

MSH Medical School Hamburg

University of Applied Sciences and Medical University

Fakultät Humanwissenschaften

Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie

Masterarbeit

Das Körperbild von gesunden Menschen, Menschen mit Body
Integrity Identity Disorder und Menschen mit Amputation
– ein Vergleich

vorgelegt von:	Jelena Helmer 142101011
vorgelegt am:	12. August 2016
Erstgutacher:	Prof. Dr. Erich Kasten
Zweitgutacher:	Dr. med. Klaus Hoffmann

„Fachlich heißt es Amputation, ich nenne es Erlösung!“

(Aussage eines BILD-Betroffenen aus persönlicher Korrespondenz)

Zusammenfassung

In der heutigen Zeit bildet ein gesunder, vollständiger Körper für viele Menschen das Fundament für zahlreiche Modifikationen. Um einem vorherrschenden Idealbild näher zu kommen sind chirurgische Eingriffe weit verbreitet und allgemein anerkannt, selbst wenn diese mit einer erheblichen Verletzung des gesunden Körpers einhergehen. Für die Optimierung des eigenen Äußeren werden Schmerzen zugelassen und ertragen. Eine Amputation gesunder Körperteile kann sich allerdings in diesem Zusammenhang niemand vorstellen. Menschen, die an Body Integrity Identity Disorder leiden, wollen jedoch nichts sehnlicher: sie wünschen sich die Entfernung bestimmter Körperteile mit dem Ziel, ihre wahre Identität zu verwirklichen. Das Individualbedürfnis von BIID-Betroffenen – der Wunsch, ein Mensch mit Behinderung zu sein – unterscheidet sich somit stark von geltenden gesellschaftlichen Konventionen und geht einher mit einem immensen Leidensdruck bei den Betroffenen. In der vorliegenden Arbeit ist das individuelle Körpererleben von Menschen mit BIID Gegenstand der Betrachtung und wurde mit dem Dresdner Fragebogen zum Körperbild näher untersucht und mit Körperbild anderer Gruppen von Menschen verglichen.

Zusammenfassend zeigte sich, dass BIID-Betroffene ihren vollständigen Körper in ähnlicher Weise erleben wie Menschen, die unfall- oder krankheitsbedingt eine Amputation erleben mussten, ihren versehrten Körper: im Vergleich unterscheidet sich das Körperbild dieser beiden Gruppen nicht. Die Vorstellung des jeweils anderen körperlichen Zustandes (amputiert bzw. gesund zu sein) geht bei beiden Gruppen einher mit einer nachweislich positiven Veränderungen im Körpererleben. Ein amputierter Körper scheint für BIID-Betroffene ebenso erstrebenswert zu sein, wie ein vollständiger Körper für Menschen mit einer Amputation. Auch konnte nachgewiesen werden, dass BIIDler mit Amputation (wie auch immer sie ihren erwünschten körperlichen Zustand erreicht haben) ihren versehrten Körper in verschiedenen Aspekten positiver erleben als die Vergleichsgruppen – ihre Selbstakzeptanz ist eindeutig am positivsten.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	IV
Tabellenverzeichnis.....	VII
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	4
2.1 Körperbild	4
2.1.1 Körper und Gesellschaft	7
2.1.2 Erfassung des Körperbildes	9
2.2 Body Integrity Identity Disorder (BIID)	10
2.2.1 Verwandte Erkrankungen und Abgrenzung.....	14
2.2.1.1 BIID und psychotische Störungen.....	14
2.2.1.2 BIID und Transsexualität.....	15
2.2.1.3 BIID und Körperdysmorphie Störung.....	15
2.2.2 Erklärungsansätze	16
2.3 Amputationen	18
3 Fragestellung	22
4 Methode	25
4.1 Stichprobe	25
4.1.1 Gesunde Personen.....	25
4.1.2 BIID-Betroffene	25
4.1.3 BIID-Betroffene mit Amputation	26
4.1.4 Menschen mit Amputation	26
4.2 Dresdner Fragebogen zum Körperbild (DKB-43)	27
4.2.1 Entwicklung des DKB-43	27
4.3 Durchführung	30
4.4 Auswertung	32
5 Ergebnisse	34
5.1 Ergebnisse der einzelnen Gruppen	34
5.1.1 Gesunde Personen.....	34

5.1.2 BIID-Betroffene	36
5.1.3 BIID-Betroffene mit Amputation	38
5.1.4 Menschen mit Amputation	39
5.2 Vergleich der Gruppen	41
5.2.1 Gesunde Personen und Menschen mit Amputation	41
5.2.2 Gesunde Personen und BIID-Betroffene	42
5.2.3 BIID-Betroffene mit Amputation und gesunde Personen.....	45
5.2.4 BIID-Betroffene mit Amputation und Menschen mit Amputation	47
5.2.5 BIID-Betroffene mit Amputation und BIID-Betroffene	49
5.2.6 BIID-Betroffene und Menschen mit Amputation	51
6 Diskussion.....	53
7 Fazit.....	60
Quellenverzeichnis	67
Anhang	74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Das Verständnis von "Körperbild" und "Körpererleben".....	6
Tabelle 2: Dresdner Fragebogen zum Körperbild (DKB-43): Dimensionen, Items und interne Konsistenzen	28
Tabelle 3: DKB-43: Ermittelte Grenzwerte als Interpretationshilfe (Pöhlmann, 2009).....	32
Tabelle 4: DKB-43: Gesunde Personen ($n = 89$).....	34
Tabelle 5: Wilcoxon-Test: Gesunde Personen ($n = 89$).....	35
Tabelle 6: DKB-43: BIID-Betroffene ($n = 53$)	36
Tabelle 7: Wilcoxon-Test: BIID-Betroffene ($n = 53$).....	37
Tabelle 8: DKB-43: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$)	38
Tabelle 9: Wilcoxon-Test: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$).....	39
Tabelle 10: DKB-43: Menschen mit Amputation ($n = 11$)	39
Tabelle 11: Wilcoxon-Test: Menschen mit Amputation ($n = 11$)	40
Tabelle 12: Vergleich der Mittelwerte: Gesunde Personen ($n = 89$) und Menschen mit Amputation ($n = 11$)	41
Tabelle 13: Mann-Whitney-U-Test: Gesunde Personen ($n = 89$) und Menschen mit Amputation ($n = 11$) unter der realen Bedingung.....	42
Tabelle 14: Vergleich der Mittelwerte: Gesunde Personen ($n = 89$) und BIID- Betroffene ($n = 53$).....	42
Tabelle 15: Mann-Whitney-U-Test: Gesunde Personen ($n = 89$) und BIID- Betroffene ($n = 53$) unter der realen Bedingung	44
Tabelle 16: Mann-Whitney-U-Test: Gesunde Personen ($n = 89$) und BIID- Betroffene ($n = 53$) bei der Vorstellung, beinamputiert zu sein.....	45
Tabelle 17: Vergleich der Mittelwerte: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$) und gesunde Personen ($n = 89$)	45
Tabelle 18: Mann-Whitney-U-Test: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$) und gesunde Personen ($n = 89$) unter der realen Bedingung.....	46
Tabelle 19: Vergleich der Mittelwerte: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$) und Menschen mit Amputation ($n = 11$).....	47

Tabelle 20: Mann-Whitney-U-Test: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$) und Menschen mit Amputation ($n = 11$) unter der realen Bedingung	48
Tabelle 21: Mann-Whitney-U-Test: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$) und Menschen mit Amputation ($n = 11$) bei der Vorstellung, gesund zu sein	49
Tabelle 22: Vergleich der Mittelwerte: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$) und BIID-Betroffene ($n = 53$).....	49
Tabelle 23: Mann-Whitney-U-Test: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$) und BIID-Betroffene ($n = 53$) unter der realen Bedingung	51
Tabelle 24: Vergleich der Mittelwerte: BIID-Betroffene ($n = 53$) und Menschen mit Amputation ($n = 11$)	51
Tabelle 25: Mann-Whitney-U-Test: BIID-Betroffene ($n = 53$) und Menschen mit Amputation ($n = 11$) unter der realen Bedingung.....	52

1 Einleitung

Jeder Mensch ist froh, wenn er in einem gesunden, vollkommenen Körper lebt. Der Gedanke an den Verlust von Gliedmaßen, als extreme Folge eines Unfalls oder einer Krankheit, ist in der Regel mit großer Angst verbunden. Es gibt jedoch eine Ausnahme. Menschen mit Body Integrity Identity Disorder verspüren hiervor keine Angst, sondern im Gegenteil – sie wünschen sich die Amputation eines Körperteils. Mit dem gegebenen vollständigen Körper können Betroffene sich nicht identifizieren. Bestimmte Körperteile werden als nicht zugehörig zum eigenen Selbst empfunden. So paradox es auch klingen mag, das Entfernen des betroffenen Körperteils soll zu einem Gefühl der Vervollständigung führen; zur Verwirklichung der gefühlten wahren Identität als Mensch mit einem amputierten Körper. Für Menschen, die unfall- oder krankheitsbedingt amputiert werden mussten, verändert sich das gesamte Leben. Das, im wahrsten Sinne, einschneidende Ereignis einer Amputation ist mit erheblichen Einschränkungen und Veränderungen im privaten und beruflichen Leben verbunden. Die seelische Belastung ist enorm; die psychische Verarbeitung des irreversiblen Verlustes einer Gliedmaße fällt den meisten Betroffenen sehr schwer. Der Umgang mit Begleiterscheinungen, wie Selbstwertverlust, sozialer Rückweisung und Stigmatisierung stellt eine zusätzliche Schwierigkeit dar. Nicht selten entwickeln sich in der Folge psychische Störungen. BIID-Betroffene aber beneiden Menschen, die in einem amputierten Körper leben (müssen). Sie unterscheiden sich daher sehr von anderen Menschen, denn sie streben einen physischen Zustand an, der gesellschaftlich gesehen als „behindert“ bezeichnet wird und somit stark von der sozialen Idealnorm eines gesunden, geschweige denn schönen Körpers abweicht.

Schon immer existierten bestimmte Vorstellungen davon, wie ein idealer Körper auszusehen hat. Seit einigen Jahrzehnten wird medial zunehmend ein Leitbild verbreitet, welches viele Frauen und Männer in ihrem subjektiven Erleben beeinflusst: der weibliche Körper wird immer schlanker, der männliche Körper immer muskulöser. Viele Menschen vergleichen ihr eigenes Körpererleben mit diesem gesellschaftlich vorherrschenden, fast unrealen Schönheitsideal und sind daher mit

dem eigenen Äußeren unzufrieden: sie fühlen sich zu dick, zu klein, zu untrainiert – nicht dem Ideal entsprechend. Hinzu kommt, dass das Individuum für den Zustand seines Körpers verantwortlich gemacht wird. Die äußere Erscheinung wird zunehmend zur Bewertungsgrundlage innerer Qualitäten einer Person. Schlankheit steht für Leistungsfähigkeit, Attraktivität, Selbstkontrolle und Erfolg. Dicksein hingegen drückt negative Eigenschaften, wie Faulheit, Versagen und Schwäche aus. Die Bereitschaft, den eigenen Körper zu modifizieren steigt daher zunehmend. Hierbei spielen nicht mehr nur eine gesunde Ernährung und Sport eine Rolle. Chirurgische Eingriffe, wie Faltenstraffung, Fettabsaugung oder Brustkorrekturen sind mittlerweile weit verbreitet und im Allgemeinen anerkannt. Auch andere Maßnahmen zur „Verschönerung“ des Körperäußeren stoßen auf eine immer höhere Akzeptanz in der Gesellschaft. Neben den schon alltäglich gewordenen Tätowierungen und Piercings entwickeln sich immer neue Trends, sogenannte Body Modifications: es werden Bilder in die Haut gebrannt, künstliche Narben hergestellt, die Zunge gespalten, die Ohren „angespitzt“. Mit Hilfe ausreichend finanzieller Mittel kann heutzutage fast jede gewünschte Veränderung des Körpers erreicht werden; einige Menschen lassen sich sogar die Beine brechen, um an Körpergröße zu gewinnen.

Der Wunsch nach einer Amputation gesunder Gliedmaßen stößt allerdings auf großes Unverständnis in der Gesellschaft und wird nicht selten sogar als Perversion verurteilt. Bis zum heutigen Tage konnte keine erfolgreiche Behandlungsmethode gefunden werden, die dabei hilft, den Wunsch nach Amputation zu reduzieren. Die Möglichkeit für BIID-Betroffene, ihr tiefgreifendes Begehren in die Realität umzusetzen, besteht allerdings ebenso wenig – es ist Ärzten schlichtweg nicht erlaubt, gesunde Gliedmaßen ohne einen medizinischen Grund zu entfernen. Dennoch haben einige, sehr wenige Menschen mit BIID ihren ersehnten Zustand erreicht: sie haben sich, auf welchem Wege auch immer, einen Körperteil amputieren lassen.

Der eigene Körper wird von den Menschen sehr unterschiedlich erlebt und bewertet. Viele Individuen streben danach, das eigene Aussehen einem verbreiteten Körperideal anzupassen – der Vergleich mit diesem beeinflusst das individuelle Erleben zunehmend. Einige Menschen verlieren unfreiwillig und irreversibel einen Teil ihres Körpers, was mit erheblichen Auswirkungen im individuellen Körpererle-

ben einhergeht. Andere Menschen hingegen leiden schlichtweg unter der Vollständigkeit ihres Körpers; das innerlich gefühlte Körperbild unterscheidet sich von dem real existenten. In der heutigen Zeit gewinnt der Körper zunehmend an Bedeutung und auch das individuelle Erleben dessen spielt daher eine immer wichtigere Rolle – es wird als eine Komponente der Identität eines jeden Individuums verstanden. In der vorliegenden Arbeit wird das Körperbild von unterschiedlichen Gruppen von Menschen, die mehr oder weniger und aus unterschiedlichen Gründen unter ihrer körperlichen Realität leiden, näher beleuchtet: gesunde Personen, von denen im Allgemeinen ein positives Körperbild erwartet wird. BIID-Betroffene, die in einem Körper leben, mit dem sie sich nicht identifizieren können. BIID-Betroffene, die sich freiwillig haben amputieren lassen und Menschen, die als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit unfreiwillig einen Körperteil für immer verloren haben.

2 Theoretischer Hintergrund

In der folgenden Abhandlung wird zunächst ein Verständnis für den Begriff Körperbild vermittelt. Im weiteren Verlauf wird das Störungsbild Body Integrity Identity Disorder vorgestellt, beispielhaft zu einigen anderen psychischen Erkrankungen abgegrenzt sowie ein Überblick über drei unterschiedliche Erklärungsmodelle für BIID gegeben. Hinzu kommen einige grundlegende Informationen über Amputationen.

2.1 Körperbild

In der wissenschaftlichen Literatur herrscht Unklarheit über die Verwendung der Begrifflichkeiten, um das eigene, individuelle Körpererleben zu charakterisieren. Viele verschiedene Termini, wie Körpererleben, Körperbild, Körperschema oder Körper-Ich werden oftmals synonym, jedoch häufig auch ganz unterschiedlich verwendet (Küchenhoff & Agarwalla, 2013; Röhrich et al., 2005). Um körperbezogene Phänomene zu beschreiben, hat sich im englischsprachigen Raum der Terminus „body image“ etabliert. Seither wird in vielen deutschsprachigen Forschungsarbeiten oftmals die direkte Übersetzung „Körperbild“ verwendet. Bevor ein 2004 unternommener Versuch zur Konsensbildung in Bezug auf die Verwendung der unterschiedlichen Begrifflichkeiten vorgestellt wird, wird im Folgenden zunächst ein Überblick über das gängige Verständnis des Körperbildes als Oberbegriff für die Beschreibung der Gefühle, Wertungen und Wahrnehmungen, die den eigenen Körper betreffen, gegeben (Röhrich et al., 2005; Sack, Henniger & Lamprecht, 2002).

