen mit Behinderung, da ich den Anblick der Körperbehinderung als erotisch empfinde.	r	0,890
	p	0,000
	N	35
Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (einseitig) signifikant		

Tabelle 4: Korrelation der Reliabilitätsitems (12 & 26)

		Ein eigener Stumpf spielt eine Rolle in meinem Sexualleben (oder in Phantasien).
Ich strebe eine Amputation an, da für mich die Vorstellung eines eignen Amputationsstumpfes erotisch besetzt ist.	r	0,945
	p	0,000
	N	36
Die Korrelation ist auf dem Niveau 0.01 (einseitig) signifikant.		

3.2 Statistische Analyse der Hypothesen

H1: BIID-Betroffene würden die Möglichkeit einer tatsächlichen Amputation eher wahrnehmen als Mancophile.

Tabelle 5: Ergebnisse Item 1

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
1. Ich wünsche mir selbst eine Behinderung.	9,94 ± 2,014	4,06 ± 3,873	p = 0,000
n	18 (100%)	18 (100%)	

Der U-Test zeigt ein hoch signifikantes Ergebnis von $p = 0,000$. Die Gruppe der BIID-Betroffenen zeigen auf diesem Item ein höheres Antwortverhalten (MW = 9,94) als die Mancophilen (MW = 4,06).

Tabelle 6: Ergebnisse der Analyse des Summenwertes der Items 1,2,3& 4

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
Summe H1:			
- Ich wünsche mir selbst eine Behinderung.	29,18	15,00	p = 0,000
- Ich würde viele finanzielle Einschränkungen in Kauf nehmen um selbst eine Behinderung zu haben.	± 5,02	± 8,96	
- Ich plane, eine Operation tatsächlich durchzuführen bzw. durchführen zu lassen.			
- Aufgrund von befürchteten Einschränkungen durch die OP würde ich diese nicht durchführen lassen.			
n	17 (94,4%)	17 (94,4%)	

Der U-Test zeigt ein hoch signifikantes Ergebnis von $p = 0,000$. Somit kann die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden. Im Mittelwerts - Vergleich zeigt sich, dass BIID-Betroffene (MW = 29,18) auf dem Summenwert der Items im Durchschnitt ein höheres Antwortverhalten zeigen als Mancophile (MW = 15,00).

H2: BIID-Betroffene beschäftigen sich intensiver mit Behinderungen bzw. den Folgen einer Behinderung als Mancophile.

Tabelle 7: Ergebnisse der Analyse des Summenwertes der Items 7, 8 & 9

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
Summe H2			
- Ich bin mir der Einschränkungen, mit denen Menschen mit Behinderung im Alltag leben müssen sehr genau bewusst.	28,28 ± 5,06	20,44 ± 7,59	p= 0,001
- Ich denke viel darüber nach, was für finanzielle Folgen eine Körperbehinderung für mich persönlich mitbringen würde.			
- Ich denke viel über die Folgen einer Behinderung für mein eigenes Alltagsleben nach.			
n	18 (100%)	18 (100%)	

Der U-Test für den Summenwert der Items zeigt ein hoch signifikantes Ergebnis von $p = 0,001$. Somit kann die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden. Im Mittelwerts-Vergleich zeigt sich, dass BIID-Betroffene (MW = 28,28) auf diesen Items ein im Durchschnitt höheres Antwortverhalten zeigen als Mancophile (MW = 20,44).

H3: BIID-Betroffene neigen deutlich häufiger zum „Pretenden“ als Mancophile.

Tabelle 8: Ergebnisse Item 5

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
Ich habe den Wunsch eine eigene Behinderung vorzutäuschen (zu pretenden).	7,67 ± 3,07	5,11 ± 4,46	p= 0,085
n	18 (100%)	18 (100%)	

Der U- Test zeigt für dieses Item kein signifikantes Ergebnis, mit $p = 0,085$ zeigt sich nur ein leichter Trend, dass BIID-Betroffene eher „Pretenden“ als Mancophile. Im Mittelwerts-Vergleich zeigt sich, dass BIID-Betroffene (MW= 7,67) auf diesem Item im Durchschnitt stärker zugestimmt haben als Mancophile (MW = 5,11).

Tabelle 9: Ergebnisse Item 6

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
In den letzten 14 Tagen habe ich ... Stunden damit verbracht das Leben als Mensch mit Behinderung zu üben.	35,00 ± 81,79	45,47±108,43	p= 0,118
N	17 (94,4%)	18 (100%)	

Der U-Test zeigt für dieses Item kein signifikantes Ergebnis (p = 0,118). Im Mittelwerts- Vergleich zeigt sich, dass Mancophile (MW = 45,47) im Durchschnitt mehr Stunden in den letzten 14 Tagen pretendet haben als BIID-Betroffene (MW = 35,00). Dies stimmt nicht überein mit dem Ergebnis des Items 5, wonach bei Mancophilen der Wunsch zum „Pretenden“ geringer ausgeprägt ist. Diese Daten wurden wegen dieser Diskrepanz näher geprüft: Die Häufigkeitstabelle verdeutlicht, dass in der Gruppe der Mancophilen im Gegensatz zu den Angaben der BIID-Betroffenen vereinzelt extrem hohe Stundenanzahlen gemacht wurden. Ein Mittelwerts-Vergleich unter Ausschluss der extremsten Angaben (336 Stunden) in beiden Gruppen zeigt ein geläufiges Ergebnis:

Tabelle 10: Häufigkeiten Angaben der Stunden im Gruppenvergleich

	Stunden	BIID	Mancophilie	Gesamt
In den letzten 14 Tagen habe ich ... Stunden damit verbracht das Leben als Mensch mit Behinderung zu üben.	0	4	10	14
	1	1	2	3
	2	1	1	2
	3	2	0	2
	8	1	1	2
	10	3	0	3
	20	1	0	1
	30	1	0	1
	35	0	1	1
	72	1	0	1
	90	1	0	1
	100	0	1	1
	336	1	2	3
Gesamt		17 (94,4%)	18 (100%)	35

Tabelle 11: Ergebnisse Item 6 unter Ausschluss der Extrema

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
In den letzten 14 Tagen habe ich ... Stunden damit verbracht das Leben als Mensch mit Behinderung zu üben.	16,19 ± 26,805	9,16 ± 25,759	p = 0,035
n	16 (88,8%)	16 (88,8%)	

Bei Bereinigung der Daten um die Extremwerte wird der Unterschied zwischen den Gruppen nun signifikant. ($p < 0,05$). Aufgrund der Datenlage kann die Alternativhypothese hier nicht klar angenommen oder abgelehnt werden, da unsicher ist aus welchem Grund die beiden mancophilen Personen angeben jeden Stunde der letzten 14 Tage (336h) pretendet zu haben. Eventuell liegt bei diesen Personen tatsächlich eine Behinderung vor.

H4: Mancophile „pretenden“ eher für den Lustgewinn als BIID-Betroffene.

Tabelle 12: Ergebnisse Item 10 & 11

	BIID MW \pm STA	Mancophilie MW \pm STA	Signifikanz im U-Test
Beim Vorgeben einer Behinderung empfinde ich sexuelle Lust.	6,72 \pm 3,69	4,78 \pm 4,14	p = 0,126
Ich täusche eine Behinderung vor allem vor um das Leben als Mensch mit Behinderung zu erproben.	7,39 \pm 2,99	3,11 \pm 3,56	p = 0,002
n	18 (100%)	18 (100%)	

Aufgrund der Daten kann die Alternativhypothese H4 nicht abschließend verworfen oder angenommen werden. Aufgrund der ähnlichen Angaben der beiden Gruppen bezüglich des Lustempfindens beim „pretenden“ ($p = 0,126$) lässt sich eine schwache Tendenz feststellen, dass entgegen der Hypothese BIID-Betroffene mehr Lust als Mancophile empfinden. Signifikant ist der Unterschied aber hinsichtlich des Übens einer Behinderung, hier lagen die BIID-Betroffenen eindeutig höher.

H5: Es besteht ein Unterschied in der Art des Leidensdrucks zwischen Mancophilen und BIID-Betroffenen.

Tabelle 13: Ergebnisse Item 14

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U- Test
Ich schäme mich wegen meines Interesses an einer Behinderung.	5,17 ± 3,761	7,06 ± 3,702	p = 0,143
n	18 (100%)	18 (100%)	

Der U-Test wurde für diese Hypothese auf einem 0,025 Signifikanzniveau durchgeführt. Er zeigt für dieses Item keinen bedeutsamen Unterschied zwischen den Gruppen mit einem Wert von $p = 0,143$. Die Alternativhypothese muss hier verworfen und die Nullhypothese angenommen werden. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass Mancophile auf diesem Item im Durchschnitt stärker zugestimmt haben (MW = 7,06) als BIID-Betroffene (MW = 5,17), die Differenz ist aber nicht bedeutsam.

H6: Die sexuelle Komponente ist bei Mancophilen stärker ausgeprägt als bei BIID-Betroffenen.