Im weit verbreiteten Verständnis beschreibt der Begriff Körperbild ein mehrdimensionales Konstrukt, welches das gesamte Verhältnis eines Menschen zum eigenen Körper beschreibt und somit einen Teil der Identität umfasst. Clement und Löwe (1996) sehen das Körperbild als die Gesamtheit der Einstellungen zum eigenen Körper; alle unbewussten sowie bewussten Aspekte des Menschen seinem Körper gegenüber. Häufig wird in Bezug auf den Terminus Körperbild als Oberbegriff die von Cash (2004) formulierte Definition als „one’s body-related self-

perceptions and self-attitudes, including thoughts, beliefs, feelings, and behaviours“ (Cash, 2004, S. 1) angeführt (Daszkowski, 2003; Pöhlmann, Roth, Brähler & Joraschky, 2014). Auf Basis dieser Definition werden grundsätzlich vier verschiedene Komponenten des Körperbildes unterschieden: die perzeptive, die affektive, die kognitive und die behaviorale Komponente.

Die *perzeptive Komponente* umfasst Sinnesinformationen bezüglich des eigenen Körpers, beispielsweise die räumliche Wahrnehmung der eigenen Körperausmaße. Die *affektive Komponente* beinhaltet Gefühle, die eine Person hinsichtlich ihres eigenen Körpers empfindet. Hierzu zählt die subjektive Bewertung, die Zufriedenheit mit und das Ausmaß der Akzeptanz des eigenen Körpers. Eng verbunden mit dieser ist die *kognitive Komponente*, denn sie beinhaltet Einstellungen, Gedanken und Vorstellungen, die eine Person bezüglich ihres eigenen Körpers hat. Hierzu kann z.B. das Ausmaß der Bedeutung des eigenen Aussehens gezählt werden. Die *behaviorale Komponente* bezieht sich auf körperbezogene Verhaltensweisen bzw. Umgangsweisen mit dem eigenen Körper (Brunhoeber, 2009; Pöhlmann et al., 2014; Röhrich et al., 2005; Vocks & Legenbauer, 2005).

Der zum Teil synonyme Einsatz unterschiedlicher Begrifflichkeiten in Bezug auf das menschliche Körpererleben führt oftmals zu großer Verwirrung. Meermann (1985) bezeichnet diesen Umstand treffend als „babylonische Sprachverwirrung“ (Küchenhoff & Agarwalla, 2013; Röhrich et al., 2005). Im Jahre 1999 entwickelte sich in Dresden eine Werkstatt zum Thema „Körperbild/Körpererleben – Forschungsmethoden in Diagnostik und Therapie“. Die Arbeitsgruppe, bestehend aus ausgewiesenen Experten mit unterschiedlichen Forschungsschwerpunkten, tagte über einen Zeitraum von zwei Jahren hinweg insgesamt viermalig mit dem Ziel, einen Konsensus zu bilden, um der Sprachverwirrung entgegenzutreten (Küchenhoff & Agarwalla, 2013; Röhrich et al., 2005). Die Arbeitsgruppe lehnte die Verwendung des Terminus Körperbild als Oberbegriff von Beginn an ab, da dieser nach ihrem Verständnis lediglich einen Teilaspekt des körperbezogenen Erlebens umfasst. Sie schlägt vor, sich zunächst auf den Begriff Körpererleben oder Körpererfahrung im globalen, übergeordneten Sinne zu einigen. Ähnlich, wie das bereits vorgestellte, vorherrschende Verständnis des Begriffes Körperbild, wird hiermit ein mehrdimensionales Konstrukt mit unterschiedlichen Teilaspekten beschrieben. In dem 2004 veröffentlichten „Konsensuspapier zur terminologischen

Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens in Forschung und Praxis“ (Röhricht et al., 2005) wird definitorisch Bezug auf diese Teilaspekte des gesamten Körpererlebens genommen. Auch hier werden vier unterschiedliche Komponenten differenziert: Körperbezogene Perzeptionen, körperbezogene Emotionen, körperbezogene Kognitionen und Körperbewusstheit.

Körperbezogene Perzeptionen umfassen das sogenannte Körperschema und das Körperempfinden. Das Körperschema wird inhaltlich beschrieben als die Wahrnehmung von Gestalt und Raum (Ausdehnung und Grenzen) und die Orientierung am Körper. Das Körperempfinden fasst die intero- und exterozeptive Wahrnehmung zusammen. Unter *Körperbezogenen Emotionen* wird der Teilaspekt Körper-Kathexis eingeordnet und umfasst inhaltlich die emotionale Fokussierung auf den Körper, die Körperzufriedenheit, Körperbesetzung, das Ganzheitsempfinden sowie Scham und Stolz. *Körperbezogene Kognitionen* beinhalten den Begriff des Körperbildes. Inhaltlich definiert wird dieser als das formale Wissen, Phantasien, Gedanken, Einstellungen/Bewertungen und Bedeutungszuschreibungen den Körper betreffend. Zum Körperbild gehörend, aber dennoch gesondert betrachtet, wird das Körper-Ich, welches inhaltlich die leibliche Identität und Integrität, die Unterscheidung von Ich/Du, Innen/Außen sowie Bewegungs- und Handlungsinitiationen umfasst. *Körperbewusstheit* wird von der Arbeitsgruppe beschrieben als Gewahrsein der eigenen Leiblichkeit sowie die daraus resultierende, reflektierte Körpererfahrung (Küchenhoff & Agarwalla, 2013; Röhricht et al., 2005). Trotz aller Bemühungen der Arbeitsgruppe um Röhricht hat sich diese sinnvolle begriffliche Abgrenzung bis heute nicht durchgesetzt. Tabelle 1 fasst das verbreitete Verständnis des Oberbegriffs Körperbild und die differenziertere Betrachtung des Körpererlebens durch die Arbeitsgruppe um Röhricht (2005) zusammen.

Tabelle 1: Das Verständnis von "Körperbild" und "Körpererleben"

Körperbild	Körpererleben
Perzeptive Komponente	Körperbezogene Perzeptionen <ul style="list-style-type: none"> • Körperschema • Körperempfinden
Affektive Komponente	Körperbezogene Emotionen <ul style="list-style-type: none"> • Körper-Kathexis
Kognitive Komponente	Körperbezogene Kognitionen <ul style="list-style-type: none"> • Körperbild • Körper-Ich

2.1.1 Körper und Gesellschaft

Ein großer Teil unseres Körpers wie z.B. Vitalität und Aussehen wird durch unsere Gene bestimmt. Die Einstellung zum eigenen Körper wird jedoch zunehmend durch gesellschaftliche Normen geprägt. Vor allem das seit den 1990er Jahren durch die Medien verbreitete Körperleitbild, welches sich vorwiegend über Schlankheit definiert, beeinflusst viele Frauen und Männer in ihrer subjektiven Wahrnehmung des eigenen Körpers. Die weibliche „Idealfigur“ wird immer dünner, der männliche „Idealkörper“ immer muskulöser (Daszkowski, 2003; Pöhlmann et al., 2014; Sack et al., 2002; Schemer, 2007). Die äußere Erscheinung wird zunehmend zur Bewertungsgrundlage innerer Qualitäten einer Person. Schlankheit steht für Leistungsfähigkeit, Attraktivität, Selbstkontrolle und Erfolg. Dicksein drückt Faulheit, Versagen und Schwäche aus. Van den Broek (1988) spricht diesbezüglich von „Bodyismus unserer Kultur“ – der Wert einer Person wird zunehmend an ihrem Körper gemessen. Die Bereitschaft, den eigenen Körper von Außen zu modifizieren, steigt daher zunehmend (Daszkowski, 2003; Pöhlmann & Joraschky, 2006; Pöhlmann et al., 2014).

Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ist ein weit verbreitetes Phänomen. Allem voran, das Gefühl, sich „zu dick“ zu fühlen. Der Wunsch, die Idealnorm von „Size Zero“ zu erreichen, führt zunehmend zu Versuchen, das eigene Gewicht durch Diätverhalten und Sport zu reduzieren. Insbesondere Jugendliche und junge erwachsene Frauen, aber auch Männer sind immer häufiger hiervon betroffenen. Im Rahmen einer repräsentativen Studie von Haffner und Kollegen (2007) mit 5849 Jugendlichen wurden Schüler der 9. Jahrgangsstufe über alle Schultypen hinweg untersucht. Etwa die Hälfte der befragten Mädchen berichteten, sich „zu dick“ zu fühlen, obwohl sie im normalgewichtigen Bereich (Body-Mass-Index, BMI = 17,5-24,5) lagen. Auch 15% der Mädchen mit Untergewicht (BMI < 17,5) teilten dieses Empfinden. Im Vergleich hierzu gaben nur 16,7% der männlichen Befragten an, sich „zu dick“ zu fühlen. Im Allgemeinen waren nur 24% aller Mädchen und 45% aller Jungen mit dem eigenen Aussehen zufrieden (Brunner & Resch, 2015). Es lässt sich deutlich erkennen, dass vor allem bei den Mädchen eine enorme Dis-

krepanz zwischen dem subjektiv empfundenen Körperbild und dem gewünschten Körperbild besteht.

Die persönliche und soziale Bewertung des Körperäußeren sowie der Vergleich mit dem vorherrschenden, irrealen Körperideal kann im Extremfall die Entwicklung von Körperbildstörungen begünstigen. Insbesondere Essstörungen, wie Magersucht (Anorexia Nervosa) und die Ess-/Brechsucht (Bulimia Nervosa) sind hiermit assoziiert. Bei beiden Störungsbildern ist die Angst vor einem dicken Körper der Grund für auffällige Veränderungen des Essverhaltens. Bei Patienten mit Anorexia Nervosa besteht diese Angst als eine tief verwurzelte, überwertige Idee und führt zur Verweigerung einer normalgesunden Ernährung, nicht selten sogar zur vollkommenen Abstinenz (Brunner & Resch, 2015; Dilling & Freyberger, 2012; Legenbauer & Vocks, 2014; Schemer, 2007). Auch bei der Bulimia Nervosa haben die Betroffenen eine ausgeprägte Furcht vor einer Gewichtszunahme. Erkrankte verweigern allerdings nicht die Nahrungsaufnahme, sondern es stehen wiederkehrende, fast zwanghafte Essanfälle im Zentrum, bei denen eine große Menge an Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert wird. Der durchschnittliche Energiegehalt der meist hoch kalorischen und süßen Lebensmittel, der während einer solchen Essattacke aufgenommen wird, liegt zwischen 3000 und 4000 kcal. In der Folge werden kompensatorische Maßnahmen ergriffen, um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken. Hierzu zählen selbstinduziertes Erbrechen, übermäßige körperliche Bewegung, Fastenkuren, Missbrauch von Abführmitteln oder der Gebrauch von Appetitzüglern (Brunner & Resch, 2015; Daszkowski, 2003; Dilling & Freyberger, 2012; Kasten, 2007; Meermann & Borgat, 2006; Pöhlmann & Joraschky, 2006; Pöhlmann et al., 2014).

Nicht allein der Schlankeitswahn hat sich in der westlichen Kultur zunehmend verbreitet. Immer mehr Möglichkeiten existieren, um den eigenen Körper von Außen zu modifizieren. Es handelt sich nicht mehr nur um das tägliche Schminken, Haare färben, Tätowierungen oder Piercings. Neuere sogenannte „Body Modifications“, wie „Sewing“ (Nähte), „Skarifizierungen“ (Schmucknarben) oder „Brandings“ (Brennen) stoßen zunehmend auf Begeisterung in der Bevölkerung. Durch chirurgische Eingriffe können mittlerweile fast alle Wünsche der Körpermodifizierung und -optimierung umgesetzt werden: größere Brüste, eine kleinere Nase, die Verlängerung der Beine. Dieses Phänomen zeigt, dass der Körper als individuell

gestaltbares Objekt gesehen und als Medium der Selbstverwirklichung eingesetzt wird (Daszkowski, 2003; Kasten, 2007; Pöhlmann & Joraschky, 2006; Pöhlmann et al., 2014).

2.1.2 Erfassung des Körperbildes

Die zunehmende Bedeutung des Körpers hat dazu geführt, dass in den letzten Jahren eine Vielzahl von Selbsteinschätzungsverfahren entwickelt wurden, um das subjektive Körpererleben zu erfassen. Im deutschen Sprachraum existieren diesbezüglich bislang drei häufig eingesetzte standardisierte Fragebögen. Alle drei Instrumente erfassen die generellen, situationsübergreifenden Einstellungen einer Person zu ihrem Körper und sind für den Einsatz in klinischen und nicht-klinischen Stichproben konzipiert. Die Verfahren unterscheiden sich in der Anzahl der Dimensionen und ihren Inhalten, der Itemanzahl sowie dem Antwortformat (Pöhlmann et al., 2014; Röhrich, 2009). Im Folgenden werden diese drei unterschiedlichen Methoden zur Erfassung des Körperbildes kurz vorgestellt.

Der Fragebogen zum Körperbild (FKB-20; Clement & Löwe, 1996) wurde zur Erfassung der subjektiven Bewertung des eigenen Körpers entwickelt. Unter Körperbild werden hierbei die kognitiven, affektiven und bewertenden Aspekte des körperlichen Selbstkonzeptes verstanden. Der Fragebogen besteht aus zwei Skalen mit jeweils zehn Items und gibt ein fünfstufiges Antwortformat vor. Die erste Skala, Ablehnende Körperbewertung (AKB), umfasst sowohl die negative Beurteilung der äußeren Erscheinung als auch eine mangelnde Stimmigkeit des Körpererlebens und des Wohlbefindens im eigenen Körper. Die zweite Skala, Vitale Körperdynamik (VKD), umfasst energetische und bewegungsbezogene Aspekte. Sie beschreibt, wie viel körperliche Kraft, Fitness und Gesundheit bei körperintensiven Aktivitäten erlebt werden (Albani et al., 2006; Pöhlmann et al., 2014; Röhrich, 2009; Sack et al., 2002).

Der Fragebogen zur Bewertung des eigenen Körpers (FBeK; Strauß & Richter-Appelt, 1996) besteht aus insgesamt 52 Items. Es lassen sich zwei unterschiedliche Auswertungsalternativen differenzieren. Die ursprüngliche 3-Skalen-Auswertung unterscheidet zwischen Unsicherheit/Missempfinden, Attraktivität/Selbstvertrauen und Akzentuierung des Körpers/Sensibilität. Die revidierte 4-

Skalen-Auswertung differenziert die Dimensionen Unsicherheit/Besorgnis, Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes, Attraktivität/Selbstvertrauen und körperlich-sexuelles Missempfinden.

Mit den Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS; Deusinger, 1998), bestehend aus 64 Items, werden inhaltlich neun unterschiedliche Körperkonzepte erfasst: Gesundheit und körperliches Befinden, Pflege des Körpers, körperliche Effizienz, Körperkontakt, Sexualität, Selbstakzeptanz des Körpers, Akzeptanz des Körpers durch andere, Aspekte der äußeren Erscheinung und Dissimilatorische Körperprozesse (Pöhlmann et al., 2014; Röhricht, 2009).

Auf Basis der hier vorgestellten Instrumente wurde ein weiteres mehrdimensionales Verfahren, der Dresdner Fragebogen zum Körperbild (DKB; Pöhlmann, Thiel & Joraschky, 2007) entwickelt. Das neu entwickelte Instrument wurde innerhalb dieser Studie zur Erhebung der Daten eingesetzt und wird daher im Abschnitt 4 (Methode) näher beschrieben.

2.2 Body Integrity Identity Disorder (BIID)

Das Phänomen Body Integrity Identity Disorder (abgekürzt BIID), auf Deutsch Körperintegritätsidentitätsstörung, trat ins Bewusstsein der Öffentlichkeit als die britische Tageszeitung *The Independent* im Jahr 2000 über einen Chirurgen berichtete, der zwei seiner Patienten ihren größten Wunsch erfüllte. Robert Smith amputierte ihnen jeweils ein gesundes Bein. Eine dritte geplante Operation dieser Art wurde ihm von dem neuen Vorsitzenden der Krankenhausbetreibergesellschaft nach einer Stellungnahme des Ethikkomitees untersagt. Im gleichen Jahr zeigte *BBC* die Dokumentation „Complete Obsession – Body Dismorphia“. Weltweite Debatten in der Medizin und in Ethikkommissionen waren die Folge. Bis heute ist das Wissen über das Störungsbild, die Ursachen sowie erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten sehr begrenzt (Bayne & Levy, 2005; Kasten, 2009; Müller, 2008; Stirn, Thiel & Oddo, 2010).

Money, Jobaris und Furth (1977) verwendeten für das Phänomen erstmalig den Begriff „Apotemnophilia“, wörtlich übersetzt „Liebe zum Abschneiden“. Hiermit wurde ein Syndrom beschrieben, bei dem Personen aufgrund sexueller Erregung

in Verbindung mit Amputationen, den Wunsch entwickeln, selbst amputiert zu sein (Kasten, 2012; Müller, 2008, 2009; Stirn et al., 2010). Die heute gängige Bezeichnung „Body Integrity Identity Disorder“ geht auf die von Michael First (2004) durchgeführte Gruppenstudie „Desire for amputation of a limb; paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder“ zurück. Die Bezeichnung BIID stellt das Phänomen nicht mehr in den Kontext einer Paraphilie, sondern betont den Aspekt der Identitätsstörung. First untersuchte die Motive der Betroffenen für eine Amputation. Etwa zwei Drittel der 52 Befragten gaben diesbezüglich als primären Grund an, dass eine Amputation die Diskrepanz zwischen dem gefühlten inneren Körperbild und dem realen äußeren Körperbild auflösen würde. Der Verlust des als überflüssig empfundenen Körperteils würde zu einem Gefühl der Vervollständigung führen – zur Vervollständigung der wahren Identität. Darüber hinaus wurde von etwa der Hälfte der Befragten ein sexueller Aspekt als sekundäre Motivation genannt. First schlussfolgerte, dass es sich bei BIID nicht um eine wahnhaft oder körperdysmorphe Störung handelt, sondern um eine eigenständige psychische Erkrankung, die am ehesten mit der Geschlechtsidentitätsstörung („Gender Identity Disorder“) zu vergleichen sei. Er setzt sich seither für die Aufnahme von BIID als eigenständiges Störungsbild in die klinisch relevanten Klassifikationssysteme ein, bislang jedoch erfolglos (First, 2004).

Menschen mit BIID können sich mit ihrem unversehrten Körper nicht identifizieren. Sie beschreiben das Gefühl, dass bestimmte Körperteile oder -funktionen nicht zum eigenen Selbst gehören. Betroffene streben einen Zustand an, der von den meisten Menschen gefürchtet wird – sie wünschen sich eine körperliche Behinderung (Kasten, 2009; Kasten, 2012; Sedda & Bottini, 2014; Stirn et al., 2010). Am weitesten verbreitet ist der tiefgreifende Wunsch nach einer Amputation gesunder Gliedmaßen (Blom, Hennekam & Denys, 2012; Stirn et al., 2010). Grundsätzlich kann jede Gliedmaße hiervon betroffen sein, meist bezieht sich der Wunsch jedoch auf das linke Bein (Blanke, Morgenthaler, Brugger & Overney, 2009; First, 2004; Kasten, 2012; Kasten & Stirn, 2009). Nicht selten wird dies sehr pragmatisch begründet; z.B. würde der Verlust des rechten Beines Schwierigkeiten beim Autofahren bereiten (First, 2004; Kasten, 2009). Obwohl der Wunsch über die Zeit von der einen auf die andere Körperseite wechseln kann, können die meisten Betroffenen sehr präzise angeben, wo eine gewünschte Amputationsnaht verlaufen

soll (Kasten, 2009; Kasten & Stirn, 2009; Kasten & Spithaler, 2009; Stirn et al., 2010). Neben dieser häufigsten Form von BIID existieren auch Wünsche nach anderen Arten der Behinderung. Manche Betroffene möchten z.B. querschnittsgelähmt sein, andere wünschen sich, bestimmte Sinne zu verlieren (Kasten, 2012; Stirn et al., 2010). Der Verständlichkeit halber, bezieht sich die Formulierung „Wunsch nach Amputation/Behinderung“ in der weiteren Abhandlung auf alle möglichen Ausprägungen von BIID.

Über die Häufigkeit von BIID besteht bis heute Unklarheit. Angenommen wird, dass es sich um eine relativ hohe Dunkelziffer handelt. In den bisher durchgeführten Studien ist allerdings auffallend, dass Männer deutlich häufiger betroffen sind, als Frauen. Die Ursache hierfür ist jedoch bislang nicht bekannt (Blom et al., 2012; First, 2004; Kröger, 2012; Noll, 2011; Stirn et al., 2010). Die absurde Begeisterung für eine körperliche Behinderung entwickelt sich oftmals mit der ersten Wahrnehmung eines Menschen mit Behinderung. Einige Studien zeigen, dass die meisten BIID-Betroffenen ein solches Schlüsselerlebnis aus ihrer Kindheit sehr detailreich erinnern können. Die Faszination für diese Art der Andersartigkeit steigert sich mit der Zeit und gipfelt in dem Wunsch, selbst mit einem behinderten Körper leben zu wollen. Dieses Begehren verfestigt sich, bleibt nunmehr bestehen und wird mit zunehmendem Alter intensiver (First, 2004; Kasten, 2009; Stirn et al., 2010).

Unterschiedliche Forschungsarbeiten konnten einige Überschneidungen in der Persönlichkeitsstruktur von BIIDlern ausmachen. Charakteristisch sind Zielstrebigkeit, Gewissenhaftigkeit, Selbstbewusstsein und Strukturiertheit sowie das kontinuierliche Streben nach Herausforderungen. Auch das Leben als Mensch mit Handicap wird als Herausforderung gesehen. Betroffene streben in der Regel kein Mitleid an. Sie erhoffen sich vielmehr Einzigartigkeit sowie Bewunderung und Anerkennung für die Fähigkeit als Mensch mit Amputation genauso gut im Leben zurecht zu kommen wie gesunde Personen. Ebendies bewundern sie selbst an Menschen mit Behinderungen (Kasten, 2009; Stirn et al., 2010).

Der tiefgreifende Wunsch nach einer Amputation wird als ein sich aufdrängender, täglich präsenter Gedanke erlebt und führt zu einem immensen Leidensdruck. Betroffene sind sich der Absurdität ihres Verlangens bewusst; sie wissen, dass ihr Wunsch nicht „normal“ ist. Aus Scham und Angst bleiben ihre Gedanken daher

meist ein Leben lang unausgesprochen, was auch die Unklarheiten in Bezug auf die Häufigkeit von BIID erklärt (Kasten, 2009; Kasten, 2012; Stirn et al., 2010). Um mit dem allgegenwärtigen Druck durch BIID umzugehen, imitieren einige Betroffene den ersehnten körperlichen Zustand, was man „pretenden“ nennt. Sie binden sich z.B. ein Bein hoch oder benutzen einen Rollstuhl oder Krücken, um dem gefühlten inneren Körperbild in der Realität näher zu kommen (Blom et al., 2012; Kasten, 2012; Kasten & Stirn, 2009; Stirn et al., 2010). Allein die Vorstellung als Mensch mit Behinderung zu leben, schafft vielen Betroffenen Erleichterung (Stirn et al., 2010).

„Ich laufe fast täglich, so weit es möglich ist, mit hochgebundenem rechten Bein und Krücken, wenn ich viel zu erledigen habe nehme ich meine speziell angefertigte Pretender-Beinbrothese. Ich klappe meinen rechten Unterschenkel hoch und führe dann den gesamten "Stumpf" in den nach Maß gefertigten Prothesenschaft. Ich kann so mit der Prothese laufen wie ein echter Beinamputierter und alles tun. Ich liebe dieses Gefühl mich mit dieser Prothese im Spiegel zu betrachten, ...ein perfektes Körperbild!“

(Aussage eines BIID-Betroffenen aus persönlicher Korrespondenz)

Ein weiterer Faktor, der den Leidensdruck der Betroffenen erhöht, ist das Wissen über die Nichtrealisierbarkeit des Wunsches. In Deutschland ist die Amputation gesunder Gliedmaßen nicht erlaubt. Ob diese jedoch bei Patienten mit BIID ethisch vertretbar sind, ist Thema vieler ethisch-medizinischen Debatten. Müller (2007) lehnt die legale Durchführung solcher Operationen ausdrücklich ab. Sie verweist diesbezüglich auf die bislang geringe Forschungslage zu möglichen Therapieformen und hebt die Irreversibilität solch folgenschwerer Entscheidungen hervor. Andere Forscher hingegen vertreten die Meinung, dass eine Amputation als „Therapie“ durchaus in Erwägung gezogen werden sollte. First, Bayne und Levy betonen, dass Menschen mit BIID nach einer gewünschten Amputation zufriedener sind und die Mehrheit darüber hinaus keine weitere Operation anstrebt. Der Amputationswunsch wird als autonome Entscheidung gewertet und diesen zu erfüllen ist bislang die einzig wirksame Methode der Behandlung. Einige Forscher gehen darüber hinaus und sehen eine Wunsch-Amputation mittlerweile als genauso legitim, wie die heutzutage allgemein akzeptierten Schönheitsoperationen (Bayne & Levy, 2005; First, 2004; Kasten, 2009; Müller, 2008; Ryan, 2009). Noll

untersuchte 2011 in einer Studie 19 amputierte BIID-Betroffene. Keiner der Befragten gab eine Verschlechterung der allgemeinen Lebenssituation durch die freiwillige Amputation an. Bei 78,9% führte der gewünschte Verlust einer Gliedmaße zu einer besseren Identifikation mit dem eigenen Körper. Darüber hinaus veränderte sich das psychische Befinden bei allen Befragten positiv (Noll, 2011). Aufgrund der Nichtrealisierbarkeit versuchen in seltenen Fällen Betroffene eigenständig, zum Beispiel durch risikoreiche Selbstverstümmelungen, den ersehnten körperlichen Zustand zu erreichen. Vereinzelt kommt es auch zu Versuchen, Körperteile durch Trockeneis zu erfrieren, um eine Amputation zu erzwingen (First, 2004; Kasten, 2009; Müller, 2008). Einige Leidtragende lassen die erwünschte Operation letztendlich im Ausland durchführen (Kasten, 2009; Stirn et al., 2010).

2.2.1 Verwandte Erkrankungen und Abgrenzung

Bislang existieren keine einheitlichen Klassifikationskriterien für BIID. Obwohl sich einige Parallelen zu bereits anerkannten psychischen Erkrankungen erkennen lassen, konnte das neuartige Störungsbild nicht eindeutig zu einem dieser zugeordnet werden. Im Folgenden werden kurz die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von BIID und psychotischer Störung, Transsexualität und der körperdysmorphen Störung erläutert.

2.2.1.1 BIID und psychotische Störungen

Mehrere Forscher betonen, dass es sich bei BIID nicht um eine wahnhaftige Störung handelt. Bei psychotischen Patienten kann es zwar in seltensten Fällen zu Selbstamputationen im akuten schizophrenen Schub kommen, bei BIID-Betroffenen jedoch entwickelt sich der Amputationswunsch schon in der Kindheit oder frühen Adoleszenz, intensiviert sich über die Zeit hinweg und bleibt jahrzehntelang bestehen. Auch die von den Betroffenen entwickelten Taktiken im Umgang mit BIID sowie das jahrelange Abwägen von Pro und Contra in Bezug auf die Umsetzung des Wunsches in die Realität sprechen deutlich gegen eine psychotische Erkrankung (First, 2004; Kasten, 2009; Kasten & Spithaler, 2009; Müller, 2008; Stirn et al., 2010).

2.2.1.2 BIID und Transsexualität

First (2004) betont die Ähnlichkeit von BIID zu Transsexualität (Gender Identity Disorder, abgekürzt GID). Es handelt sich bei beiden Störungsbildern grundsätzlich um eine Unzufriedenheit mit der anatomischen Identität. In der Regel bezieht sich der Wunsch bei BIID darauf, einzelne (seltener mehrere) Körperteile amputieren zu lassen. Bei Transsexualität haben die Betroffenen seit frühester Kindheit das Gefühl, in einem Körper mit dem falschen Geschlecht geboren worden zu sein, sodass der Wunsch nach einer Angleichung der primären und sekundären Geschlechtsorgane besteht. Bei beiden Störungen streben die Betroffenen eine operative Veränderung an, mit dem Ziel, das äußere Körperbild mit dem innerlich gefühlten in Einklang zu bringen. In beiden Fällen wird die gewünschte Identität gezielt nachgeahmt: BIIDler „pretenden“, GIDler kleiden sich gegengeschlechtlich. Weitere gemeinsame Merkmale sind die Erstmanifestation in der Kindheit oder frühen Adoleszenz und eine mit der gewünschten Identität verbundene sexuelle Erregung. Aufgrund der genannten Parallelen definiert First analog zu GID als Dysfunktion bei der Entwicklung der Geschlechtsidentität, BIID als Dysfunktion bei der Entwicklung der Körperidentität. Für beide Störungen gilt, dass eine operative Angleichung eine meist erfolgreiche Form der Therapie darstellt (First, 2004; Müller, 2008; Stirn et al., 2010).

2.2.1.3 BIID und Körperdysmorphie Störung

Patienten mit einer körperdysmorphen Störung (Body Dysmorphic Disorder, abgekürzt BDD) glauben zwanghaft, dass ein Teil ihres äußerlichen Erscheinungsbildes unattraktiv, hässlich oder entstellt sei. Der gefühlte Makel ist in der Realität allerdings nur minimal vorhanden oder nicht existent (Brunhoeber, 2009; Ryan, 2009; Stirn et al., 2010). Obwohl grundsätzlich jeder Körperteil betroffen sein kann, beziehen sich die unbegründeten Sorgen meist auf Gesichtsmerkmale, die Haare oder die Haut. Bei Männern können auch die Genitalien, die Körpergröße sowie Brust und Beine im Fokus stehen. Bei Frauen das Gewicht, die Hüften, Beine und Brüste. Die unkontrollierbaren negativen Gedanken beziehen sich zum Teil auch auf mehrere Körperteile gleichzeitig. Menschen mit BDD beschäftigen sich kontinuierlich mit dem vermeintlichen äußerlichen Fehler. Hinzu kommen zeitraubende Bemühungen diesen durch Schminke, Kleidung oder Perücken zu verstecken oder zu korrigieren. Einige Leidtragende nehmen chirurgische Hilfe in An-

spruch, um den eingebildeten Makel zu entfernen. In der Regel ist dieser Versuch jedoch erfolglos; es besteht keine Zufriedenheit mit dem Ergebnis und es werden weitere Operationen angestrebt. Betroffene zeigen meist eine geringe Krankheitseinsicht und beharren mit wahnhafter Intensität darauf, dass ein Teil ihres Aussehens entstellt sei. Im Vergleich zu BDD bezieht sich der Amputationswunsch bei BIID in der Regel auf eine einzige Gliedmaße. Hinzu kommt, dass die als überflüssig empfunden Körperteile nicht als hässlich oder missgestaltet wahrgenommen werden. BIIDler schämen sich nicht für sie – es geht bei ihnen nicht um das Aussehen an sich, sondern um das tiefgreifende Gefühl, bestimmte Körperteile seien nicht zugehörig zur wahren Identität (Müller, 2008; Stirn et al., 2010).