Tabelle 14: Ergebnisse Item 15,16 & 17

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U- Test
Ein Stumpf bei einem Partner spielt eine Rolle in meinem Sexualleben (oder in Phantasien).	7,17 ± 4,36	6,72 ± 4,13	p = 0,501
Ein eigener Stumpf spielt eine Rolle in meinem Sexualleben (oder in Phantasien).	8,67 ± 2,74	1,83 ± 1,76	p = 0,000
Menschen mit Behinderung üben eine sexuelle Anziehungskraft auf mich aus.	8,00 ± 3,46	8,61 ± 3,220	p = 0,481
n	18 (100%)	18 (100%)	

Aufgrund der inkonsistenten Ergebnisse im U-Test lässt sich die Alternativhypothese weder eindeutig annehmen, noch verwerfen. Hervorzuheben ist hier dennoch das hoch signifikante Ergebnis im U-Test

für Item 16 und den damit verbundenen starken Mittelwerts-Unterschied (BIID MW = 8,67/ Mancophile MW= 1,83). Auf diesem Item haben die beiden Gruppen stark unterschiedliches Antwortverhalten gezeigt. Hinsichtlich der Frage nach dem Amputationsstumpf bei einem Partner muss man die Nullhypothese annehmen und die Alternativhypothese verwerfen, da beide Gruppen auf den Items 15 (MW BIID = 7,17/ MW Mancophilie = 6,72) und 17 (MW BIID = 8,00/ MW Mancophilie = 8,61) ein sehr ähnliches Antwortverhalten zeigen. Bedeutsam ist die Datenlage dagegen für den eigenen Stumpf, diesen finden BIID-Betroffene deutlich erotischer (8,67 zu 1,83).

Aufgrund der ungewohnten Ergebnisse in Bezug auf die Sexualpräferenz für Menschen mit Behinderung von BIID-Betroffenen wurden die Daten einer weiteren Analyse unterzogen. Mittels der Items, die die Sexualpräferenz für einen Behinderten Partner eindeutig abfragen wurde eine Clusteranalyse gerechnet, um zu prüfen, ob es verschiedene Ausprägungen der sexuellen Komponente für einen Behinderten Partner unter BIID-Betroffenen gibt. Die Antworten auf folgenden Items wurden dafür genutzt:

- Ein Stumpf bei einem Partner spielt eine Rolle in meinem Sexualleben (oder in Phantasien).
- Menschen mit Behinderung üben eine sexuelle Anziehungskraft auf mich aus.
- Die Vorstellung sexuellen Kontakt mit einem behinderten Partner zu haben empfinde ich als erotisch.

Tabelle 15: Ausprägung der sexuellen Komponente innerhalb der Gruppe der BIID-Betroffenen

	BIID
Starke sexuelle Komponente	11 (61,11%)
Mittelmäßig ausgeprägte sexuelle Komponente	3 (16,67 %)
Niedrige – gar keine sexuelle Komponente	4 (22,22%)
n	18

Hervorzuheben ist, dass sich innerhalb des Clusters mit einer niedrigen sexuellen Komponente ein Betroffener fand der durchgängig auf allen drei Items die Sexualpräferenz als nicht zu treffend beschrieb.

H7: Sowohl Mancophile als auch BIID-Betroffene erinnern sich an ein Schlüsselerlebnis, das mit stark positiven emotionalen Reaktionen verbunden war.

Tabelle 16: Ergebnisse Item 18 & 19

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
Als ich das erste Mal bewusst einen Körperbehinderten Menschen gesehen habe, war ich von dem Anblick fasziniert.	9,61 ± 1,94	6,82 ± 3,925	p= 0,022
Als ich das Erste Mal bewusst einen Körperbehinderten Menschen gesehen hab, spürte ich eine erotische Anziehungskraft die von ihm/ihr ausging.	7,33 ± 4,029	5,82 ± 4,050	p= 0,173
n	18 (100%)	17 (94,4%)	

Der U-Test ergibt für das erste Item einen signifikanten Unterschied ($p < 0,05$), nicht aber für das zweite Item. Der Mittelwerts-Vergleich zeigt für beide Items ein leicht höheres Antwortverhalten der BIID-Betroffenen (MW = 9,61/7,33) gegenüber den Mancophilen (MW = 6,82/5,82).

Tabelle 17: Häufigkeiten und Prozentangaben der Reaktionen beim ersten bewussten Anblick eines Menschen mit Behinderung im Gruppenvergleich

Als ich das erste Mal bewusst einen Menschen mit Behinderung gesehen habe empfand ich...				
	BIID		Mancophilie	
	Häufigkeiten	Prozentwert	Häufigkeiten	Prozentwert
rein positive Gefühle	11	73,33 %	5	45,45 %
Gleichzeitig positive und negative Gefühle	1	6,67 %	0	0 %
Gleichzeitige positive Gefühle und sexuelle Lust	2	13,33 %	2	18,18 %
Rein Gefühle von sexueller Lust	1	6,67 %	1	9,09 %
als „normal“ geltende Gefühle	0	0 %	3	27,27 %
n	15 (83,3%)		11 (61,1%)	

In beiden Gruppen beschrieb die Mehrheit der Befragten positive Gefühle, als sie das erste Mal einen Menschen mit Behinderung gesehen haben (73,33% BIID, 45,45% Mancophile). Viele beschrieben eine Faszination, das Gefühl die behinderte Person zu bewundern oder ein Glücksgefühl. In einigen Fällen mischen sich diese positiven Gefühle mit sexueller Lust (13,33% BIID, 18,18% Mancophilie), so beschreibt ein BIID-Betroffener: „Eine starke Erektion und ein Glücksgefühl“ beim ersten bewussten Anblick eines Menschen mit Behinderung empfunden zu haben. Auffällig ist, dass sich in der Gruppe der Mancophilen drei Aussagen finden, die man eher in den Bereich der als normal geltenden Gefühle eines Kindes beim ersten bewussten Anblick eines Menschen mit Behinderung einordnen würde. Sie beschreiben: „Mitgefühl“, „Mitleid“ und „Interesse“. Vergleichbar neutrale Aussagen finden sich in der Gruppe der BIID-Betroffenen nicht.

H8: Beide Gruppen sind sich Ihres Wunsches seit der Kindheit oder Jugend bewusst.

Tabelle 18: Ergebnisse Item 21

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
Ich bin mir meiner besonderen Vorliebe/ meines Wunsches seit der Kindheit/ Jugend bewusst.	9,89 ± 2,349	8,11 ± 4,028	p = 0,308
n	18 (100%)	18 (100%)	

Der U-Test zeigt ein nicht signifikantes Ergebnis von $p = 0,308$. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt ein leicht höheres durchschnittliches Antwortverhalten in der Gruppe der BIID-Betroffenen (MW = 9,89) gegenüber der Gruppe der Mancophilen (MW = 8,11).

Tabelle 19: Ergebnisse Item 13

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
Ich weiß von meiner Vorliebe seit ich Jahre alt bin.	9,11 ± 5,005	13,06 ± 7,471	p = 0,103
n	18 (100%)	17 (94,4%)	

Der U-Test zeigt ein nicht signifikantes Ergebnis von $p = 0,103$. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass Mancophile im Durchschnitt angeben etwas später von ihrer Vorliebe zu wissen ($MW = 13,06$) als BIID-Betroffene ($MW = 9,11$).

Die Alternativhypothese kann angenommen und die Nullhypothese verworfen werden. Beide Gruppen geben an, sich ihres Wunsches seit der Kindheit oder Jugend bewusst zu sein.

H9: Mancophile wünschen sich einen Sexualpartner mit einer spezifischen Behinderung. Für BIID-Betroffene ist es unwichtig, ob der Partner behindert ist oder nicht, bzw. sie bevorzugen eher nicht-behinderte Partner.

Tabelle 20: Ergebnisse Item 22 & 23

	BIID MW \pm STA	Mancophilie MW \pm STA	Signifikanz im U-Test
Ich wünsche mir einen Sexualpartner mit einer spezifischen Behinderung.	7,06 \pm 4,201	7,72 \pm 3,92	$p = 0,719$
Bei der Wahl eines Partners ist mir eine Körperbehinderung unwichtig.	6,44 \pm 3,85	6,22 \pm 3,78	$p = 0,988$
n	18 (100%)	18 (100%)	

Der U-Test zeigt für beide Item keine signifikanten Ergebnisse mit $p = 0,719$ und $p = 0,988$. Die Alternativhypothese H9 muss verworfen und die Nullhypothese angenommen werden: Beide Gruppen geben an den Wunsch nach einem Sexualpartner mit einer spezifischen Behinderung zu haben.

H10: Mancophile empfinden die Vorstellung erotisch, sexuellen Kontakt mit einer anderen, behinderten Person zu haben. Für BIID-Betroffene ist diese Vorstellung nicht erotisch.

Tabelle 21: Ergebnisse Item 24

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
Die Vorstellung, sexuellen Kontakt mit einem behinderten Partner zu haben empfinde ich als erotisch.	8,39 ± 3,415	8,83 ± 3,552	p = 0,743
n	18 (100%)	18 (100%)	

Der U- Test zeigt kein signifikantes Ergebnis mit einem Wert von $p = 0,743$. Somit muss die Alternativhypothese verworfen und die Nullhypothese angenommen werden. Der Mittelwerts-Vergleich beider Gruppen zeigt ein minimal höheres durchschnittliches Antwortverhalten bei den Mancophilen (MW = 8,83) gegenüber den BIID-Betroffenen (MW = 8,39).