2.2.2 Erklärungsansätze

Die Ursachen für den Wunsch nach einer Amputation gesunder Gliedmaßen sind bislang umstritten. Im Folgenden werden drei unterschiedliche Ansätze vorgestellt, jedoch scheint keiner von ihnen das Störungsbild umfassend erklären zu können. Die Annahme eines umfassenden, multikausalen Erklärungsmodells scheint nötig, um dem komplexen Störungsbild BIID gerecht zu werden.

Aus der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Perspektive stehen zwei Faktoren bei der Erklärung von BIID im Fokus der Aufmerksamkeit: prädisponierende und auslösende Bedingungen in der Kindheit sowie aufrechterhaltende Bedingungen im Erwachsenenalter. Als auslösende Bedingungen gelten frühkindliche Lernerfahrungen und das elterliche Erziehungsverhalten. Wie bereits angeführt, können viele BIID-Betroffene das erste Erlebnis in Zusammenhang mit einem amputierten Menschen sehr detailreich erinnern. Mit dieser Erfahrung verknüpft, sind starke positive Emotionen bis hin zu einer ausgeprägten Begeisterung (Kasten, 2009; Stirn et al., 2010). Die auftretenden positiven Emotionen wirken als positive Verstärker, sodass dieses Ereignis aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Sicht als eine frühe Lernerfahrung gewertet wird. Eine Erklärung hierfür gibt es bislang jedoch nicht. Ebenfalls im Fokus steht das elterliche Erziehungsverhalten, denn oftmals wird von einem eher kalten und nicht liebevollen Elternhaus berichtet. Die mangelnde emotionale Zuwendung und Aufmerksamkeit der Eltern führt zu einem verstärkten kindlichen Verlangen danach. Möglicherweise erkennen die Betroffene

nen schon früh, dass Menschen mit Amputation aufgrund ihrer Andersartigkeit mehr davon erhalten als sie selbst, sodass dieser körperliche Zustand sehr erstrebenswert erscheint (Stirn et al., 2010). Zu den aufrechterhaltenden Bedingungen im Erwachsenenalter gehören unter anderem das Pretending-Verhalten und Amputationsfantasien. Beides verbessert die Stimmung und ist mit positiven Emotionen verbunden. Auch die erhoffte Anerkennung und Bewunderung durch das Umfeld kann durch das Nachahmen des gewünschten körperlichen Zustandes erreicht werden. Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Sicht wertet diese Verhaltensweisen jedoch als problematisch, denn die kurzfristig auftretenden, angenehmen Effekte wirken als positive Verstärker und erhalten das Störungsbild somit langfristig aufrecht (Stirn et al., 2010).

Die psychodynamische Sichtweise fokussiert ebenfalls frühkindliche Erfahrungen bei der Erklärung von BIID. Werden die kindlichen Bedürfnisse nach Nähe, Zuwendung, Anerkennung und Bestätigung nicht befriedigt, entstehen Gefühle der Trauer, Enttäuschung und Wut. Es entwickelt sich eine starke Fixierung auf das eigene Selbst; die Betroffenen beschäftigen sich kontinuierlich mit ihren inneren Verletzungen und den frustrierten Bedürfnissen. Das Streben nach Anerkennung, Liebe, Autonomie und Kontrolle wächst. In der Folge entwickeln sich die für viele BIIDler typischen Strukturanteile der Persönlichkeit, wie zwanghafte oder narzisstische Züge, Perfektionismus oder die kontinuierliche Suche nach Herausforderungen. Auf die vorherrschende Furcht vor Zurückweisung und Ablehnung reagieren einige mit sozialem Rückzug, andere mit wiederkehrenden Versuchen, die eigenen Fähigkeiten unter Beweis zu stellen (Stirn et al., 2010). Unbewusst besteht der Wunsch, der Außenwelt zu zeigen mit welchen innerlichen Verletzungen die Betroffenen zu leben haben. Dies kann jedoch nicht verbalisiert werden. Eine Amputation stellt somit eine mögliche Lösung dar – die inneren Verstümmelungen werden nach außen gekehrt. Andere Menschen würden endlich sehen mit welchen enormen Verletzungen die Betroffenen leben müssen und wie gut sie dennoch ihr Leben meistern. Folglich würde ihnen die lang ersehnte Anerkennung und Bewunderung zuteil werden (Bruno, 1997; Stirn et al., 2010).

BIID manifestiert sich in der Regel in der Kindheit bzw. frühen Adoleszenz. Der neurobiologische Erklärungsansatz geht daher grundsätzlich von einer sehr frühen

neuronalen Prägung aus. Unklar ist bislang, ob eine genetische Prädisposition für den Wunsch bei BIID verantwortlich ist oder ob dieser selbst einen Einfluss auf bestehende Strukturen im Gehirn ausübt (Stirn et al., 2010). Einige Forscher weisen auf die Ähnlichkeit von BIID zu Somatoparaphrenie hin, eine gewöhnlich durch einen Schlaganfall im rechten Parietallappen ausgelöste neurologische Störung. Die Patienten gehen davon aus, dass bestimmte eigene Extremitäten der linken Körperhälfte fremd und nicht zugehörig sind (Kasten, 2012; Müller, 2007; Müller, 2009; Ryan, 2008). Die Mehrheit der BIID-Betroffenen wünscht sich eine Amputation von Gliedmaßen der linken Körperhälfte. Da die linke Körperhälfte in der rechten Gehirnhälfte repräsentiert wird, geht das Team um Ramachandran (2007) ebenfalls von einer (kongenitalen) neuronalen Dysfunktion im rechten Parietallappen aus. In diesem Teil des Gehirns werden unterschiedlichste Informationen verarbeitet, die nötig sind, um ein dynamisches ganzheitliches Körperbild zu konstruieren. Eine Dysfunktion in diesem Areal könne demnach zu einer fehlenden Repräsentation eines oder mehrerer Körperteile im Gehirn führen. Nicht repräsentierte Bereiche können ergo nicht in das Körperschema integriert werden, wodurch sie sich nicht zugehörig oder fremd anfühlen. BIIDler wünschen sich daher eine Amputation mit dem Ziel, eine Übereinstimmung des realen Körpers mit der Repräsentation im Gehirn zu erlangen (Bayne & Levy, 2005; Blanke et al., 2009; Kasten, 2012; Mc Geoch et al., 2011; Müller, 2008; Stirn et al., 2010).

2.3 Amputationen

In Deutschland existiert kein Amputationsregister, wie zum Beispiel in Dänemark, sodass die Angaben der durchgeführten Amputationen pro Jahr nur auf ungefähren Hochrechnungen basieren. Laut der AOK fielen im Jahr 2001 etwas mehr als 44.000 Amputationen der unteren Extremitäten an, Heller und Kollegen (2005) gehen von etwa 55.000 im Jahr 2002 aus. Die *Deutsche Diabetes Gesellschaft* spricht in einer Pressemitteilung aus dem Jahr 2012 von jährlich etwa 60.000 Amputationen der unteren Extremitäten, wovon ca. 40.000 die Folge von Diabetes Mellitus seien (Bak, Müller, Bocker & Smolenski, 2003; Eckardt, 2011; Heller, Günster & Swart, 2005). Bei Menschen unter 50 Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit, amputiert zu werden, bei etwa 2:100.000. Bei Personen über 80 Jahren ver-

hundertfacht sich diese Wahrscheinlichkeit und liegt bei etwa 200:100.000 (Hoffmann, 2013).

Der Begriff Amputation bezieht sich nicht auf ein eigenes Krankheitsbild, sondern beschreibt die unausweichliche Endsituation bei verschiedensten Erkrankungen oder Verletzungen in Form des teilweisen oder vollständigen Verlustes eines Körperteils. Die Gliedmaßen und insbesondere die Beine sind hierbei besonders häufig betroffen. Etwa 70% aller durchgeführten Amputationen sind Folge der Diabetes-Typ2-Erkrankung. Andere häufige Ursachen sind arterielle Verschlusskrankheiten, unfallbedingte Traumata, Tumoren und seltener Fehlbildungen, Vergiftungen oder Infektionen.

Eine Amputation ist ein schwerer Eingriff in das Leben eines Menschen und stellt eine dramatische Veränderung des Körperbildes dar. Neben dem Verlust der körperlichen Integrität, Mobilität und Selbstständigkeit, können sich auch psychische Probleme entwickeln. Selbstwertverlust, Stigmatisierung und soziale Zurückweisung sind weitere Aspekte, die mit einer Amputation einhergehen können (Bak et al., 2003; Eckardt, 2011; Eichhorn-Sens & Vogt, 2006; Hoffmann, 2013; Schulz, 2013; Taeger & Nast-Kolb, 2000). Die Amputation eines kranken oder verletzten Körperteils wird erst dann in Erwägung gezogen, wenn die gesamten Möglichkeiten der Behandlung und Wiederherstellungschirurgie ausgeschöpft sind und keine Aussicht mehr auf die Rettung der Extremität besteht (Eichhorn-Sens & Vogt, 2006; Taeger & Nast-Kolb, 2000). Ist eine Amputation, trotz rekonstruktiver Maßnahmen bis hin zu Replantationen, unumgänglich, so gilt der Grundsatz des maximalen Längenerhalts. Es wird versucht, so viel Gewebe wie möglich zu erhalten; die Amputationshöhe wird soweit wie möglich peripher gewählt. Darüber hinaus wird versucht, einen schmerzfreien, funktionell brauchbaren Stumpf zu schaffen, der im Idealfall prothetisch zu versorgen ist. Allerdings rechtfertigen orthopädie-technische (oder gar ästhetische) Gründe keinesfalls eine höhere Amputationsgrenze als aus chirurgischer Sicht erforderlich. Das Abnehmen eines Körperteils dient zunächst allein der Lebenserhaltung und Funktionswiederherstellung aus medizinischer Sicht (Hoffmann, 2013; List, 2009; Eichhorn-Sens & Vogt, 2006; Probst, 2003; Taeger & Nest-Kolb, 2000).

Bei der Amputation eines Körperteils spielen viele Faktoren eine Rolle, die einen Einfluss auf die langfristige psychosoziale Anpassung ausüben. Nicht nur die Qualität des chirurgischen Eingriffs an sich sowie die medizinische und prothetische Nachversorgung sind entscheidend, sondern auch die Unterstützung bei der psychischen Bewältigung der Probleme, mit denen amputierte Menschen konfrontiert sind. Bei der psychologischen Verarbeitung einer Amputation wird angenommen, dass die Betroffenen einen Trauerprozess durchlaufen, welcher im Allgemeinen drei Phasen umfasst. Diese folgen nicht immer einer chronologischen Reihenfolge, sondern sind abhängig von den akuten individuellen psychosozialen Belastungen und der allgemeinen Lebenssituation des Betroffenen. Es kann auch vorkommen, dass über längere Zeit auf einer Stufe verharrt wird, oder dass sie mehrfach hintereinander durchlaufen werden (Lange & Heuft, 2001; Schulz, 2013).

Die erste Phase wird als Abwehr bezeichnet, in der das belastende Ereignis der Amputation zunächst verdrängt und verleugnet wird. Betroffene fühlen sich in dieser Phase fast wie betäubt, was letztendlich dem Schutz vor psychischer Überforderung dient. In der Phase der Konfrontation wird den Betroffenen die neue Situation bewusst; es findet eine gedankliche und verstandesmäßige Verarbeitung statt. Durch eine Amputation verlieren Betroffene einen Teil ihres Körpers, sodass Gefühle der Trauer, Angst, Panik, Wut und Zorn auftreten können. Innerhalb dieser Phase geht es um die Verstehbarkeit, Bewältigung und Sinngebung des Ereignisses mit dem Ziel einer erfolgreichen Anpassung zur Vorbereitung auf die neue Lebenssituation. Eine gelungene Anpassung zeigt sich in der Annahme und Akzeptanz der Behinderung; der Betroffene hat sich mit den neuen Umständen arrangiert und auf Basis eines neuen Selbstwertgefühls im günstigsten Fall seinen Platz in Familie, Beruf und Gesellschaft erfolgreich (wieder) gefunden (Schulz, 2013; Bundesverband für Menschen mit Arm- oder Beinamputation e.V., 2016). Bei der psychischen Verarbeitung spielt auch die Ursache für die Amputation eine entscheidende Rolle. Ist sie das Ergebnis einer langwierigen schmerzhaften Erkrankung, haben die Betroffenen über einen längeren Zeitraum die Möglichkeit, sich auf das Ereignis vorzubereiten. Zum Teil ist die Situation nach der Amputation dann durch Schmerzfreiheit und eine höhere Funktionalität gekennzeichnet. Das Amputationsereignis wird von einigen (wenigen) Patienten daher auch als „Erlösung“ erlebt. Wird ein Körperteil jedoch zum Beispiel bei einem Unfall direkt abgetrennt, ist keinerlei Vorbereitung darauf möglich. Der unerwartete irreversible Ver-

lust einer Gliedmaße stellt ein schockierendes Erlebnis dar – die psychische Verarbeitung fällt umso schwerer (Lange & Heuft, 2001; Schulz, 2013; Bundesverband für Menschen mit Arm- oder Beinamputation e.V., 2016).

3 Fragestellung

Das in der Gesellschaft vorherrschende Schönheitsideal, welches sich vorwiegend in dem Wunsch von Frauen nach einem schlanken und bei Männern vorwiegend in dem Wunsch nach einem muskulösen Körper darstellt, hat einen zunehmenden Einfluss auf das individuelle Körperbild. Für eine Vielzahl ist der Wunsch nach Entsprechung dieses Ideals erstrebenswert und es wird viel Zeit, Energie und Kraft darin investiert, diesem näher zu kommen. Gesunde Ernährung und körperliche Fitness nehmen einen immer höheren Stellenwert ein. Die Fitnessstudios boomen. Informationen über die neuesten Diäten erfährt man, sobald man im Supermarkt nur auf die Auslage der Zeitschriften guckt. Kalorien- und fettarme Produkte sowie Nahrungsergänzungsmittel überschwemmen den Markt. In manchen Fällen ist die Fixierung auf das vorgegebene Ideal so ausgeprägt, dass sich Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die sich im Extremfall zu psychischen Störungen entwickeln können. Einige Unternehmen, wie zum Beispiel „Dove“, haben bereits Kampagnen unternommen, um gegen das durch die Medien verbreitete unrealistische Ideal anzukämpfen – im Allgemeinen mit wenig Erfolg.

Menschen mit Body Integrity Identity Disorder streben ein ganz anderes äußeres Erscheinungsbild an, als die Mehrzahl der Menschen in der heutigen Zeit. Sie wünschen sich einen physischen Zustand, der in unserer Gesellschaft als körperlich behindert bezeichnet wird. Die Weltgesundheitsorganisation (1948) definiert Gesundheit nicht nur als das Freisein von Krankheit und Gebrechen, sondern als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Menschen mit BIID leben aus medizinischer Sicht in einem intakten, gesunden Körper. Allerdings führt dieser objektiv gesunde Körper zu einem erheblichen psychischen Leiden bei den Betroffenen. Das Gefühl, mit dem eigenen Äußeren nicht zufrieden zu sein, kennt wohl jeder. Doch in der heutigen Zeit gibt es unendlich viele Möglichkeiten den Körper so zu modifizieren, dass man sich in ihm wohlfühlt. Zu betonen sei hier, dass es bei BIID nicht nur um eine Unzufriedenheit mit dem Äußeren geht. Es geht um ein tiefgreifendes Gefühl, sich mit dem eigenen Körper bzw. einzelnen Körperteilen nicht identifizieren zu können, denn sie fühlen sich

nicht zugehörig zum Selbst an. Hieraus resultiert der Wunsch, die entsprechenden Gliedmaßen entfernen zu lassen. Das Erleben des realen Körpers weicht von dem innerlich gefühlten Körperbild stark ab. Das psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität werden hierdurch enorm beeinträchtigt – nach der Definition der WHO (1948) ist „Gesundheit“ hier also nicht gegeben, als anerkannte psychische Erkrankung ist BIID bislang jedoch in keinem klinisch relevanten Klassifikationssystem zu finden.

Interessant ist es daher, das individuelle Körpererleben von BIID-Betroffenen genauer zu beleuchten. Wie erleben sie ihren eigenen Körper? Wie verändert sich das Körperbild, wenn sich die Betroffenen einen amputierten Körper vorstellen? Welche Unterschiede im Körperbild bestehen im Vergleich zu Menschen, die nicht an dieser psychischen Erkrankung leiden? Wie wirkt sich hier die Vorstellung einer Amputation aus? Wie verhält sich das Körperbild im Vergleich zu Menschen, die mit dem von BIIDlern ersehnten, amputierten Körper unfreiwillig leben müssen? Wie fällt das individuelle Körperbild bei BIIDlern aus, die ihren Wunsch in die Realität umsetzen konnten? Was bewirkt die Vorstellung eines gesunden Körpers im Körperbild von (freiwillig) amputierten Menschen?

Um diese Fragen genauer zu untersuchen, wurden die folgenden 12 Hypothesen als Grundlage für diese Forschungsarbeit formuliert:

Hypothese 1: „Das aktuelle Körperbild ist bei gesunden Menschen signifikant positiver als das Körperbild bei der Vorstellung, amputiert zu sein.“

Hypothese 2: „Das aktuelle Körperbild ist bei BIID-Betroffenen signifikant negativer als das Körperbild bei der Vorstellung, amputiert zu sein.“

Hypothese 3: „Das aktuelle Körperbild ist bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant positiver als das Körperbild bei der Vorstellung, gesund zu sein.“

Hypothese 4: „Das aktuelle Körperbild ist bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen signifikant negativer als das Körperbild bei der Vorstellung, gesund zu sein.“

Hypothese 5: „Das aktuelle Körperbild ist bei gesunden Menschen signifikant positiver als bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen.“

Hypothese 6: „Das aktuelle Körperbild ist bei gesunden Menschen signifikant positiver als bei BIID-Betroffenen.“

Hypothese 7: „Das Körperbild mit einer vorgestellten Amputation ist bei gesunden Menschen signifikant negativer als bei BIID-Betroffenen.“

Hypothese 8: „Das aktuelle Körperbild ist bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant positiver als bei gesunden Menschen.“

Hypothese 9: „Das aktuelle Körperbild ist bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant positiver als bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen.“

Hypothese 10: „Das Körperbild bei der Vorstellung, gesund zu sein, ist bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen signifikant positiver als bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen.“

Hypothese 11: „Das aktuelle Körperbild ist bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant positiver als bei nicht amputierten BIID-Betroffenen.“

Hypothese 12: „Das aktuelle Körperbild ist bei BIID-Betroffenen signifikant positiver als bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen.“

4 Methode

4.1 Stichprobe

Insgesamt umfasst die Stichprobe 157 Personen, wovon 80 Personen (51%) weiblich und 77 Personen (49%) männlich sind. Das Durchschnittsalter beträgt 36,12 Jahre ($SD = 13,91$), die jüngste Person ist 17 Jahre und die älteste Person 82 Jahre alt. Die gesamte Stichprobe ($N = 157$) lässt sich unterteilen in 89 gesunde Personen (56%), 53 Menschen mit BIID (34%), 4 Personen mit BIID, die erfolgreich amputiert worden sind (3%) und 11 unfall- oder krankheitsbedingt amputierte Menschen (7%). Im Folgenden werden die einzelnen Gruppen der gesamten Stichprobe genauer beschrieben.

4.1.1 Gesunde Personen

An der Online-Befragung nahmen 89 gesunde Personen teil, worunter im Rahmen dieser Arbeit Menschen verstanden werden, die in einem vollständigen Körper leben und nicht an Body Integrity Identity Disorder leiden. 63 Personen (71%) sind weiblich und 26 Personen (29%) sind männlich. Das Durchschnittsalter liegt bei 29,89 Jahren ($SD = 12,10$), wobei die jüngste Person 18 Jahre und die älteste Person 69 Jahre alt ist. Ein Teilnehmer gab als höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss den Hauptschulabschluss an, drei Personen den Realschulabschluss, acht Personen das Fachabitur und 77 Befragte das Abitur. Vier Personen bejahten die Frage nach einer körperlichen Erkrankung. Jeweils einmal angegeben wurde Hemiparese, Nekrose, Arthrose im oberen Sprunggelenk sowie Schlafapnoe mit Herzrhythmusstörungen. Acht Personen leiden an einer psychischen Erkrankung, meist an einer Depression ($n = 5$). Andere, jeweils einmal genannte Erkrankungen sind Bulimie, Asthma und eine Persönlichkeitsstörung.

4.1.2 BIID-Betroffene

53 Personen mit Body Integrity Identity Disorder beteiligten sich an der Umfrage. 13 Befragte (25%) sind weiblich und 40 Personen (75%) sind männlich. Das Durchschnittsalter liegt bei 44,21 Jahren ($SD = 12,57$), wobei die jüngste Person 17 Jahre und die älteste Person 82 Jahre alt ist. Die jüngste Person gab an, der-

zeit Schülerin zu sein. Drei Personen haben als höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss den Hauptschulabschluss, zehn Personen den Realschulabschluss, 12 Personen das Fachabitur und 27 Personen das Abitur. Sieben Befragte leiden an einer körperlichen Erkrankung. Jeweils einmal angegeben wurde Schwerhörigkeit, Multiple Sklerose, Arthrose, Diabetes, Einschränkung der Gefäßigkeit und ein defektes Knie. Eine Antwort konnte hierbei nicht ausgewertet werden. Sechs Personen bejahten die Frage nach einer psychischen Erkrankung, genannt wurden Depressionen ($n = 3$), Magersucht ($n = 1$) und Tinnitus ($n = 1$). Eine Antwort konnte auch hier aufgrund unsinniger Angaben nicht in die Auswertung einbezogen werden.

4.1.3 BIID-Betroffene mit Amputation

Insgesamt nahmen fünf Personen mit BIID, die ihren ersehnten Zustand in die Realität umgesetzt haben, an der Befragung teil. Vier von ihnen sind Beinamputiert. Eine Person gab an, Orthesen zu tragen, sodass Unklarheit bestand, ob hier wirklich eine Amputation durchgeführt wurde. Der Datensatz dieser Person wurde somit nicht mit in die Auswertung einbezogen. Alle Teilnehmer ($n = 4$) sind männlich. Das Durchschnittsalter liegt bei 45,75 Jahren ($SD = 5,68$), der jüngste Befragte ist 40, die älteste Person 52 Jahre alt. Drei Probanden haben das Abitur, einer den Hauptschulabschluss. Alle Teilnehmer bejahten die Frage nach einer körperlichen Behinderung und verneinten die Frage nach einer psychischen Erkrankung.

4.1.4 Menschen mit Amputation

Insgesamt nahmen 12 Menschen, die unfall- oder krankheitsbedingt amputiert worden sind, an der Befragung teil. Aufgrund nicht auswertbarer Angaben wurden die Daten von einer Person nicht mit einbezogen, sodass sich eine Stichprobe von $n = 11$ ergab. Neun Personen gaben an, Beinamputiert zu sein, zwei von ihnen beidseitig. Zwei Befragte sind Armamputiert. Vier Personen (36%) sind weiblich und sieben Personen (64%) sind männlich. Das Durchschnittsalter liegt bei 44,09 Jahren ($SD = 9,91$). Die jüngste Person ist 26, die älteste Person ist 55 Jahre alt. Ein Teilnehmer gab an, den Hauptschulabschluss gemacht zu haben, drei Personen den Realschulabschluss, drei Befragte das Fachabitur und vier Personen das Abitur. Eine Person gab zusätzlich zu der körperlichen Erkrankung eine psychi-

sche Erkrankung (leichte Depression) an. Im Folgenden bezieht sich die Formulierung „Menschen mit Amputation“ auf die soeben beschriebenen Probanden, die unfall- oder krankheitsbedingt eine Amputation erlebt haben.

4.2 Dresdner Fragebogen zum Körperbild (DKB-43)

Um die Fragestellung empirisch bearbeiten zu können, wurde der von Pöhlmann, Thiel & Joraschky (2007) entwickelte Dresdner Fragebogen zum Körperbild (DKB-43) eingesetzt. Es handelt sich um ein neu entwickeltes mehrdimensionales Verfahren zur Erfassung des Körperbildes. Der Begriff wird hierbei im Sinne von Cash (2004) als „one's body-related self-perceptions and self-attitudes, including thoughts, beliefs, feelings, and behaviours“ (Cash, 2004, S. 1) verstanden. Im Folgenden wird die Entwicklung des DKB-43 kurz erläutert.

4.2.1 Entwicklung des DKB-43

Im ersten Schritt bei der Entwicklung des DKB-43 wurde eine instrumentenübergreifende faktorenanalytische Dimensionsbildung durchgeführt. 271 Personen beantworteten hierzu die drei bereits beschriebenen, häufig eingesetzten Körperbildfragebögen (Fragebogen zum Körperbild, Fragebogen zur Bewertung des eigenen Körpers und Frankfurter Körperkonzeptskalen). Auf Basis des gesamten Itempools dieser drei Selbsteinschätzungsinstrumente, mit insgesamt 103 Aussagen, konnten sieben voneinander unabhängige Faktoren identifiziert werden: Attraktivität, Vitalität, Körperkontakt, Körperhaltung, Erotik, Aussehen und Wohlbefinden.

Inhaltlich an diesen Dimensionen orientiert, wurden 89 neue Aussagen formuliert, die kognitive, affektive und Handlungskomponenten der Einstellungen einer Person zu ihrem Körper ausdrücken. Ziel war es, einen mehrdimensionalen Fragebogen zu entwickeln, der Selbsteinschätzungen dieser Körperselbstkomponenten ökonomisch, reliabel und valide abbildet. Die neu formulierten Items wurden von insgesamt 418 Personen beantwortet: Personen, die regelmäßig im Fitnessstudio trainieren ($n = 100$), von denen ein positives Körperbild erwartet wurde, Medizin- und Psychologiestudenten ($n = 235$) als gesunde Normalstichprobe junger Erwachsener und Patienten mit psychosomatischen Störungen ($n = 83$) als klinische Vergleichsgruppe mit eher negativ erwarteten Körperbildwerten. Die Probanden

sollten anhand einer fünfstufigen Ratingskala (1 „gar nicht“, 2 „kaum“, 3 „teilweise“, 4 „weitgehend“, 5 „völlig“) angeben, in welchem Maße die 89 Aussagen jetzt im Moment auf sie zutrafen. Auf Basis dieser Befragung wurden 30 Items nach psychometrischen und faktorenanalytischen Kriterien als nicht geeignet eingestuft. Eine erneute Analyse der verbleibenden 59 Items führte zur Identifikation von 5 unabhängigen Dimensionen: Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität, Selbsterhöhung/Selbstaufwertung und Körperkontakt.

Über eine letzte Selektion wurden 35 Items ausgewählt, die diese fünf identifizierten Hauptfaktoren des Körperbildes abbilden. Die inhaltliche Überlappung zwischen den fünf Dimensionen ist mit Korrelationen zwischen $r = .37$ (sexuelle Erfüllung und Selbsterhöhung) und $r = .65$ (Vitalität und Selbstakzeptanz) eher gering und alle Skalen weisen sehr gute Reliabilitätswerte auf (Pöhlmann, Thiel & Joraschky, 2008).

Die Skala Vitalität erfasst mit acht Items die subjektiv empfundene körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Die Skala Selbstakzeptanz misst, ebenfalls mit acht Items, die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper. Die Skala Sexualität (oder Sexuelle Erfüllung) beinhaltet sechs Items und bezieht sich auf die Zufriedenheit mit dem eigenen sexuellen Erleben, während die Skala Selbsterhöhung mit sieben Items die Tendenz, den eigenen Körper als attraktiv zu bewerten und sich dementsprechend im sozialen Kontext zu verhalten, erfasst. Die Skala Körperkontakt beinhaltet sechs Items und misst die subjektive Tendenz, körperliche Nähe zu anderen Menschen zu suchen. Eine inhaltliche Weiterentwicklung des DKB-35 enthält zusätzlich die sechste Skala Bedrängte Sexualität. Mit acht weiteren Items werden hiermit negative Aspekte des sexuellen Erlebens, wie Ekel und Bedrohtheit, erfasst. Werte zur internen Konsistenz dieser zusätzlichen Skala fehlen allerdings bislang noch. Tabelle 2 zeigt die Dimensionen und Items der sechs DKB-43-Skalen sowie die Koeffizienten für die interne Konsistenz (soweit vorhanden).

Tabelle 2: Dresdner Fragebogen zum Körperbild (DKB-43): Dimensionen, Items und interne Konsistenzen

Skala	Items

Vitalität	Ich bin körperlich fit.
Cronbachs Alpha = .94	Ich habe viel Energie. Ich bin körperlich leistungsfähig. Ich bin körperlich belastbar und widerstandsfähig. Ich bin häufig körperlich angeschlagen. (-) Mir fehlt es an Spannkraft und Elan. (-) Ich fühle mich körperlich oft schlapp. (-) Ich komme körperlich schnell an meine Grenzen.(-)
Selbstakzeptanz	Ich mag meinen Körper.
Cronbachs Alpha = .93	Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden. Ich zeige meinen Körper gern. Es gibt viele Situationen, in denen ich mit meinem Körper zufrieden bin. Ich wähle meine Kleidung bewusst so, dass sie meinen Körper verbirgt. (-) Ich fühle mich oft in meinem Körper unwohl. (-) Ich wünsche mir einen anderen Körper. (-) Wenn ich etwas an meinem Körper verändern könnte, würde ich es tun. (-)
Sexualität	Ich bin mit meinem sexuellen Erleben sehr zufrieden.
Cronbachs Alpha = .91	Sexualität ist für mich ein wichtiger Lebensbereich. Ich kann sexuelle Situationen ungehemmt genießen. Ich kann meine Sexualität genießen. Meine sexuellen Erfahrungen sind befriedigend für mich. In der Sexualität spüre ich meinen Körper angenehm und intensiv.
Selbsterhöhung	Ich setze meinen Körper ein, um Aufmerksamkeit zu erlangen.
Cronbachs Alpha = .81	Ich finde es angenehm und anregend, wenn jemand mich aufmerksam anschaut. Wenn jemand meinem Körper Aufmerksamkeit schenkt, fühle ich mich aufgewertet.

	<p>Ich stehe gern im Mittelpunkt.</p> <p>Andere Menschen finden mich attraktiv.</p> <p>Mein Körper ist ausdrucksvoll.</p> <p>Ich bewege mich anmutig.</p>
<p>Körperkontakt</p> <p>Cronbachs Alpha = .83</p>	<p>Körperkontakt ist mir wichtig, um Nähe auszudrücken.</p> <p>Ich suche körperliche Nähe und Zärtlichkeit.</p> <p>Ich lasse mich gern in den Arm nehmen.</p> <p>Ich mag es nicht, wenn man mich anfasst. (-)</p> <p>Ich vermeide es bewusst, andere Menschen zu berühren. (-)</p> <p>Körperliche Berührungen lasse ich nur von wenigen Menschen zu. (-)</p>
<p>Bedrängte Sexualität</p>	<p>Ich vermeide sexuelle Situationen, weil die Berührung mir unangenehm ist.</p> <p>Sexuelle Wünsche des anderen bedrängen mich.</p> <p>In sexuellen Situationen spüre ich meinen Körper unangenehm.</p> <p>Sexuelle Berührungen lösen oft Ekel in mir aus.</p> <p>Im sexuellen Kontakt fühle ich mich angespannt und unter Druck.</p> <p>Der Gedanke, mit jemandem Sex zu haben, löst bei mir Widerwillen aus.</p> <p>In sexuellen Situationen kommen negative Gefühle in mir auf.</p> <p>Im sexuellen Kontakt fühle ich mich bedrängt/ausgeliefert.</p>

Anmerkung. (-): negativ gepolte Items.