H11: BIID-Betroffene empfinden die Vorstellung, selbst behindert zu sein als erotisch. Für Mancophile sind derartige Phantasien nicht gleichermaßen erotisch.

Tabelle 22: Ergebnisse Item 25

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
Die Vorstellung, eine eigene Behinderung zu haben empfinde ich als erotisch.	9,22 ± 2,365	3,59 ± 3,222	p = 0,000
n	18 (100%)	17 (94,4%)	

Der U-Test zeigt ein hoch signifikantes Ergebnis von $p = 0,000$. Somit kann die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden. Im Mittelwerts - Vergleich ergibt sich, dass BIID-Betroffene (MW = 9,22) hier ein deutlich höheres durchschnittliches Antwortverhalten zeigen als Mancophile (MW = 3,59).

H12: Mancophile suchen Kontakt zu behinderten Menschen, da sie den Anblick der Behinderung als sexuell stimulierend empfinden. Dies trifft nicht auf BIID-Betroffene zu.

Tabelle 23: Ergebnisse der Analyse des Summenwertes der Items 26& 12

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
Summe H12			
- Ich suche Kontakt zu Menschen mit Behinderung, da ich den Anblick der Körperbehinderung als erotisch empfinde.	14,00 ± 7,86	13,65 ± 7,53	p = 0,782
- Ich suche Kontakt zu Menschen mit Behinderung, da ich den Wunsch habe, dass ein Sexualkontakt zwischen uns entsteht.			
n	18 (100%)	17 (94,4%)	

Für die Summe der Items zur Hypothese 12 zeigt sich ein nicht signifikantes Ergebnis im U-Test von $p = 0,782$. Somit muss die Alternativhypothese verworfen und die Nullhypothese angenommen werden. Im Mittelwerts-Vergleich zeigt sich, dass BIID-Betroffene (MW = 14,00) hier ein leicht höheres Antwortverhalten im Durchschnitt haben als Mancophile (MW= 3,65).

H13: Für Mancophile ist der Anblick einer Behinderung nur stimulierend, wenn die Person das gewünschte Geschlecht und Alter hat. Für BIID-Betroffene ist der Anblick eines Behinderten nur stimulierend wenn dieser die Behinderung hat, die der Betroffene sich für sich selbst wünscht.

Tabelle 24: Ergebnisse Item 27 & 28

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
Der Anblick eines Menschen mit B. ist für mich nur stimulierend, wenn der Mensch das richtige Geschlecht und Alter hat, das ich mir in einem Partner wünsche.	8,67 ± 2,544	8,94 ± 3,316	p = 0,226
Der Anblick eines Menschen mit B. ist für mich nur stimulierend, wenn der Mensch die Behinderung hat, die ich mir an meinem eigenen Körper wünsche.	7,67 ± 2,808	2,89 ± 3,142	p = 0,000
n	18 (100%)	18 (100%)	

Für Item 27 zeigte sich keine bedeutsame Differenz zwischen beiden Gruppen, beide empfanden Menschen mit Behinderung mit dem richtigen Alter und Geschlecht annähernd gleichermaßen stimulierend. Für den zweiten Teil der Hypothese fand sich jedoch ein hochsignifikanter Unterschied, da Mancophile sich meist keine eigene Behinderung wünschen.

H14: Für BIID-Betroffene mit mancophiler Neigung ist der eigene Amputationsstumpf hochgradig erotisch besetzt. Für BIID-Betroffene ohne mancophile Neigung ist der Amputationsstumpf nicht erotisch besetzt, sie versuchen eher, das Ideal ihres mentalen Körperbildes zu erlangen.

Tabelle 25: Ergebnisse Item 29

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
Ich strebe eine Amputation an, da für mich die Vorstellung eines eigenen Amputationsstumpfes erotisch besetzt ist.	7,72 ± 3,121	1,44 ± 1,097	p = 0,000
n	18 (100%)	18 (100%)	

Der U-Test zeigt ein hoch signifikantes Ergebnis von $p = 0,000$. Somit kann die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden. Im Vergleich der Mittelwerte zeigt sich, dass BIID-Betroffene auf diesem Item im Durchschnitt ein deutlich höheres Antwortverhalten zeigten ($MW = 7,72$) als Mancophile ($MW = 1,44$). Auch dies ist damit erklärbar, dass Mancophile in der Mehrzahl keine eigene Amputation anstreben.

H15: Die Vorliebe von Mancophilen für Menschen mit körperlichen Mängeln ist über klassische und operante Konditionierung entstanden. Bei BIID-Betroffenen finden sich keine entsprechenden Prozesse.

Das Item: „Können Sie sich an ein Schlüsselerlebnis erinnern, seit dem sie sich ihrer besonderen Vorliebe für Menschen mit Behinderung bewusst sind?“ war mit einer freien Texteingabe zu beantworten und wurde qualitativ ausgewertet. Die Angaben von 13 BIID-Betroffenen und 8 Mancophilen gingen in die Analyse dieser Fragestellung mit ein. Von besonderem Interesse waren hier Berichte von Schlüsselerlebnissen bei denen von begleitenden sexuellen Erfahrungen berichtet wurde:

- Kopplung von (ersten) sexuellen Erfahrungen mit dem Zusammentreffen mit einem Menschen mit Behinderung
- Masturbationsphantasien bezogen auf Behinderungen
- Positive Verstärkung von Masturbationsphantasien durch einen Orgasmus

Vier Probanden (drei BIID-Betroffene, ein Mancophiler) berichteten von sexuellem Erleben in Verbindung mit ihrem erinnerten Schlüsselerlebnis. Das Schlüsselerlebnis des Mancophilen war „Sexueller Kontakt zu einer amputierten Frau.“ (Proband 1M). Hier findet sich also eine Kopplung von sexuellen Erfahrungen mit dem Zusammentreffen mit einem Menschen mit Behinderung. Ob es der erste Sexualkontakt war ist nicht bekannt, es kann aber davon ausgegangen werden, dass auch bei einem späteren Sexualkontakt ein Orgasmus ebenfalls als positiver Verstärker fungieren kann und auch hier die Möglichkeit besteht, dass die Erfahrung in zukünftige Masturbationsphantasien mit aufgenommen wird.

Ein BIID-Betroffener berichtet von einer sich wiederholenden sexuellen Erregung beim Anblick eines Menschen mit Behinderung: „Ja, es war ein Zeitungsträger mit LAE Amputation (left above elbow) der uns jeden Tag die Zeitung zustellte. Sexuell war ich immer erregt wenn ich mit ihm sprach.“ (Proband 1B). Ein weiterer Bericht beinhaltet ebenfalls sexuelle Erregung in Verbindung mit dem Schlüsselerlebnis, in diesem Fall aber bis hin zum Orgasmus. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass der sexuelle Höhepunkt hier als positiver Verstärker fungierte. Weiterhin findet sich in diesem Bericht explizit die Aufnahme des Erlebten in spätere Masturbationsphantasien.

Ja,...eine junge Frau, ca. Ende 30, die linksseitig eine Beinprothese trug und mit ihrem Hund spielte,...und ich sie beobachtete und mir vorstellte wenn ich solche Beinprothese endlich tragen könnte,...löste bei mir einen Orgasmus aus. Ich habe mehrere Fotos von mir, die ich mit Picture it verändert habe und auf denen ich links eine Beinprothese trage,...vom Holzbein, Badeprothese bis zum Cleg,...genau das bin ich. Ich schäme mich auch nicht, das diese Fotos mich so sexuell erregen das ich mich öfter und regelmäßig befriedige. Ich wünsche mir diese Amp. so sehr!
(Proband 2B)

Weiterhin berichtet ein BIID-Betroffener von der Integration des ersten bewussten Anblicks eines Menschen mit Behinderung in kindliche sexuelle Verhaltensweisen: „Als Kind im Freibad habe ich eine junge Oberschenkelamputierte Frau gesehen. Ab diesem Moment waren in die kindlichen "Doktorspiele" immer Behinderungen / Amputationen integriert.“ (Proband 3B). Zusammenfassend finden sich vereinzelt Hinweise auf Prozesse oder Teilprozesse der klassischen und operanten Konditionierung bei der Gruppe der vorliegenden Probanden. Aufgrund der Offenheit der Untersuchungsfrage lassen sich allerdings keine expliziten Rückschlüsse auf Konditionierungsprozesse in der Vergangenheit von BIID-Betroffenen ziehen und somit kann die Alternativhypothese nicht abschließend angenommen oder verworfen werden. Auffällig ist allerdings, dass drei der vier Berichte von Schlüsselerlebnissen mit Hinweisen auf sexuelle Konditionierungsprozesse aus der Gruppe der BIID-Betroffenen vorliegen. Somit scheint die Möglichkeit zu bestehen, dass sich bei BIID-Betroffenen, wie eventuell bei Mancophilen, ebenfalls Konditionierungsprozesse finden lassen.

H16: Mancophile Neigungen werden über Versagensängste bei üblichem Sexualkontakt aufrechterhalten.