4.3 Durchführung

Mit Hilfe der speziell für wissenschaftliche Befragungen konzipierten Internetplattform „SosciSurvey“ wurde die Original-Version des DKB-43 in eine Online-Version umgewandelt und auf die hier zu untersuchende Fragestellung angepasst. Die

Befragung von gesunden Menschen erfolgte über soziale Netzwerke, die Befragung von BIID-Betroffenen und Menschen mit Amputation über zwei unterschiedliche Foren: „Forum für Menschen mit BIID und deren Angehörige und Freunde im deutschsprachigen Raum“ (<http://www.forum.biid.ch>) und „Forum für Menschen mit Arm- oder Beinamputation“ (<http://www.osa-forum.de>).

Im ersten Schritt wurden einige demografische Daten erfasst. Neben Geschlecht, Alter, Körpergröße, Gewicht, höchstem allgemeinbildenden Schulabschluss und derzeitiger Beschäftigung wurde auch nach Sport, Diät, Tätowierungen und Piercings sowie körperlichen und psychischen Erkrankungen gefragt. Um das aktuelle Körperbild zu erfassen, wurden die Teilnehmer zunächst dazu angeleitet, die Items auf der vorgegebenen fünfstufigen Antwortskala (1 „gar nicht“, 2 „kaum“, 3 „teilweise“, 4 „weitgehend“, 5 „völlig“) so zu beantworten, wie sie im Augenblick auf sie zutreffen. Im Übergang zu einer erneuten Beantwortung aller 43 Items wurde den Probanden jedoch eine spezielle Anleitung gegeben.

Gesunde Personen und BIID-Betroffene lasen folgenden Einleitungstext:

Bitte schließen Sie nun für einen Augenblick die Augen und lassen folgendes Bild vor Ihrem inneren Auge entstehen: Sie haben vor einiger Zeit durch eine Amputation ein Bein verloren – durch welche Umstände auch immer. Unter dem Eindruck dieser Vorstellung von sich, beantworten Sie nun bitte die folgenden Fragen.

Die präzise Anleitung, sich eine Beinamputation vorzustellen beruht hierbei auf zwei Aspekten: zum einen stellt der Wunsch nach einer Amputation eines Beines die häufigste Form von BIID dar, zum anderen fällt es Menschen umso leichter, sich in eine Situation hineinzusetzen, wenn diese sehr konkret beschrieben ist.

Die BIID-Betroffenen mit Amputation und die Menschen mit Amputation lasen:

Bitte schließen Sie nun für einen Augenblick die Augen und lassen folgendes Bild vor Ihrem inneren Auge entstehen: Ihre Amputation hat nie stattgefunden und Sie leben ohne diese. Unter dem Eindruck dieser Vorstellung von sich, beantworten Sie nun bitte die folgenden Fragen.

Alle Probanden beantworteten den Fragebogen also zweimal hintereinander. Bei der ersten Befragung wurde das aktuelle (reale) Körperbild erfasst. Bei der zweiten Befragung das Körperbild bei der Vorstellung eines anderen physischen Zustandes (amputiert bzw. gesund zu sein).

4.4 Auswertung

Für die Auswertung des Dresdner Fragebogens zum Körperbild wurden zunächst die negativ gepolten Items umgepolt. Obwohl es sich bei dem vorgegebenen Antwortformat um ordinalskalierte Daten handelt, erfolgte die Gesamtauswertung über die Berechnung der jeweiligen Skalenmittelwerte, indem die Itemwerte summiert und durch die Anzahl der Items der Skala dividiert wurden. Der Wertebereich aller sechs Skalen liegt damit zwischen 1 und 5 und beschreibt den Grad der Ausprägung des erfassten Merkmals. Im Gegensatz zu den ursprünglichen fünf Skalen des DKB-35 gelten auf der zusätzlichen Skala Bedrängte Sexualität niedrige Werte als positiv.

Auf Basis einer Befragung von 100 gesunden Personen (keine chronische körperliche Erkrankung, keine körperliche Behinderung, keine psychische Störung) konnten die in Tabelle 3 gezeigten Grenzwerte als Interpretationshilfe der Ergebnisse von den Entwicklern des Dresdner Fragebogens zum Körperbild ermittelt werden. Als klinisch auffällig werden Werte verstanden, die mehr als eine Standardabweichung über oder unter dem Mittelwert der Stichprobe von gesunden Menschen liegen. Die Entwicklung des Dresdner Körperbildfragebogens ist allerdings noch nicht abgeschlossen, sodass bislang nur Grenzwerte für die ursprünglichen fünf Skalen (Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität, Selbsterhöhung, Körperkontakt) vorliegen, für die Skala Bedrängte Sexualität existieren bislang noch keine.

Tabelle 3: DKB-43: Ermittelte Grenzwerte als Interpretationshilfe (Pöhlmann, 2009)

Skala	Mittelwert	Standardabweichung
	<i>M</i>	<i>SD</i>
Vitalität	4.0	1.0
Selbstakzeptanz	3.8	0.6
Sexualität	4.2	0.5
Selbsterhöhung	3.3	0.6
Körperkontakt	3.9	0.6

Nach der Auswertung des Fragebogens wurde untersucht, ob sich signifikante Unterschiede zwischen dem aktuellen Körperbild und dem Körperbild mit einem vorgestellten anderen physischen Zustand (amputiert oder gesund) innerhalb der

einzelnen Gruppen nachweisen lassen. Zur Überprüfung wurde der Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben eingesetzt. Es handelt sich um ein nicht-parametrisches Verfahren bei dem eine Stichprobe, die zweimal getestet wurde, hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz verglichen wird. Um eine Nichtbeachtung kleinerer Differenzen zu verhindern, wurden die in der Auswertung des DKB-43 berechneten Skalenmittelwerte hierbei als Rohwerte eingesetzt. Der Mann-Whitney-U-Test für abhängige Stichproben fand für den direkten Vergleich der Gruppen untereinander Anwendung.

Aufgrund der gerichtet aufgestellten Hypothesen wurden beide Tests jeweils einseitig überprüft und das Signifikanzniveau konventionell auf 5% festgesetzt. Um nicht fälschlicherweise Signifikanzen anzunehmen, wurde im Anschluss die Bonferroni-Korrektur des festgelegten Testniveaus auf 0,83% durchgeführt.

5 Ergebnisse

Zur Überprüfung der aufgestellten Hypothesen werden zunächst die Subgruppen getrennt voneinander betrachtet, bevor im darauf folgenden Schritt die Gruppen untereinander verglichen werden.

5.1 Ergebnisse der einzelnen Gruppen

5.1.1 Gesunde Personen

Die Auswertung des Dresdner Fragebogens zum Körperbild für die gesunden Probanden ist in Tabelle 4 dargestellt. Gezeigt werden die berechneten Mittelwerte und Standardabweichungen für jede Subskala unter der realen Bedingung und unter der Bedingung, sich eine Amputation vorzustellen.

Tabelle 4: DKB-43: Gesunde Personen ($n = 89$)

Skala	Reale Bedingung	Vorstellung, amputiert zu sein
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Vitalität	3.47 (.72)	2.54 (.89)
Selbstakzeptanz	3.22 (.89)	2.20 (.80)
Sexualität	3.84 (.80)	2.90 (.95)
Selbsterhöhung	3.03 (.68)	2.21 (.72)
Körperkontakt	3.94 (.79)	3.38 (.92)
Bedrängte Sexualität	1.55 (.67)	2.59 (.99)

Unter der realen Bedingung ließen sich die Mittelwerte aller fünf Skalen (Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität, Selbsterhöhung und Körperkontakt) in den Grenzbereich für eine gesunde Stichprobe (Tabelle 3) einordnen. Bei der Vorstellung amputiert zu sein, lag der Mittelwert der Skala Körperkontakt ebenfalls im Grenzbereich, die ermittelten Werte der anderen vier Skalen lagen unterhalb. Für die Skala Bedrängte Sexualität existieren bislang keine Grenzwerte, sodass erst im späteren Verlauf auf diese Skala Bezug genommen wird.

Hypothese 1 „Das aktuelle Körperbild ist bei gesunden Menschen signifikant positiver als das Körperbild bei der Vorstellung, amputiert zu sein.“

Die Berechnung des Wilcoxon-Tests erfolgte einseitig auf einem Signifikanzniveau von 5%. Tabelle 5 zeigt die berechneten Ergebnisse in der Übersicht. Bei den gesunden Probanden konnten über alle Skalen hinweg signifikante Unterschiede zwischen dem aktuellen Körperbild und dem Körperbild bei der Vorstellung, amputiert zu sein, nachgewiesen werden:

Der Mittelwert der Skala Vitalität ist unter der realen Bedingung signifikant höher ($M = 3.47$, $SD = .72$) als bei der Vorstellung, amputiert zu sein ($M = 2.54$, $SD = .89$; $z = -7.458$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Selbstakzeptanz ist unter der realen Bedingung signifikant höher ($M = 3.22$, $SD = .89$) als bei der Vorstellung, amputiert zu sein ($M = 2.20$, $SD = .80$; $z = -7.677$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Sexualität ist unter der realen Bedingung signifikant höher ($M = 3.84$, $SD = .80$) als bei der Vorstellung, amputiert zu sein ($M = 2.90$, $SD = .95$; $z = -7.509$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Selbsterhöhung ist unter der realen Bedingung signifikant höher ($M = 3.03$, $SD = .68$) als bei der Vorstellung, amputiert zu sein ($M = 2.21$, $SD = .72$; $z = -7.411$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Körperkontakt ist unter der realen Bedingung signifikant höher ($M = 3.94$, $SD = .79$) als bei der Vorstellung, amputiert zu sein ($M = 3.38$, $SD = .92$; $z = -5.974$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Bedrängte Sexualität ist unter der realen Bedingung signifikant niedriger ($M = 1.55$, $SD = .67$) als bei der Vorstellung, amputiert zu sein ($M = 2.59$, $SD = .99$; $z = -7.403$, $p < .000$).

Tabelle 5: Wilcoxon-Test: Gesunde Personen ($n = 89$)

Skala	z-Wert	p (einseitig)
Vitalität	-7.458 ^a	< .000*
Selbstakzeptanz	-7.677 ^a	< .000*
Sexualität	-7.509 ^a	< .000*
Selbsterhöhung	-7.411 ^a	< .000*
Körperkontakt	-5.974 ^a	< .000*

Bedrängte Sexualität	-7.403 ^b	< .000*
----------------------	---------------------	---------

Anmerkung. a: basiert auf positiven Rängen, b: basiert auf negativen Rängen, *: Signifikanz.

Der Wilcoxon-Test wies auch auf dem korrigierten Signifikanzniveau von $\alpha' = .05/6 = .008$ über alle Skalen hinweg signifikante Unterschiede zwischen dem aktuellen Körperbild und dem Körperbild bei der Vorstellung, amputiert zu sein, nach.

5.1.2 BIID-Betroffene

Die Auswertung des Dresdner Fragebogens zum Körperbild für die befragten BIID-Betroffenen ist in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: DKB-43: BIID-Betroffene ($n = 53$)

Skala	Reale Bedingung	Vorstellung, amputiert zu sein
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Vitalität	3.56 (.82)	4.00 (.68)
Selbstakzeptanz	2.67 (.78)	4.33 (.62)
Sexualität	3.26 (1.0)	4.22 (.90)
Selbsterhöhung	2.82 (.67)	3.53 (.96)
Körperkontakt	3.69 (.80)	4.08 (.69)
Bedrängte Sexualität	1.88 (.96)	1.40 (.70)

Unter der realen Bedingung ließen sich die Mittelwerte der Skalen Vitalität, Selbsterhöhung und Körperkontakt in den Grenzbereich für eine Stichprobe gesunder Personen (Tabelle 3) einordnen, die Mittelwerte der Skalen Selbstakzeptanz und Sexualität lagen unterhalb. Bei der Vorstellung, amputiert zu sein, lagen die Mittelwerte aller Skalen innerhalb des Grenzbereiches für eine gesunde Normalstichprobe.

Hypothese 2: „Das aktuelle Körperbild ist bei BIID-Betroffenen signifikant negativer als das Körperbild bei der Vorstellung, amputiert zu sein.“

Die Berechnung des Wilcoxon-Tests erfolgte einseitig auf einem Signifikanzniveau von 5%. Tabelle 7 zeigt die Ergebnisse in der Übersicht. Bei den BIID-Betroffenen konnten über alle Skalen hinweg signifikante Unterschiede zwischen dem aktuel-

len Körperbild und dem Körperbild bei der Vorstellung, amputiert zu sein, nachgewiesen werden:

Der Mittelwert der Skala Vitalität ist unter der realen Bedingung signifikant niedriger ($M = 3.56$, $SD = .82$) als bei der Vorstellung, amputiert zu sein ($M = 4.00$, $SD = .68$; $z = -4.088$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Selbstakzeptanz ist unter der realen Bedingung signifikant niedriger ($M = 2.67$, $SD = .78$) als bei der Vorstellung, amputiert zu sein ($M = 4.33$, $SD = .62$; $z = -6.118$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Sexualität ist unter der realen Bedingung signifikant niedriger ($M = 3.26$, $SD = 1.0$) als bei der Vorstellung, amputiert zu sein ($M = 4.22$, $SD = .90$; $z = -5.466$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Selbsterhöhung ist unter der realen Bedingung signifikant niedriger ($M = 2.82$, $SD = .67$) als bei der Vorstellung, amputiert zu sein ($M = 3.53$, $SD = .96$; $z = -5.273$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Körperkontakt ist unter der realen Bedingung signifikant niedriger ($M = 3.69$, $SD = .80$) als bei der Vorstellung, amputiert zu sein ($M = 4.08$, $SD = .69$; $z = -4.032$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Bedrängte Sexualität ist unter der realen Bedingung signifikant höher ($M = 1.88$, $SD = .96$) als bei der Vorstellung, amputiert zu sein ($M = 1.40$, $SD = .70$; $z = -4.337$, $p < .000$).

Tabelle 7: Wilcoxon-Test: BIID-Betroffene ($n = 53$)

Skala	z-Wert	p (einseitig)
Vitalität	-4.088 ^b	< .000*
Selbstakzeptanz	-6.118 ^b	< .000*
Sexualität	-5.466 ^b	< .000*
Selbsterhöhung	-5.273 ^b	< .000*
Körperkontakt	-4.032 ^b	< .000*
Bedrängte Sexualität	-4.337 ^a	< .000*

Anmerkung. a: basiert auf positiven Rängen, b: basiert auf negativen Rängen, *: Signifikanz.

Auch auf dem korrigierten Signifikanzniveau von $\alpha' = .05/6 = .008$ konnten über alle Skalen hinweg signifikante Unterschiede zwischen dem aktuellen Körperbild und dem Körperbild bei der Vorstellung, amputiert zu sein, nachgewiesen werden.

5.1.3 BIID-Betroffene mit Amputation

Die Auswertung des Dresdner Fragebogens zum Körperbild für diese Gruppe ist in Tabelle 8 dargestellt. Gezeigt werden die berechneten Mittelwerte und Standardabweichungen für jede Subskala unter der realen Bedingung und unter der Bedingung, sich einen gesunden Körper vorzustellen.