Tabelle 26: Ergebnisse Item 32

	BIID MW ± STA	Mancophilie MW ± STA	Signifikanz im U-Test
Trotz meiner besonderen Vorliebe für Menschen mit Behinderung habe ich befriedigende Sexualkontakte mit Menschen ohne Behinderung erlebt.	9.33 ± 2,765	8,72 ± 3,102	p = 0,462
n	18 (100%)	18 (100%)	

Der U-Test zeigt keine Signifikanz mit einem Wert von $p = 0,462$. Somit muss die Alternativhypothese verworfen und die Nullhypothese angenommen werden. Im Mittelwerts Vergleich zeigt sich ein leicht höheres Antwortverhalten der BIID-Betroffenen ($MW = 9,33$) gegenüber den Mancophilen ($MW = 8,72$).

4 Diskussion

4.1 Hypothesen

H1: BIID-Betroffene würden die Möglichkeit einer tatsächlichen Amputation eher wahrnehmen als Mancophile.

Die Hypothese, dass BIID-Betroffene die Möglichkeit einer tatsächlichen Amputation eher wahrnehmen würden als Mancophile kann mit diesen Ergebnissen bestätigt werden. Es zeigte sich ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen im Summenwert der Items, die sich auf die tatsächliche Umsetzung des Amputationswunsches beziehen. BIID-Betroffene haben auf diesem Item erheblich stärker zugestimmt (MW = 29,18) als Mancophile (MW = 15,00). Der Wunsch nach einer eigenen Behinderung kann auch zur Mancophilie gehören: Auf dem Item „Ich wünsche mir selbst eine Behinderung“ fand sich für die Gruppe der Mancophilen ein durchschnittliches Antwortverhalten von MW = 4,06 gegenüber dem Mittelwert von 9,94 für BIID-Betroffene ($p = 0,000$). Hier wird deutlich, dass der Wunsch nach einer eigenen Behinderung auch in dieser Gruppe vorkommt. Er stellt aber kein vergleichbares Kernkriterium dar und unterscheidet sich maßgeblich in der Intensität und den tatsächlichen Realisierungsplänen. Möglich ist, dass unter Mancophilen der Wunsch nach einer eigenen Behinderung vermehrt die Qualität einer angenehmen Phantasie hat, vor deren tatsächlicher Umsetzung man sich allerdings scheuen würde.

H2: BIID- Betroffene beschäftigen sich intensiver mit Behinderungen bzw. den Folgen einer Behinderung als Mancophile.

Die Ergebnisse aus der vorliegenden Untersuchung bestätigen die Hypothese, dass sich BIID-Betroffene intensiver mit Behinderungen und den Folgen von Behinderungen beschäftigen als Mancophile. Es zeigt sich ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die vermutete Tendenz wird beim Vergleich der Mittelwerte deutlich: BIID-Betroffene haben auf diesen Items im Durchschnitt erheblich stärker zugestimmt (MW = 28,28) als Mancophile (MW = 20,44). Diese

Ergebnisse sind konsistent zu den Ergebnissen in Bezug auf Hypothese eins, BIID-Betroffene würden die Möglichkeit einer tatsächlichen Amputation eher wahrnehmen als Mancophile und in unmittelbarem Zusammenhang damit steht vermutlich die direkte Auseinandersetzung mit den Folgen einer Behinderung. Die Erlangung einer Körperbehinderung wird von BIID-Betroffenen mit großer Intensität und dem Ziel der tatsächlichen Umsetzung angestrebt. Entsprechend haben die Lebensumstände eines Menschen mit Behinderung, die finanziellen Folgen und die entstehenden Einschränkungen eine größere, unmittelbare Relevanz als für die Gruppe der Mancophilen. Wenn der Wunsch nach einer Behinderung nicht umgesetzt werden soll, und tatsächlich eher die Qualität einer angenehmen Phantasie hat, ist auch eine Auseinandersetzung mit den unmittelbaren Folgen einer OP nicht unbedingt von Nöten.

H3: BIID-Betroffene neigen deutlich häufiger zum „Pretenden“ als Mancophile.

Zwischen den BIID-Betroffenen und der Gruppe der Mancophilen findet sich kein signifikanter Unterschied bezüglich des Wunsches eine eigene Behinderung vorzutäuschen. Der Signifikanzwert aus dem U-Test mit $p = 0,85$ (<1) zeigt einen leichter Trend auf: BIID-Betroffene ($MW = 7,67$) scheinen eher zu „pretenden“ als Mancophile ($MW = 5,11$). Die Ergebnisse verdeutlichen einerseits, dass „Pretending-Verhalten“ zu beiden Störungsbildern gehören kann, andererseits aber auch, dass es bei BIID-Betroffenen eine präzisere Rolle einnimmt. Es wird eine leichte Tendenz aufgezeigt, dass der Wunsch nach „Pretending-Verhalten“ bei BIID-Betroffenen intensiver ist, vermutlich auch aufgrund der unterschiedlichen Motivation, die dem „Pretending-Verhalten“ in den beiden Gruppen zu Grunde liegen kann. Bei BIID-Betroffenen dient das Ersatzverhalten einerseits dazu das Leben als Mensch mit Behinderung zu üben, andererseits aber auch um Erholung vom starken Leidensdruck durch die vorhandene Gliedmaße zu finden. Diese Motive haben eine andere Relevanz, sind alltäglich präsenter als rein sexuelle Motive für das „Pretending“ wie sie sich vermutlich vermehrt in der Gruppe der Mancophilen finden lassen.

Die Mittelwerte aus der Angabe der Stundenanzahl, die in den letzten 14 Tagen mit „Pretending-Verhalten“ verbracht wurden zeigen diskrepante Ergebnisse: Die Gruppe der Mancophilen gibt an im Durchschnitt 45,47 Stunden mit „Pretending“ Verhalten verbracht zu haben, die BIID-Betroffenen 35,00 Stunden. Aufgrund dieser Diskrepanz, und den vereinzelt extrem hohen Angaben in der Gruppe der Mancophilen (336h), wurden die Daten einer erneuten Analyse unter Ausschluss der Ausreißer unterzogen. Nun zeigt sich eine konsistente Tendenz auf: BIID-Betroffene geben durchschnittlich 16,19 Stunden an ($\pm 26,81$), Mancophile 9,16 Stunden ($\pm 25,76$) ($p = 0,035$). Aufgrund der Datenlage kann die Alternativhypothese weder eindeutig angenommen, noch verworfen werden. Es bleibt unklar, wie die extrem hohen Angaben in der Gruppe der Mancophilen begründet sind (336h), ob diese Studienteilnehmer eventuell selber eine Behinderung haben, oder ob es sich tatsächlich um „Pretending-Verhalten“ handelt. „Pretending-Verhalten“ scheint in beiden Gruppen ein wichtiges Thema zu sein. Es konnte ein leichter Trend aufgezeigt werden, dass in der Gruppe der BIID-Betroffenen „Pretending“ eine größere Relevanz hat, da einerseits eine Tendenz aufgezeigt werden konnte dass der Wunsch zu „pretenden“ intensiver ist, und andererseits – unter Ausschluss der Ausreißer- gezeigt werden konnte, dass BIID-Betroffene häufiger „pretenden“.

H4: Mancophile „pretenden“ eher für den Lustgewinn als BIID-Betroffene.

In der aufgestellten Hypothese wird davon ausgegangen, dass „Pretending-Verhalten“ in der Gruppe der Mancophilen vor allem im Kontext von Sexualkontakten zum Lustgewinn eingesetzt wird und in der Gruppe der BIID-Betroffenen, um die erstrebte Lebenssituation als Mensch mit Behinderung zu üben. Letzteres können die vorliegenden Ergebnisse eindeutig bestätigen. Bei dem Item: „Ich täusche eine Behinderung vor allem vor, um das Leben als Mensch mit Behinderung zu erproben“ zeigt sich im U-Test ein signifikanter Unterschied ($p = 0,002^1$) zwischen der Gruppe der BIID-Betroffenen ($MW = 7,39$) und der Gruppe der Mancophilen ($MW = 3,11$). Hier ist es eindeutig, dass bei den Mancophilen gegenüber den BIID-Betroffenen das Erproben des Lebens

eines Menschen mit Behinderung ein wenig relevantes Motiv für „Pretending-Verhalten“ ist. Wiederum ist eine Konsistenz zu den vorherigen Ergebnissen festzustellen. Da Mancophile den Wunsch nach einer eigenen Behinderung - wenn vorhanden - nicht unbedingt umsetzen wollen, hat auch „Pretending-Verhalten“ zur Erprobung eines Lebens mit Behinderung keine Relevanz. Bezüglich des Lustgewinns beim Ersatzverhalten finden sich keine vergleichbar eindeutigen Ergebnisse. Hier ist kein signifikanter Unterschied festzustellen ($p = 0,126$), die Gruppe der BIID-Betroffenen hat auf dem Item: „Beim Vorgeben einer Behinderung empfinde ich sexuelle Lust“ im Durchschnitt ein höheres Antwortverhalten gezeigt ($MW = 6,72$) als die Mancophilen ($MW = 4,78$). Die Hypothese kann somit nicht eindeutig angenommen bzw. abgelehnt werden. Aufgrund der ähnlichen Angaben bezüglich des Lustgewinns beim „Pretending-Verhalten“ zeigt sich eine schwache Tendenz, auf : Sexueller Lustgewinn scheint auch bei BIID-Betroffenen eine übliche Motivation für „Pretending-Verhalten“ zu sein, entgegen der Hypothese steht es sogar mit mehr Lustgewinn in Verbindung als bei Mancophilen.

H5: Es besteht ein Unterschied in der Art des Leidensdrucks zwischen Mancophilen und BIID-Betroffenen.