Tabelle 8: DKB-43: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$)

Skala	Reale Bedingung	Vorstellung, gesund zu sein
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Vitalität	4.44 (.33)	3.44 (1.12)
Selbstakzeptanz	4.38 (.44)	2.69 (1.26)
Sexualität	3.83 (.56)	3.08 (1.27)
Selbsterhöhung	3.40 (.24)	2.79 (.55)
Körperkontakt	4.38 (.58)	3.79 (1.30)
Bedrängte Sexualität	1.09 (.12)	2.06 (1.23)

Unter der realen Bedingung ließen sich die Mittelwerte von allen Skalen (Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität, Selbsterhöhung und Körperkontakt) in den Grenzbereich für eine gesunde Stichprobe (Tabelle 3) einordnen. Bei der Vorstellung, einen gesunden Körper zu haben, lagen die Mittelwerte der Skalen Vitalität, Selbsterhöhung und Körperkontakt innerhalb des Grenzbereiches für eine gesunde Stichprobe, die Mittelwerte der anderen beiden Skalen (Selbstakzeptanz und Sexualität) lagen unterhalb des Grenzbereiches.

Hypothese 3: „Das aktuelle Körperbild ist bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant positiver als das Körperbild bei der Vorstellung, gesund zu sein.“

Die Berechnung des Wilcoxon-Tests erfolgte einseitig auf einem Signifikanzniveau von 5%. Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse in der Übersicht. Bei den erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen konnte auf keiner Skala ein signifikanter Unterschied zwischen dem aktuellen Körperbild und dem Körperbild bei der Vorstellung, gesund zu sein, nachgewiesen werden.

Tabelle 9: Wilcoxon-Test: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$)

Skala	z-Wert	p (einseitig)
Vitalität	-1.604 ^a	.125
Selbstakzeptanz	-1.461 ^a	.125
Sexualität	-1.604 ^a	.125
Selbsterhöhung	-1.826 ^a	.063
Körperkontakt	-1.089 ^a	.250
Bedrängte Sexualität	-1.342 ^b	.250

Anmerkung. a: basiert auf positiven Rängen, b: basiert auf negativen Rängen.

5.1.4 Menschen mit Amputation

Die Auswertung des Dresdner Fragebogens zum Körperbild ist in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: DKB-43: Menschen mit Amputation ($n = 11$)

Skala	Reale Bedingung	Vorstellung, gesund zu sein
	M (SD)	M (SD)
Vitalität	3.19 (.90)	4.26 (.40)
Selbstakzeptanz	2.61 (.87)	4.13 (.52)
Sexualität	3.36 (1.12)	4.21 (.51)
Selbsterhöhung	2.40 (.63)	3.64 (.65)
Körperkontakt	3.55 (.74)	3.94 (.39)
Bedrängte Sexualität	1.83 (.77)	1.41 (.48)

Unter der realen Bedingung ließen sich die Mittelwerte der Skalen Vitalität und Körperkontakt in den Grenzbereich für eine Stichprobe Gesunder (Tabelle 3) einordnen, die Werte der anderen drei Skalen (Selbstakzeptanz, Sexualität und Selbsterhöhung) lagen unterhalb. Bei der Vorstellung, einen gesunden Körper zu haben, lagen die Werte aller Skalen (Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität, Selbsterhöhung, Körperkontakt) im Grenzbereich.

Hypothese 4: „Das aktuelle Körperbild ist bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen signifikant negativer als das Körperbild bei der Vorstellung, gesund zu sein.“

Die Berechnung des Wilcoxon-Tests erfolgte einseitig auf einem Signifikanzniveau von 5%. Tabelle 11 zeigt die Ergebnisse in der Übersicht. Bei den befragten Menschen mit Amputation konnte der Wilcoxon-Test auf allen Skalen signifikante Unterschiede zwischen dem aktuellen Körperbild und dem Körperbild bei der Vorstellung, gesund zu sein, nachweisen:

Der Mittelwert der Skala Vitalität ist unter der realen Bedingung signifikant niedriger ($M = 3.19$, $SD = .90$) als bei der Vorstellung, gesund zu sein ($M = 4.26$, $SD = .40$; $z = -2.840$, $p = .001$).

Der Mittelwert der Skala Selbstakzeptanz ist unter der realen Bedingung signifikant niedriger ($M = 2.61$, $SD = .87$) als bei der Vorstellung, gesund zu sein ($M = 4.13$, $SD = .52$; $z = -2.861$, $p = .001$).

Der Mittelwert der Skala Sexualität ist unter der realen Bedingung signifikant niedriger ($M = 3.36$, $SD = 1.12$) als bei der Vorstellung, gesund zu sein ($M = 4.21$, $SD = .51$; $z = -2.654$, $p = .003$).

Der Mittelwert der Skala Selbsterhöhung ist unter der realen Bedingung signifikant niedriger ($M = 2.40$, $SD = .63$) als bei der Vorstellung, gesund zu sein ($M = 3.64$, $SD = .65$; $z = -2.941$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Körperkontakt ist unter der realen Bedingung signifikant niedriger ($M = 3.55$, $SD = .74$) als bei der Vorstellung, gesund zu sein ($M = 3.94$, $SD = .39$; $z = -2.053$, $p = .021$).

Der Mittelwert der Skala Bedrängte Sexualität ist unter der realen Bedingung signifikant höher ($M = 1.83$, $SD = .77$) als bei der Vorstellung, gesund zu sein ($M = 1.41$, $SD = .48$; $z = -2.176$, $p = .016$).

Tabelle 11: Wilcoxon-Test: Menschen mit Amputation ($n = 11$)

Skala	z-Wert	p (einseitig)
Vitalität	-2.840 ^b	.001*
Selbstakzeptanz	-2.861 ^b	.001*
Sexualität	-2.654 ^b	.003*
Selbsterhöhung	-2.941 ^b	.000*
Körperkontakt	-2.053 ^b	.021*
Bedrängte Sexualität	-2.176 ^a	.016*

Anmerkung. a: basiert auf positiven Rängen, b: basiert auf negativen Rängen, *: Signifikanz.

Auf dem korrigierten Signifikanzniveau von $\alpha' = .05/6 = .008$ konnte der Wilcoxon-Test auf den Skalen Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität und Selbsterhöhung einen signifikanten Unterschied nachweisen.

5.2 Vergleich der Gruppen

Für den Vergleich der einzelnen Gruppen untereinander wurde der Mann-Whitney-U-Test für zwei unabhängige Stichproben eingesetzt. Es wurde einseitig auf einem Signifikanzniveau von 5% getestet.

5.2.1 Gesunde Personen und Menschen mit Amputation

Tabelle 12 zeigt die Auswertung des DKB-43 der beiden Gruppen im Vergleich.

Tabelle 12: Vergleich der Mittelwerte: Gesunde Personen ($n = 89$) und Menschen mit Amputation ($n = 11$)

Skala	Gesunde Personen <i>M (SD)</i>		Menschen mit Amputation <i>M (SD)</i>	
	aktuell	Vorstellung, amputiert zu sein	aktuell	Vorstellung, gesund zu sein
Vitalität	3.47 (.72)	2.54 (.89)	3.19 (.90)	4.26 (.40)
Selbstakzeptanz	3.22 (.89)	2.20 (.80)	2.61 (.87)	4.13 (.52)
Sexualität	3.84 (.80)	2.90 (.95)	3.36 (1.12)	4.21 (.51)
Selbsterhöhung	3.03 (.68)	2.21 (.72)	2.40 (.63)	3.64 (.65)
Körperkontakt	3.94 (.79)	3.38 (.92)	3.55 (.74)	3.94 (.39)
Bedrängte Sexualität	1.55 (.67)	2.59 (.99)	1.83 (.77)	1.41 (.48)

Hypothese 5: „Das aktuelle Körperbild ist bei gesunden Menschen signifikant positiver als bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen.“

Der Mann-Whitney-U-Test konnte auf drei der sechs Skalen signifikante Unterschiede in Bezug auf das aktuelle Körperbild zwischen gesunden Personen und Menschen mit Amputation nachweisen:

Der Mittelwert der Skala Selbstakzeptanz ist unter der realen Bedingung bei gesunden Menschen signifikant höher ($M = 3.22$, $SD = .89$) als bei Menschen mit Amputation ($M = 2.61$, $SD = .87$; $z = -2.152$, $p = .016$).

Der Mittelwert der Skala Selbsterhöhung ist unter der realen Bedingung bei gesunden Menschen signifikant höher ($M = 3.03$, $SD = .68$) als bei Menschen mit Amputation ($M = 2.40$, $SD = .63$; $z = -2.867$, $p = .002$).

Der Mittelwert der Skala Körperkontakt ist unter der realen Bedingung bei gesunden Menschen signifikant höher ($M = 3.94$, $SD = .79$) als bei Menschen mit Amputation ($M = 3.55$, $SD = .74$; $z = -1.730$, $p = .042$).

Auf den Skalen Vitalität ($z = -1.260$, $p = .104$), Sexualität ($z = -1.476$, $p = .07$) und Bedrängte Sexualität ($z = -.923$, $p = .178$) konnten keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden. Tabelle 13 zeigt die Ergebnisse in der Übersicht.

Tabelle 13: Mann-Whitney-U-Test: Gesunde Personen ($n = 89$) und Menschen mit Amputation ($n = 11$) unter der realen Bedingung

Skala	<i>U</i>	<i>W</i>	z-Wert	<i>p</i> (einseitig)
Vitalität	375.5	441.5	-1.260	.104
Selbstakzeptanz	294.5	360.5	-2.152	.016*
Sexualität	356.0	422.0	-1.476	.07
Selbsterhöhung	230.0	296.0	-2.867	.002*
Körperkontakt	333.0	399.0	-1.730	.042*
Bedrängte Sexualität	406.5	4411.5	-.923	.178

Anmerkung. *: Signifikanz.

Um nicht fälschlicherweise Signifikanzen anzunehmen, wurde die Bonferroni-Korrektur des Signifikanzniveaus durchgeführt. Auf dem korrigierten Niveau von $\alpha' = .05/6 = .008$ ließ sich auf der Skala Selbsterhöhung ein signifikanter Unterschied zwischen dem aktuellen Körperbild von Gesunden und Menschen mit Amputation nachweisen.

5.2.2 Gesunde Personen und BIID-Betroffene

Tabelle 14 zeigt die Auswertung des DKB-43 der beiden Gruppen im Vergleich.

Tabelle 14: Vergleich der Mittelwerte: Gesunde Personen ($n = 89$) und BIID-Betroffene ($n = 53$)

Skala	Gesunde Personen		BIID-Betroffene	
	<i>M (SD)</i>		<i>M (SD)</i>	
	aktuell	Vorstellung, amputiert zu sein	aktuell	Vorstellung, amputiert zu sein

Vitalität	3.47 (.72)	2.54 (.89)	3.56 (.82)	4.00 (.68)
Selbstakzeptanz	3.22 (.89)	2.20 (.80)	2.67 (.78)	4.33 (.62)
Sexualität	3.84 (.80)	2.90 (.95)	3.26 (1.0)	4.22 (.90)
Selbsterhöhung	3.03 (.68)	2.21 (.72)	2.82 (.67)	3.53 (.96)
Körperkontakt	3.94 (.79)	3.38 (.92)	3.69 (.80)	4.08 (.69)
Bedrängte Sexualität	1.55 (.67)	2.59 (.99)	1.88 (.96)	1.40 (.70)

Hypothese 6: „Das aktuelle Körperbild ist bei gesunden Menschen signifikant positiver als bei BIID-Betroffenen.“

Der Mann-Whitney-U-Test konnte bei dem Vergleich in Bezug auf das aktuelle Körperbild auf fünf der sechs Skalen einen signifikanten Unterschied nachweisen:

Der Mittelwert der Skala Selbstakzeptanz ist unter der realen Bedingung bei gesunden Menschen signifikant höher ($M = 3.22$, $SD = .89$) als bei BIID-Betroffenen ($M = 2.67$, $SD = .78$; $z = -3.874$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Sexualität ist unter der realen Bedingung bei gesunden Menschen signifikant höher ($M = 3.84$, $SD = .80$) als bei BIID-Betroffenen ($M = 3.26$, $SD = 1.0$; $z = -3.433$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Selbsterhöhung ist unter der realen Bedingung bei gesunden Menschen signifikant höher ($M = 3.03$, $SD = .68$) als bei BIID-Betroffenen ($M = 2.82$, $SD = .67$; $z = -1.890$, $p = .029$).

Der Mittelwert der Skala Körperkontakt ist unter der realen Bedingung bei gesunden Menschen signifikant höher ($M = 3.94$, $SD = .79$) als bei BIID-Betroffenen ($M = 3.69$, $SD = .80$; $z = -2.079$, $p = .019$).

Der Mittelwert der Skala Bedrängte Sexualität ist unter der realen Bedingung bei gesunden Menschen signifikant niedriger ($M = 1.55$, $SD = .67$) als bei BIID-Betroffenen ($M = 1.88$, $SD = .96$; $z = -1.801$, $p = .036$).

Auf der Skala Vitalität konnte mit $z = -.928$, $p = .177$ kein signifikanter Unterschied zwischen gesunden Menschen und BIID-Betroffenen gezeigt werden.

Auf dem korrigierten Signifikanzniveau von $\alpha' = .05/6 = .008$ ließen sich zwischen dem aktuellen Körperbild signifikante Unterschiede auf den Skalen Selbstakzeptanz

tanz und Sexualität nachweisen. Tabelle 15 zeigt die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests in der Übersicht.

Tabelle 15: Mann-Whitney-U-Test: Gesunde Personen ($n = 89$) und BIID-Betroffene ($n = 53$) unter der realen Bedingung

Skala	<i>U</i>	<i>W</i>	z-Wert	<i>p</i> (einseitig)
Vitalität	2139	6144	-.928	.177
Selbstakzeptanz	1441	2872	-3.874	.000*
Sexualität	1547	2978	-3.433	.000*
Selbsterhöhung	1912	3343	-1.890	.029*
Körperkontakt	1867	3298	-2.079	.019*
Bedrängte Sexualität	1935	5940	-1.801	.036*

Anmerkung. *: Signifikanz

Hypothese 7: „Das Körperbild mit einer vorgestellten Amputation ist bei gesunden Menschen signifikant negativer als bei BIID-Betroffenen.“

Die gesunden Probanden und die BIID-Betroffenen wurden dazu angeleitet, sich vorzustellen, sie wären beinamputiert. Der Mann-Whitney-U-Test für zwei unabhängige Stichproben konnte über alle Skalen hinweg signifikante Unterschiede in Bezug auf das Körperbild bei der Vorstellung, amputiert zu sein, nachweisen:

Der Mittelwert der Skala Vitalität ist bei der Vorstellung, amputiert zu sein, bei gesunden Menschen signifikant niedriger ($M = 2.54$, $SD = .89$) als bei BIID-Betroffenen ($M = 4.00$, $SD = .68$; $z = -7.941$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Selbstakzeptanz ist bei der Vorstellung, amputiert zu sein, bei gesunden Menschen signifikant niedriger ($M = 2.20$, $SD = .80$) als bei BIID-Betroffenen ($M = 4.33$, $SD = .62$; $z = -9.488$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Sexualität ist bei der Vorstellung, amputiert zu sein, bei gesunden Menschen signifikant niedriger ($M = 2.90$, $SD = .95$) als bei BIID-Betroffenen ($M = 4.22$, $SD = .90$; $z = -7.124$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Selbsterhöhung ist bei der Vorstellung, amputiert zu sein, bei gesunden Menschen signifikant niedriger ($M = 2.21$, $SD = .72$) als bei BIID-Betroffenen ($M = 3.53$, $SD = .96$; $z = -7.191$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Körperkontakt ist bei der Vorstellung, amputiert zu sein, bei gesunden Menschen signifikant niedriger ($M = 3.38$, $SD = .92$) als bei BIID-Betroffenen ($M = 4.08$, $SD = .69$; $z = -4.471$, $p < .000$).