Hier wurde davon ausgegangen, dass bei Mancophilen ein Schamgefühl präsenter ist als bei BIID-Betroffenen. Das Ergebnis des U-Tests zeigt, dass es keinen signifikanten Unterschied ($p = 0,143$ auf 0,25 Signifikanzniveau getestet) in Bezug auf den Leidensdruck zwischen BIID-Betroffenen und Mancophilen gibt. Auf dem Item „Ich schäme mich wegen meines Interesses an einer Behinderung“ zeigen Mancophile ($MW = 7,06$) ein durchschnittlich leicht höheres Antwortverhalten als BIID-Betroffene ($MW = 5,17$), der Unterschied ist aber nicht bedeutsam.

H6: Die sexuelle Komponente ist bei Mancophilen stärker ausgeprägt als bei BIID-Betroffenen.

Zwar konnte diese Hypothese statistisch nicht eindeutig angenommen bzw. abgelehnt werden, die Daten implizieren jedoch, dass die Alternativhypothese zu verwerfen und vielmehr von einer Gleichverteilungshypothese zwischen BIID-Betroffenen und Mancophilen

in Bezug auf die sexuelle Komponente auszugehen sein dürfte. Die erotische Faszination für Menschen mit Behinderung betreffend unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant. Die einzige Unterscheidung scheint es in der sexuellen Vorliebe für eine eigene Behinderung zu geben: Hier zeigt sich ein hoch signifikantes Ergebnis im U-Test mit $p = 0,000$ und eine erhebliche Differenz im durchschnittlichen Antwortverhalten (BIID MW= 8,67/ Mancophilie MW = 1,83). In beiden Gruppen scheint es also eine sexuelle Vorliebe für Menschen mit Behinderung zu geben, in der Gruppe der BIID-Betroffenen zusätzlich noch eine Sexualpräferenz für eine eigene Behinderung. Innerhalb der Gruppe der BIID-Betroffenen zeigt sich bei der Mehrheit (61,11%) eine starke Ausprägung der Sexualpräferenz für Menschen mit Behinderung. Nur ein Betroffener verneint diese besondere erotische Vorliebe eindeutig. Eine mögliche Erklärung dafür ist die erhebliche Faszination, die BIID-Betroffene vom ersten Moment an für behinderte Menschen empfinden. Mit der damit verbundenen Identifizierung mit der Identität eines Menschen mit Behinderung geht möglicherweise eine gleichzeitige sexuelle Reaktion auf das gewünschte Körperbild einher, da die Sexualität eines Menschen nicht isoliert von der eigenen Identität betrachtet werden kann. Deutlich wird diese Annahme in den Fallberichten von Money (1977) von zwei Apotmenophilen Patienten, die sich selbst eine Behinderung wünschen und gleichzeitig die Vorstellung von Menschen mit Behinderung, die Grenzen überschreiten und die mit der Behinderung verbundenen Einschränkungen überwinden, sexuell erregend fanden. BIID-Betroffene sind oft sehr leistungsorientierte Menschen, die nach einer geglückten OP wie zuvor in Beruf und Sozialleben aktiv sein wollen und die die mit der Behinderung einhergehenden Einschränkungen so für jeden sichtbar meistern wollen (Stirn, Thiel, Oddo 2010). Kasten (2009) stellt fest, dass Menschen mit Behinderung von BIID-Betroffenen oft als „Helden“ verehrt werden, die diese Einschränkungen bereits erfolgreich meistern. Dass mit diesen Vorstellungen nicht nur eine emotionale sondern auch sexuelle Faszination für Menschen mit Behinderung und auch für eine eigene Behinderung einher geht erscheint wahrscheinlich und nicht überraschend.

H7: Sowohl Mancophile als auch BIID-Betroffene erinnern sich an ein Schlüsselerlebnis, das mit stark positiven emotionalen Reaktionen verbunden war.

Hier konnte statistisch nicht eindeutig festgestellt werden, ob diese Hypothese anzunehmen oder zu verwerfen ist. Beide Gruppen äußern, eine erotische Anziehungskraft verspürt zu haben, als sie das erste Mal einen Menschen mit Behinderung gesehen haben. Die Gruppe der BIID-Betroffenen (MW = 7,33) stimmt auf diesem Item sogar stärker zu als die Mancophilen (MW = 5,2). BIID-Betroffene äußern dagegen eine signifikant höhere Faszination der Erstbegegnung mit einem Menschen mit Behinderung. Diese Angaben finden sich auch in der Auswertung der offenen Frage wieder: Hier fällt auf, dass in beiden Gruppen die Mehrheit positive Emotionen beim ersten Anblick eines Menschen mit Behinderung beschreibt, in der Gruppe der Mancophilen finden sich dagegen auch Stimmen, die relativ neutrale Gefühle beschreiben, die man als „normal“ bezeichnen würde. Sie äußern, „Mitgefühl“ oder „Mitleid“ empfunden zu haben. Vergleichbare Antworten finden sich bei den BIID-Betroffenen nicht, hier sind die Antworten durchgängig stark emotional mit Aussagen wie: „So will ich auch leben dürfen“, „Neugier, Kontaktwunsch, Stumpfbeherbergung“ oder „eine starke Erektion und ein Glücksgefühl.“. Es entsteht der Eindruck, dass beide Gruppen positive Gefühle beim ersten Anblick eines Menschen mit Behinderung kennen, dass die Qualität der Emotionen bei BIID allerdings viel intensiver und einnehmender zu sein scheint. Mancophile erleben dieses Schlüsselerlebnis distanzierter, als Mensch ohne Behinderung sehen sie einen Körperzustand, den sie als ansprechend und attraktiv bewerten. BIID-Betroffenen dagegen wird in diesem Moment ein komplettes Identitätskonstrukt, das sie völlig fasziniert, in dem sich einige sogar schon zu diesem Zeitpunkt wieder entdecken, dargeboten. Dieser Moment scheint so emotional und einnehmend für BIID-Betroffene zu sein, dass auch eine sexuelle Komponente in diesem Moment schon vorhanden ist, sogar verstärkt gegenüber den Mancophilen.

H8: Beide Gruppen sind sich ihres Wunsches seit der Kindheit oder Jugend bewusst.

Durch die Ergebnisse dieser Untersuchung kann die Annahme, dass sowohl BIID-Betroffene als auch Mancophile sich ihrer besonderen Vorliebe seit der Kindheit oder Jugend bewusst sind, bestätigt werden. Es findet sich kein signifikanter Unterschied ($p = 0,308$ / $p = 0,103$). Die Gruppe der BIID- Betroffenen gibt im Durchschnitt an mit 9,11 ($\pm 5,005$) Jahren von ihrer besonderen Vorliebe gewusst zu haben, die Gruppe der Mancophilen im Durchschnitt mit 13,06 ($\pm 7,471$) Jahren. Beim Vergleich der Mittelwerte wird deutlich, dass die Mancophilen angeben sich eher in den Jugendjahren ihrer Vorliebe bewusst zu werden. Dies kann höchstwahrscheinlich auch mit dem Beginn der Pubertät und der ersten Auseinandersetzung mit der Sexualität in Verbindung gebracht werden.

H9: Mancophile wünschen sich einen Sexualpartner mit einer spezifischen Behinderung. Für BIID-Betroffene ist es unwichtig, ob der Partner behindert ist oder nicht, bzw. sie bevorzugen eher nicht-behinderte Partner.

Die Ergebnisse bestätigen die Alternativhypothese nicht, vielmehr muss von einer Gleichverteilungshypothese zwischen BIID-Betroffenen und Mancophilen in Bezug auf den Wunsch nach einem Sexualpartner mit einer spezifischen Behinderung ausgegangen werden. Für beide Gruppen scheint eine Behinderung bei einem Partner relevant zu sein. Diese Ergebnisse sind konsistent mit den Ergebnissen zu H6, nicht nur für Mancophile, auch für BIID-Betroffene scheint es eine sexuelle Komponente zu geben, die sich nicht nur auf den eigenen Stumpf, sondern auch in der Partnerwahl niederschlägt. Beide Gruppen empfinden Behinderungen als attraktiv und wünschen sich einen Partner mit passenden körperlichen Attributen.

H10: Mancophile empfinden die Vorstellung erotisch, sexuellen Kontakt mit einer anderen, behinderten Person zu haben. Für BIID-Betroffene ist diese Vorstellung nicht erotisch.

Der angenommene Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf die sexuelle Faszination durch einen Menschen mit Behinderung

konnte für diese Hypothese nicht bestätigt werden. Auf dem Item: „Die Vorstellung, sexuellen Kontakt mit einem behinderten Partner zu haben empfinde ich als erotisch.“ zeigen Mancophile (MW = 8,83) und BIID-Betroffene (MW = 8,39) ein etwa gleich hohes Antwortverhalten. Wieder zeigt sich eine Konsistenz zu den vorigen Ergebnissen. Sowohl für Mancophile als auch für BIID-Betroffene scheint es eine erotische Faszination zu geben, die von Menschen mit Behinderung ausgeht. In Folge dessen finden beide Gruppen die Vorstellung sexueller Kontakte mit einer behinderten Person erotisch.

H11: BIID-Betroffene empfinden die Vorstellung, selbst behindert zu sein als erotisch. Für Mancophile sind derartige Phantasien nicht gleichermaßen erotisch.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung stützen die Hypothese mit einem hoch signifikanten Ergebnis ($p = 0,000$): BIID-Betroffene empfinden die Vorstellung, selbst behindert zu sein als erotisch (MW = 9,22), für Mancophile hat die Vorstellung dagegen keine vergleichbare erotische Qualität (MW = 3,59). Diese Ergebnisse scheinen konsistent zu dem Kern der beiden Störungsbilder: Die Mancophilie ist eine besondere Sexualpräferenz, sie bezieht sich darauf, welche Personen als attraktiv empfunden werden und welche Art Sexualkontakt genossen werden kann. BIID dagegen ist eine Identitätsstörung, sie betrifft im Kern die eigene Person und die eigentliche Identität, die sich für die eigene Person gewünscht wird. Möglich ist, dass der sexuellen Komponente in beiden Fällen eine unterschiedliche Basis zu Grunde liegt. Die BIID-Betroffenen finden das Identitätskonstrukt attraktiv, ob bei anderen Menschen, oder bei sich selbst. Mancophilen geht es dagegen vor allem um den Körper des Menschen mit Behinderung, der als attraktiv bewertet wird. Für sie sind nicht unbedingt sozial akzeptierte sexuelle Attribute (z.B. muskulöser Körper bei Männern, üppige Oberweite bei Frauen) reizvoll, sondern eben die Behinderung. Das hat keinen vergleichbaren Zusammenhang mit der eigenen Identität und bezieht sich in Folge dessen auch eher auf den Partner als die eigene Person.

H12: Mancophile suchen Kontakt zu Behinderten Menschen, da sie den Anblick der Behinderung als sexuell stimulierend empfinden. Dies trifft nicht auf BIID-Betroffene zu.

In der Hypothese wurde davon ausgegangen, dass Kontaktaufnahmen von Mancophilen zu Menschen mit Behinderung primär durch Prozesse der Partnerwahl motiviert sind. Es zeigt sich, dass dies bei BIID-Betroffenen genauso gegeben ist, die Daten geben keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen wieder. Wie im Vorhinein schon angenommen wurde, scheint das erwünschte Identitätskonstrukt von BIID-Betroffenen eng mit einer sexuellen Komponente verknüpft zu sein. Kontaktaufnahmen sind in Folge dessen nicht nur durch eine reine Faszination für das erwünschte Körperbild motiviert, sondern genauso wie bei Mancophilen durch eine erotische Komponente.

H13: Für Mancophile ist der Anblick einer Behinderung nur stimulierend, wenn die Person das gewünschte Geschlecht und Alter hat. Für BIID-Betroffene ist der Anblick eines Behinderten nur stimulierend wenn dieser die Behinderung hat, die der Betroffene sich für sich selbst wünscht.

Für BIID-Betroffene scheint der Anblick eines Menschen mit Behinderung genauso wie für Mancophilie stimulierend zu sein, wenn der Mensch Faktoren erfüllt, die sich in einem Partner gewünscht werden (BIID MW = 8,67 / Mancophilie MW = 8,94 / $p = 0,226$). Signifikante Unterschiede ($p = 0,000$) lassen sich allerdings zum zweiten Teil der Hypothese finden: Für Mancophile (MW = 2,89) ist der Anblick eines Menschen mit Behinderung in der Regel nicht stimulierend, weil der Mensch die Behinderung hat, die man sich am eigenen Körper wünscht, da der Wunsch nach einer Behinderung bei Mancophilen nicht unbedingt gegeben ist. Dies trifft nur auf BIID-Betroffene zu (MW = 7,67). Wieder zeigt sich, dass die Faszination für Behinderungen bei BIID-Betroffenen von einer sexuellen Komponente begleitet wird. Demzufolge ist der stimulierende Anblick eines Menschen mit Behinderung, bei BIID-Betroffenen genau wie bei Mancophilen, zusätzlich von Aspekten der Partnerwahl geprägt.

H14: Für BIID-Betroffene mit mancophiler Neigung ist der eigene Amputationsstumpf hochgradig erotisch besetzt. Für BIID-Betroffene ohne mancophile Neigung ist der Amputationsstumpf nicht erotisch besetzt, sie versuchen eher, das Ideal ihres mentalen Körperbildes zu erlangen.

Hier konnte wiederum eindeutig bestätigt werden, dass ein eigener Amputationsstumpf für BIID-Betroffene (MW = 7,72) eine erhebliche Rolle im Wunsch nach einer eigenen Amputation spielt und die Alternativhypothese somit angenommen werden kann. Für Mancophile hat die Vorstellung eines eigenen Amputationsstumpfes dagegen keine vergleichbare Relevanz (MW = 1,44).

H15: Die Vorliebe von Mancophilen für Menschen mit körperlichen Mängeln ist über klassische und operante Konditionierung entstanden. Bei BIID-Betroffenen finden sich keine entsprechenden Prozesse.

In dieser Untersuchung war es nicht möglich Ergebnisse zu erzielen, mit denen die Hypothese eindeutig verworfen oder angenommen werden kann. Mittels der qualitativen Analyse der Schlüsselerlebnisse lassen sich in beiden Gruppen erste Hinweise auf sexuelle Konditionierungsprozesse feststellen. Allerdings sind diese nur selten zu finden: bei vier von 21 Berichten lassen sich Hinweise auf paralleles sexuelles Erleben finden. Hervorzuheben dabei ist, dass drei dieser vier Berichte aus der Gruppe der BIID-Betroffenen kommen.

H16: Mancophile Neigungen werden über Versagensängste bei üblichem Sexualkontakt aufrecht erhalten.

Auch diese Hypothese bezieht sich auf das Lernpsychologische Entstehungsmodell von Paraphilien. Man geht davon aus, dass nachdem die mancophile Vorliebe über Konditionierungsprozesse entstanden ist, die unübliche sexuelle Verhaltensweise über Versagensängste bei üblichem Sexualkontakt aufrecht erhalten wird. In Folge dessen würde üblicher Sexualkontakt vermieden werden und ausschließlich Sexualkontakt mit Menschen mit Behinderungen oder Personen, die „Pretending-Verhalten“ in sexuelle Verhaltensweisen mit integrieren,

gesucht werden. Es zeigt sich, dass beide Gruppen angeben befriedigende Sexualkontakte mit Menschen ohne Behinderung gehabt zu haben (BIID MW = 9,33/ Mancophilie MW = 8,72 / $p = 0,462$). Nach diesen Ergebnissen muss die Alternativhypothese also verworfen und die Nullhypothese angenommen werden. Durch das hohe durchschnittliche Antwortverhalten der Mancophilen auf diesem Item erscheint es sehr unwahrscheinlich, dass so große Versagensängste bei üblichem Sexualkontakt präsent waren, dass damit paraphile Verhaltensweisen begünstigt wurden.

4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die folgende Tabelle bietet eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse. Aufgeführt sind Inhalte von den Hypothesen, bei denen eine eindeutige Bestätigung oder Verwerfung der Hypothese möglich war, und somit eindeutige Gemeinsamkeiten oder Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden konnte.

Tabelle 27: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen BIID – Betroffenen und Mancophilen

Gemeinsamkeit		Unterschied
(H1) Tatsächliche Umsetzung der Operation		BIID-Betroffene würden die Möglichkeit einer Operation eher wahrnehmen als Mancophile.
(H2) Intensive Beschäftigung mit Behinderung		BIID-Betroffene beschäftigen sich intensiver mit Behinderungen als Mancophile
(H5) Leidensdruck	Es besteht kein Unterschied in der Art des Leidensdrucks	
(H8) Beginn Kindheit/ Jugend	Beide Gruppen sind sich ihres Wunsches seit der K/J bewusst.	
H9) Sexualpartner mit spezifischer Behinderung	Beide Gruppen wünschen sich einen Sexualpartner mit einer spezifischen Behinderung.	
(H10) Sexualkontakt mit Behindertem Partner Erotisch	Beide Gruppen finden die Vorstellung erotisch Sexualkontakt mit einem behinderten Partner zu haben.	
H11) Eigene Behinderung Erotisch		Nur BIID-Betroffene finden die Vorstellung erotisch eine eigene Behinderung zu haben.
(H12) Kontakts. zu Menschen mit Beh. aufgrund erotischer Anziehungskraft	Beide Gruppen suchen Kontakt zu Menschen mit Behinderung weil sie den Anblick der Körperbehinderung als sexuell stimulierend empfinden.	

4.3 Einschränkungen der Untersuchung

Für die vorliegende Untersuchung sind einige kritische Aspekte zu diskutieren, die die Aussagekraft der gewonnenen Ergebnisse eventuell beschränken. Als erstes ist hier die über das Internet durchgeführte Datenerhebung zu nennen. Obwohl der Fragebogen auf einschlägigen Seiten veröffentlicht wurde, ist aufgrund der Anonymität des Internets keine absolute Sicherheit bezüglich der Probandenauswahl gegeben. Jeder, der sich auf eine der Seiten begeben hat, hätte ohne vorherige diagnostische Auswahl den Fragebogen ausfüllen können. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass es vermutlich eher unwahrscheinlich ist, dass Nicht-Betroffene auf die entsprechenden Internet Seiten begeben und sich dann auch noch die Zeit und Mühe machen an einer wissenschaftlichen Studie teilzunehmen.

Zudem bestehen Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich der Probandenanzahl sowie der Geschlechterverteilung innerhalb der Stichprobe. Mit größeren Stichproben, in denen ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis besteht könnten eindeutiger Aussagen bezüglich der Aussagekraft und Generalisierbarkeit der Ergebnisse getroffen werden. Allerdings sind beide Gruppen- sowohl die Mancophilen, als auch die BIID-Betroffenen sehr klein, und es zeigte sich als außerordentlich schwierig Kontakt zu Betroffenen zu knüpfen, Vertrauen aufzubauen und Probanden für die Befragung zu gewinnen. Sexuelle Neigungen in Hinblick auf Behinderungen sind den Betroffenen meist peinlich und werden schamhaft vor der Umwelt verborgen. Insofern ist es dennoch beachtenswert, dass überhaupt so viele Teilnehmer gefunden werden konnten, die hier freimütig geantwortet haben. Weiterhin ist die anhand einer Diagnosefrage vorgenommene Gruppeneinteilung in BIID und Mancophilie zu nennen. Eine Frage kann weder das Phänomen BIID noch Mancophilie komplett diagnostisch abdecken, weshalb die Gefahr der falschen Gruppeneinteilung nicht auszuschließen ist. Über mehrere Diagnosefragen und eine genauere Probandenauswahl hätten Fehler in diesem Bereich ausgeschlossen werden können, aufgrund des begrenzten Zeitraums der Datenerhebung waren hier die Möglichkeiten allerdings stark eingeschränkt. Als wichtige Schwierigkeit ist hier zu nennen, dass vor Beginn der Erhebung davon ausgegangen wurde, dass

sich die beiden Gruppen eindeutig trennen lassen, dass sich schon über die Erhebung auf den einschlägigen Internetseiten von den verschiedenen Gruppen eindeutig Differenzierungspunkte zeigen. Im Verlauf der Erhebung, auch über Kontakte mit Betroffenen wurde deutlich dass sich diese eindeutige Differenzierung scheinbar nicht finden lässt. Es wurden verschieden umfangreichere diagnostische Einschätzungen mittels mehrerer Diagnosefragen erprobt. Es zeigte sich, dass der Identitätsaspekt im Kern der einzige, deutlichste Unterschied zwischen BIID-Betroffenen und Mancophilen ist, und das demnach auch eine diagnostische Einteilung anhand der Frage nach dem Identitätsaspekt am sinnvollsten und eindeutigsten erschien.

4.4 Fazit

In dieser Untersuchung ist es gelungen, eine Erweiterung des Kenntnisstandes des Störungsbildes BIID zu erzielen. Es zeigte sich keine klare Abgrenzung zur Mancophilie, denn es wurden wesentliche Überschneidungsbereiche festgestellt. Eine Sexualpräferenz für Menschen mit Behinderung scheint mit einer vergleichbaren Intensität zu BIID zu gehören wie es für Menschen mit mancophilen Vorlieben der Fall ist. Die erotische Faszination für eine eigene Behinderung kennen Mancophile dagegen in den wenigsten Fällen, dies scheint im Wesentlichen für BIID-Betroffene zuzutreffen. Es entsteht der Eindruck, dass BIID kaum vom Thema Sexualität zu trennen ist. In den vorliegenden Ergebnissen findet sich ein BIID-Betroffener der die sexuelle Komponente in Bezug auf einen Partner mit Behinderung durchgehend für sich als nicht zutreffend beschreibt. Die Mehrheit beschreibt eine starke bis mittelgradige Ausprägung der erotischen Faszination für Menschen mit Behinderung. Eine mögliche Erklärung kann auf der Basis von psychoanalytischen Grundgedanken getroffen werden: Die eigene Sexualität ist eng und unmittelbar mit der psychologischen Entwicklung des Menschen und der eigenen Identität verknüpft. Eine so starke Identifikation mit der Identität eines Menschen mit Behinderung wie BIID-Betroffene sie erleben scheint oftmals auch an eine sexuelle Komponente gebunden zu sein. Dies widerspricht keineswegs dem Konstrukt von BIID als Identitätsstörung, es ergänzt dieses vielmehr um den Teilaspekt der

Sexualität, der von der eigenen Identität nicht trennbar zu sein scheint. Denn ähnliche Strukturen finden sich bei der Gender Identity Disorder: ein erheblicher Anteil äußert die Vorstellung das Wunschgeschlecht erreicht zu haben sexuell erregend zu finden (Lawrence, 2006), viele praktizieren zudem transsexuellen Fetischismus (Blanchard, 1985, zitiert nach Lawrence, 2006) oder sind an einem Partner interessiert der das Geschlecht hat dass sie sich für sich selbst wünschen (Lawrence,2006). Andere wiederum bringen mit der Identitätsstörung keinerlei sexuelle Komponente in Verbindung.

5. Literaturverzeichnis

- Beier, K.M., Bosinski, H. & Loewit, K. (2005). *Sexualmedizin* (2.Auflage). München: Urban & Fischer Verlag/ Elsevier GmbH.
- Beier, K. (2007). *Sexueller Kannibalismus*. München: Urban & Fischer Verlag/ Elsevier GmbH.
- Blanke, O., Morgenthaler, F. D., Brugger, P. & Overney, L.S. (2009). Preliminary evidence for a fronto-parietal dysfunction in able-bodied participants with a desire for a limb amputation. *J. Neuropsychol.*, 3, 181-200.
- Brang, D., McGeoch, P.D. & Ramachandran, V.S. (2007). Apotemnophilia: a neurological disorder. *Cognitive Neuroscience and Neuropsychology, Volume 19, Nr.13, S.1305-1306*.
- Bräutigam, W., Clement, U. (1989). *Sexualmedizin im Grundriss: Eine Einführung in Klinik, Theorie und Therapie der sexuellen Konflikte und Störungen*. Stuttgart: Thieme Wissenschaft.
- Brugger, P., Lenggenhager, B. & Giummarra, M.J. (2013). Xenomelia: a social neuroscience view of altered bodily self-consciousness. *Frontiers in Psychology, Volume 4, Artikel 204, S.1-7*.
- Bruno, R.L. (1997). Devotees, Pretenders and Wannabes: Two Cases of Factitious Disability Disorder. *Sexuality and Disability*, 4, 243-260.
- De Preester, H. (2011). Merleau-Ponty's sexual schema and the sexual component of body integrity identity disorder. *Med Health care and Philos*, DOI 10.1007/s11019-011-9367-3.
- Dixon, D. (1983). An Erotic Attraction to Amputees. *Sexuality and Disability, Vol 6, Nov 1, p.3-19*.
- First, M.B. (2005). Desire for amputation of a limb: Paraphilia, psychosis or a new type of identity disorder. *Psychological Medicine*, 35, 919-928.
- Freud, S. (2007). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (9.Auflage). Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Hilti, L. M., Hänggi, J., Vitacco, D. A., Kraemer, B., Palla, A. & Luechinger, R. (2013). The desire for healthy limb amputation: structural brain correlates and clinical features of xenomelia. *Brain Cogn.* 136, 318-329.

- Kasten, E. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze. *Fortschr Neurol Psychiatrie*, 77, 16-24.
- Krueger, RB., Kapla, MS. (2012). Paraphilic Diagnose sind DSM-5. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, Volume 49, Nr.4, S.248-253.
- Lawrence, A. A. (2006). Clinical an Theoretical Parallels Between Desire for Limp Amputation and Gender Identity Disorder. *Archieves of Sexual Behaviour*, 3, 263-278.
- Markgraf J. & Schneider S. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3.Band, 2. Auflage). Berlin: Springer
- Martin, I. (2009). Fascination Handicap- A Desire for Differentness. In A. Stirn, A. Thiel, S. Oddo (Hrsg.), *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects* (S. 175-180). Lengerich: Papst Science Publisher.
- Martin, I. (2010). *Macophilie Erscheinungsformen und Interaktionen*. Maintal: Homo-Mancus Verlag.
- McGeoch, P. D., Brang, D., Song, T., Lee, R. R., Huang, M. & Ramachandran, V.S. (2011). Xenomelia: a new right parietal lobe syndrom. *J.Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 82, 1314-1319.
- Money, J. & Simcoe, K. (1986). Acrotomophilia, Sex and Disability: New Concepts and Case Report. *Sexuality and Disability*, Volume 7 (1/2), Seite 43-50, Human Sciences Press.
- Money, J. (1986) *Lovemaps*. New York: Irvington Publishers, Inc.
- Money, J., Jobaris, R. & Furth, G. (1977). Apotemnophilia: Two Cases of Self-Demand Amputation as a Paraphilia. *The Journal of Sex Research*, Vol. 13, No.2, pp. 115.125.
- Natress, L. (1996) *Amelotasis Men Attracted To Women Who Are Amputees. A Descriptive Study*. Loma Lina University, California.
- Stirn, A., Thiel, A. & Oddo, S. (2010). *Body Integrity Identity Disorder. Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze*. Weihnheim: Beltz Verlag.
- Vetter, B. (2007). *Sexualität: Störungen, Abweichungen, Transsexualität*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Wenig, H.G. (1979). Amputismus. *Sexualmedizin*, 8, Seite 280-282.

Internetquellen:

American Psychiatric Association. (2013). *Paraphilic Disorders*.
<http://www.dsm5.org/Documents/Paraphilic%20Disorders%20Fact%20sheet.pdf>. Abrufdatum: 18.6.13; 19:14 Uhr

American Psychiatric Association. (2013). *Highlights of changes from DSM-IV TR to DSM-5*.
<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>. Abrufdatum: 12.8.13, 19:20

Erich Kasten (2012). ICD Antrag: *Einführung eines Kodes für die Body Integrity Identity Disorder (BIID) (Körperidentitätsstörung)*.
www.dimdi.de/dynamic/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorschlaege/vorschlaege2012/019-bodyintegrityidentitydisorder-kasten.pdf. Abrufdatum: 2.8.13, 14:05

6 Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Geschlechterverteilung innerhalb der Stichproben
- Tabelle 2: Alter und Ausbildungsstand der Stichproben
- Tabelle 3: Korrelation der Reliabilitätsitems (16 & 29)
- Tabelle 4: Korrelation der Reliabilitätsitems (12 & 26)
- Tabelle 5: Ergebnisse Item 1
- Tabelle 6: Ergebnisse der Analyse des Summenwertes der Items 1,2,3& 4
- Tabelle 7: Ergebnisse der Analyse des Summenwertes der Items 7, 8 & 9
- Tabelle 8: Ergebnisse Item 5
- Tabelle 9: Ergebnisse Item 6
- Tabelle 10: Häufigkeiten Angaben der Stunden im Gruppenvergleich
- Tabelle 11: Ergebnisse Item 6 unter Ausschluss der Extrema
- Tabelle 12: Ergebnisse Item 10 & 11
- Tabelle 13: Ergebnisse Item 14
- Tabelle 14: Ergebnisse Item 15,16 & 17
- Tabelle 15: Ausprägung der sexuellen Komponente innerhalb der Gruppe
der BIID-Betroffenen
- Tabelle 16: Ergebnisse Item 18 & 19
- Tabelle 17: Häufigkeiten und Prozentangaben der Reaktionen beim ersten
bewussten Anblick eines Menschen mit Behinderung im
- Tabelle 18: Ergebnisse Item 21
- Tabelle 19: Ergebnisse Item 13
- Tabelle 20: Ergebnisse Item 22 & 23
- Tabelle 21: Ergebnisse Item 24
- Tabelle 22: Ergebnisse Item 25
- Tabelle 23: Ergebnisse der Analyse des Summenwertes der Items 26& 12
- Tabelle 24: Ergebnisse Item 27& 28
- Tabelle 25: Ergebnisse Item 29
- Tabelle 26: Ergebnisse Item 32
- Tabelle 27: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen
BIID-Betroffenen und Mancophilen

7 Anhangsverzeichnis

7.1 Fragebogen: Body Integrity Identity Disorder und Mancophilie	67
Differentialdiagnose Screening	
7.2 Eigenständigkeitserklärung	72

BODY INTEGRITY IDENTITY DISORDER UND MANCOPHILIE DIFFERENTIALDIAGNOSTIK – SCREENING

Anleitung:

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit habe ich einen Fragebogen entwickelt, der sich auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der Mancophilie und Body Integrity Identity Disorder bezieht.

Bitte lesen Sie sich jede Aussage aufmerksam durch und beantworten Sie sie bevor Sie zur nächsten Frage übergehen.

Markieren Sie bitte das Ausmaß des Zutreffens der Aussage auf der jeweiligen Skala von 0 (trifft gar nicht zu) bis 100 (trifft voll zu). Wenn Sie einer Aussage neutral gegenüber stehen, kreuzen Sie auf der Skala die Markierung mit 50 an.

Beispiel:

Trifft gar nicht zu 0 - 10 - 20 - 30 - 40 - X - 60 - 70 - 80 - 90 - 100 Trifft voll zu

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie deshalb bitte möglichst spontan und zügig.

Falls Sie Antworten die Sie gegeben haben wieder verbessern möchten, dann klammern Sie die ungültige Antwort bitte deutlich ein.

Beispiel:

Trifft gar nicht zu 0 - 10 - 20 - 30 - 40 - 50 - (X) - 70 - X - 90 - 100 Trifft voll zu

Daneben gibt es auch freie Felder bei denen Sie gebeten werden, zu verschiedenen Aspekten persönliche Angaben zu machen.

Datenschutz:

1. Ihre Angaben werden vollkommen vertraulich behandelt. Sie müssen keinen Namen, keine Anschrift und kein Geburtsdatum angeben. Das bedeutet, dass es nicht möglich sein wird den beantworteten Fragebogen nach der Erhebung mit Ihnen in Verbindung zu bringen.

2. Bitte tragen Sie ein selbst gewähltes Codewort in den Fragebogen ein um sicherzustellen, dass die einzelnen Bögen ein und derselben Person zugeordnet werden können.

3. Die erhobenen Daten werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Persönliche Angaben:

Persönlicher Code:

Alter:

Geschlecht:
männlich

weiblich

Ausbildungsstand in absolvierten Jahren (z.B. 4 Jahre Grundschule + 6 Jahre Realschule + 3 Jahre Lehre = 13 Jahre).

Ihr Ausbildungsstand in Jahren beträgt:

1. Ich wünsche mir selbst eine Behinderung.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft Voll zu

2. Ich würde viele finanzielle Einschränkungen in Kaufe nehmen um selbst eine Behinderung zu haben.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

3. Ich plane, eine Operation tatsächlich durchzuführen bzw. durchführen zu lassen.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

4. Aufgrund von befürchteten Einschränkungen durch die OP würde ich diese nicht durchführen lassen.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

5. Ich habe den Wunsch eine eigene Behinderung vorzutäuschen (zu pretenden).

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

6. In den letzten 14 Tagen habe ich ____ Stunden damit verbracht das Leben als Behinderter zu üben.

7. Ich bin mir der Einschränkungen mit denen Menschen mit Behinderung im Alltag leben müssen sehr genau bewusst.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

8. Ich denke viel darüber nach, was für finanzielle Folgen eine Körperbehinderung für mich persönlich mitbringen würde.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

9. Ich denke viel über die Folgen einer eigenen Behinderung für mein Alltagsleben nach.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

10. Ich täusche eine Behinderung vor allem vor, um das Leben als Mensch mit Behinderung zu erproben.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

11. Beim Vorgeben einer Behinderung empfinde ich sexuelle Lust.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

12. Ich suche Kontakt zu Menschen mit Behinderung, da ich den Anblick der Körperbehinderung als erotisch empfinde.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

13. Ich weiß von meiner Vorliebe, seit ich _____ Jahre alt bin.

14. Ich schäme mich wegen meines Interesses an einer Behinderung.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

15. Ein Stumpf bei einem Partner spielt eine Rolle in meinem Sexualleben (oder in Phantasien).

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

16. Ein eigener Stumpf spielt eine Rolle in meinem Sexualleben (oder in Phantasien).

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

17. Menschen mit Behinderung üben eine sexuelle Anziehungskraft auf mich aus.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

18. Als ich das Erste Mal bewusst einen Körperbehinderten Menschen gesehen habe, war ich von dem Anblick fasziniert.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

19. Als ich das Erste Mal bewusst einen Körperbehinderten Menschen gesehen habe, spürte ich eine erotische Anziehungskraft die von Ihm/Ihr ausging.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

20. Als ich das erste Mal einen Körperbehinderten Menschen gesehen habe, empfand ich

21. Ich bin mir meiner besonderen Vorliebe/ meines Wunsches seit der Kindheit/ Jugend bewusst.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

22. Ich wünsche mir einen Sexualpartner mit einer spezifischen Behinderung

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

23. Bei der Wahl eines Partners ist mir eine Körperbehinderung unwichtig.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

24. Die Vorstellung sexuellen Kontakt mit einem behinderten Partner zu haben empfinde ich als erotisch.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

25. Die Vorstellung eine eigene Behinderung zu haben empfinde ich als erotisch.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

26. Ich suche Kontakt zu Menschen mit Behinderung, da ich den Wunsch habe, dass ein Sexualkontakt zwischen uns entsteht.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

27. Der Anblick eines Menschen mit Behinderung ist für mich nur stimulierend, wenn der Mensch das richtige Geschlecht und Alter hat, das ich mir in einem (Sexual-)Partner wünsche.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

28. Der Anblick eines Menschen mit Behinderung ist für mich nur stimulierend, wenn der Mensch die Behinderung hat, die ich mir an meinem eigenen Körper wünsche.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

29. Ich strebe eine Amputation an, da für mich die Vorstellung eines eigenen Amputationsstumpfes erotisch besetzt ist.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

30. Durch eine eigene Amputation würde mein Körper endlich meiner wahren Identität entsprechen.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

31. Können Sie sich an ein Schlüsselerlebnis erinnern, seit dem sie sich ihrer besonderen Vorliebe für Menschen mit Behinderung bewusst sind?

32. Trotz meiner besonderen Vorliebe für Menschen mit Behinderungen habe ich befriedigende Sexualkontakte mit Menschen ohne Behinderungen erlebt.

Trifft gar nicht zu 0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Trifft voll zu

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname:

Pregartbauer, Lea

Matrikelnummer:

100201047

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, 15. 8. 2013

Unterschrift:

L. Pregartbauer