Der Mittelwert der Skala Bedrängte Sexualität ist bei der Vorstellung, amputiert zu sein, bei gesunden Menschen signifikant höher ($M = 2.59$, $SD = .99$) als bei BIID-Betroffenen ($M = 1.40$, $SD = .70$; $z = -6.896$, $p < .000$).

Auch auf dem korrigierten Niveau von $\alpha' = .05/6 = .008$ ließ sich auf allen sechs Skalen ein signifikanter Unterschied zwischen den befragten gesunden Probanden und BIID-Betroffenen in Bezug auf das Körperbild bei der Vorstellung, amputiert zu sein, nachweisen. Tabelle 16 zeigt die Ergebnisse in der Übersicht.

Tabelle 16: Mann-Whitney-U-Test: Gesunde Personen ($n = 89$) und BIID-Betroffene ($n = 53$) bei der Vorstellung, beinamputiert zu sein

Skala	<i>U</i>	<i>W</i>	z-Wert	<i>p</i> (einseitig)
Vitalität	477.5	4482.5	-7.941	< .000*
Selbstakzeptanz	111.5	4116.5	-9.488	< .000*
Sexualität	673.0	4678.0	-7.124	< .000*
Selbsterhöhung	656.0	4661.0	-7.191	< .000*
Körperkontakt	1300.5	5305.5	-4.471	< .000*
Bedrängte Sexualität	735.0	2166.0	-6.896	< .000*

Anmerkung. *: Signifikanz.

5.2.3 BIID-Betroffene mit Amputation und gesunde Personen

Tabelle 17 zeigt die Auswertung des DKB-43 der beiden Gruppen im Vergleich.

Tabelle 17: Vergleich der Mittelwerte: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$) und gesunde Personen ($n = 89$)

Skala	BIID-Betroffene mit Amputation		Gesunde Personen	
	<i>M (SD)</i>		<i>M (SD)</i>	
	aktuell	Vorstellung, gesund zu sein	aktuell	Vorstellung, amputiert zu sein
Vitalität	4.44 (.33)	3.44 (1.12)	3.47 (.72)	2.54 (.89)
Selbstakzeptanz	4.38 (.44)	2.69 (1.26)	3.22 (.89)	2.20 (.80)
Sexualität	3.83 (.56)	3.08 (1.27)	3.84 (.80)	2.90 (.95)
Selbsterhöhung	3.40 (.24)	2.79 (.55)	3.03 (.68)	2.21 (.72)
Körperkontakt	4.38 (.58)	3.79 (1.30)	3.94 (.79)	3.38 (.92)
Bedrängte Sexualität	1.09 (.12)	2.06 (1.23)	1.55 (.67)	2.59 (.99)

Hypothese 8: „Das aktuelle Körperbild ist bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant positiver als bei gesunden Menschen.“

Bei dem Vergleich von BIID-Betroffenen mit Amputation und gesunden Personen unter der realen Bedingung konnten signifikante Unterschiede auf den Skalen Vitalität, Selbstakzeptanz und Bedrängte Sexualität nachgewiesen werden:

Der Mittelwert der Skala Vitalität ist unter der realen Bedingung bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant höher ($M = 4.44$, $SD = .33$) als bei gesunden Menschen ($M = 3.47$, $SD = .72$; $z = -2.696$, $p = .004$).

Der Mittelwert der Skala Selbstakzeptanz ist unter der realen Bedingung bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant höher ($M = 4.38$, $SD = .44$) als bei gesunden Menschen ($M = 3.22$, $SD = .89$; $z = -2.665$, $p = .004$).

Der Mittelwert der Skala Bedrängte Sexualität ist unter der realen Bedingung bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant niedriger ($M = 1.09$, $SD = .12$) als bei gesunden Menschen ($M = 1.55$, $SD = .67$; $z = -1.875$, $p = .031$).

Auf den Skalen Sexualität ($z = -.285$, $p = .388$), Selbsterhöhung ($z = -1.320$, $p = .094$) und Körperkontakt ($z = -1.359$, $p = .087$) ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen BIID-Betroffenen mit Amputation und gesunden Personen nachweisen.

Die Bonferroni-Korrektur des Signifikanzniveaus wurde durchgeführt. Auf dem korrigierten Niveau von $\alpha' = .05/6 = .008$ zeigten sich auf den Skalen Vitalität und Selbstakzeptanz signifikante Unterschiede zwischen BIIDlern mit Amputation und gesunden Personen in Bezug auf das aktuelle Körperbild. Tabelle 18 zeigt die Ergebnisse in der Übersicht.

Tabelle 18: Mann-Whitney-U-Test: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$) und gesunde Personen ($n = 89$) unter der realen Bedingung

Skala	<i>U</i>	<i>W</i>	z-Wert	<i>p</i> (einseitig)
Vitalität	36.0	4041.0	-2.696	.004*
Selbstakzeptanz	37.5	4042.5	-2.665	.004*

Sexualität	163.0	173.0	-.285	.388
Selbsterhöhung	108.5	4113.5	-1.320	.094
Körperkontakt	106.5	4111.5	-1.359	.087
Bedrängte Sexualität	80.0	90.0	-1.875	.031*

Anmerkung. *: Signifikanz.

5.2.4 BIID-Betroffene mit Amputation und Menschen mit Amputation

Tabelle 19 zeigt die Auswertung des DKB-43 der beiden Gruppen im Vergleich.

Tabelle 19: Vergleich der Mittelwerte: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$) und Menschen mit Amputation ($n = 11$)

Skala	BIID-Betroffene mit Amputation		Menschen mit Amputation	
	$M (SD)$		$M (SD)$	
	aktuell	Vorstellung, gesund zu sein	aktuell	Vorstellung, gesund zu sein
Vitalität	4.44 (.33)	3.44 (1.12)	3.19 (.90)	4.26 (.40)
Selbstakzeptanz	4.38 (.44)	2.69 (1.26)	2.61 (.87)	4.13 (.52)
Sexualität	3.83 (.56)	3.08 (1.27)	3.36 (1.12)	4.21 (.51)
Selbsterhöhung	3.40 (.24)	2.79 (.55)	2.40 (.63)	3.64 (.65)
Körperkontakt	4.38 (.58)	3.79 (1.30)	3.55 (.74)	3.94 (.39)
Bedrängte Sexualität	1.09 (.12)	2.06 (1.23)	1.83 (.77)	1.41 (.48)

Hypothese 9: „Das aktuelle Körperbild ist bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant positiver als bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen.“

Der Mann-Whitney-U-Test konnte signifikante Unterschiede zwischen dem aktuellen Körperbild bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen und unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen auf vier der sechs Skalen nachweisen:

Der Mittelwert der Skala Vitalität ist unter der realen Bedingung bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant höher ($M = 4.44$, $SD = .33$) als bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen ($M = 3.19$, $SD = .90$; $U = 5.0$, $p = .012$).

Der Mittelwert der Skala Selbstakzeptanz ist unter der realen Bedingung bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant höher ($M = 4.38$, $SD = .44$) als

bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen ($M = 2.61$, $SD = .87$; $U = 1.5$, $p = .002$).

Der Mittelwert der Skala Selbsterhöhung ist unter der realen Bedingung bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant höher ($M = 3.40$, $SD = .24$) als bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen ($M = 2.40$, $SD = .63$; $U = 2.5$, $p = .004$).

Der Mittelwert der Skala Körperkontakt ist unter der realen Bedingung bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant höher ($M = 4.38$, $SD = .58$) als bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen ($M = 3.55$, $SD = .74$; $U = 6.5$, $p = .023$).

Auf den Skalen Sexualität ($U = 16.5$, $p = .255$) und Bedrängte Sexualität ($U = 10.5$, $p = .070$) konnten keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden.

Auf dem korrigierten Niveau von $\alpha' = .05/6 = .008$ ließen sich auf den Skalen Selbstakzeptanz und Selbsterhöhung signifikante Unterschiede in Bezug auf das aktuelle Körperbild nachweisen. Tabelle 20 zeigt die Ergebnisse in der Übersicht.

Tabelle 20: Mann-Whitney-U-Test: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$) und Menschen mit Amputation ($n = 11$) unter der realen Bedingung

Skala	U	W	z-Wert	p (einseitig)
Vitalität	5.0	71.0	-2.223	.012*
Selbstakzeptanz	1.5	67.5	-2.684	.002*
Sexualität	16.5	82.5	-.719	.255
Selbsterhöhung	2.5	68.5	-2.553	.004*
Körperkontakt	6.5	72.5	-2.053	.023*
Bedrängte Sexualität	10.5	20.5	-1.533	.070

Anmerkung. *: Signifikanz.

Hypothese 10: „Das Körperbild bei der Vorstellung, gesund zu sein, ist bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen signifikant positiver als bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen.“

Die beiden Gruppen wurden dazu angeleitet, sich einen gesunden Körper vorzustellen. Der Mann-Whitney-U-Test konnte hierbei signifikante Unterschiede im Körperbild auf zwei der sechs Skalen zeigen:

Der Mittelwert der Skala Selbstakzeptanz ist bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen bei der Vorstellung, gesund zu sein, signifikant höher ($M = 4.13$, $SD = .52$) als bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen ($M = 2.69$, $SD = 1.26$; $U = 6.0$, $p = .019$).

Der Mittelwert der Skala Selbsterhöhung ist bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen bei der Vorstellung, gesund zu sein, signifikant höher ($M = 3.64$, $SD = .65$) als bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen ($M = 2.79$, $SD = .55$; $U = 7.0$, $p = .028$).

Auf den Skalen Vitalität ($U = 14.0$, $p = .165$), Sexualität ($U = 12.5$, $p = .123$), Körperkontakt ($U = 21.0$, $p = .467$) und Bedrängte Sexualität ($U = 18.0$, $p = .317$) konnten keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden.

Auf dem korrigierten Signifikanzniveau von $\alpha' = .05/6 = .008$ zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Tabelle 21 zeigt die Ergebnisse in der Übersicht.

Tabelle 21: Mann-Whitney-U-Test: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$) und Menschen mit Amputation ($n = 11$) bei der Vorstellung, gesund zu sein

Skala	<i>U</i>	<i>W</i>	z-Wert	<i>p</i> (einseitig)
Vitalität	14.0	24.0	-1.050	.165
Selbstakzeptanz	6.0	16.0	-2.100	.019*
Sexualität	12.5	22.5	-1.249	.123
Selbsterhöhung	7.0	17.0	-1.964	.028*
Körperkontakt	21.0	87.0	-.131	.467
Bedrängte Sexualität	18.0	84.0	-.540	.317

Anmerkung. *: Signifikanz.

5.2.5 BIID-Betroffene mit Amputation und BIID-Betroffene

Tabelle 22 zeigt die Auswertung des DKB-43 der beiden Gruppen im Vergleich.

Tabelle 22: Vergleich der Mittelwerte: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$) und BIID-Betroffene ($n = 53$)

Skala	BIID-Betroffene mit Amputation		BIID-Betroffene	
	<i>M (SD)</i>		<i>M (SD)</i>	
	aktuell	Vorstellung,	aktuell	Vorstellung,

		gesund zu sein		amputiert zu sein
Vitalität	4.44 (.33)	3.44 (1.12)	3.56 (.82)	4.00 (.68)
Selbstakzeptanz	4.38 (.44)	2.69 (1.26)	2.67 (.78)	4.33 (.62)
Sexualität	3.83 (.56)	3.08 (1.27)	3.26 (1.0)	4.22 (.90)
Selbsterhöhung	3.40 (.24)	2.79 (.55)	2.82 (.67)	3.53 (.96)
Körperkontakt	4.38 (.58)	3.79 (1.30)	3.69 (.80)	4.08 (.69)
Bedrängte Sexualität	1.09 (.12)	2.06 (1.23)	1.88 (.96)	1.40 (.70)

Hypothese 11: „Das aktuelle Körperbild ist bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant positiver als bei nicht amputierten BIID-Betroffenen.“

Die Ergebnisse des Vergleichs zwischen den Gruppen unter der realen Bedingung sind in Tabelle 23 dargestellt. Der Mann-Whitney-U-Test zeigte auf fünf der sechs Skalen signifikante Unterschiede:

Der Mittelwert der Skala Vitalität ist unter der realen Bedingung bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant höher ($M = 4.44$, $SD = .33$) als bei nicht amputierten BIID-Betroffenen ($M = 3.56$, $SD = .82$; $z = -2.332$, $p = .010$).

Der Mittelwert der Skala Selbstakzeptanz ist unter der realen Bedingung bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant höher ($M = 4.38$, $SD = .44$) als bei nicht amputierten BIID-Betroffenen ($M = 2.67$, $SD = .78$; $z = -3.129$, $p = .001$).

Der Mittelwert der Skala Selbsterhöhung ist unter der realen Bedingung bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant höher ($M = 3.40$, $SD = .24$) als bei nicht amputierten BIID-Betroffenen ($M = 2.82$, $SD = .67$; $z = -2.120$, $p = .017$).

Der Mittelwert der Skala Körperkontakt ist unter der realen Bedingung bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant höher ($M = 4.38$, $SD = .58$) als bei nicht amputierten BIID-Betroffenen ($M = 3.69$, $SD = .80$; $z = -1.787$, $p = .037$).

Der Mittelwert der Skala Bedrängte Sexualität ist unter der realen Bedingung bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant niedriger ($M = 1.09$, $SD = .12$) als bei nicht amputierten BIID-Betroffenen ($M = 1.88$, $SD = .96$; $z = -2.017$, $p = .022$).

Auf der Skala Sexualität ($z = -1.034$; $p = .151$) konnte kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden.

Tabelle 23: Mann-Whitney-U-Test: BIID-Betroffene mit Amputation ($n = 4$) und BIID-Betroffene ($n = 53$) unter der realen Bedingung

Skala	<i>U</i>	<i>W</i>	z-Wert	<i>p</i> (einseitig)
Vitalität	31.5	1462.5	-2.33	.010*
Selbstakzeptanz	6.0	1437.0	-3.129	.001*
Sexualität	73.0	1504.0	-1.034	.151
Selbsterhöhung	38.5	1469.5	-2.120	.017*
Körperkontakt	49.0	1480.0	-1.787	.037*
Bedrängte Sexualität	42.0	52.0	-2.017	.022*

Anmerkung. *: Signifikanz.

Die Bonferroni-Korrektur des Signifikanzniveaus wurde durchgeführt. Auf dem korrigierten Niveau von $\alpha' = .05/6 = .008$ ließ sich auf der Skala Selbstakzeptanz ein signifikanter Unterschied zwischen dem aktuellen Körperbild von amputierten BIID-Betroffenen und nicht amputierten BIID-Betroffenen nachweisen.

5.2.6 BIID-Betroffene und Menschen mit Amputation

Tabelle 24 zeigt die Auswertung des DKB-43 der beiden Gruppen im Vergleich.

Tabelle 24: Vergleich der Mittelwerte: BIID-Betroffene ($n = 53$) und Menschen mit Amputation ($n = 11$)

Skala	BIID-Betroffene		Menschen mit Amputation	
	<i>M (SD)</i>		<i>M (SD)</i>	
	aktuell	Vorstellung, amputiert zu sein	aktuell	Vorstellung, gesund zu sein
Vitalität	3.56 (.82)	4.00 (.68)	3.19 (.90)	4.26 (.40)
Selbstakzeptanz	2.67 (.78)	4.33 (.62)	2.61 (.87)	4.13 (.52)
Sexualität	3.26 (1.0)	4.22 (.90)	3.36 (1.12)	4.21 (.51)
Selbsterhöhung	2.82 (.67)	3.53 (.96)	2.40 (.63)	3.64 (.65)
Körperkontakt	3.69 (.80)	4.08 (.69)	3.55 (.74)	3.94 (.39)
Bedrängte Sexualität	1.88 (.96)	1.40 (.70)	1.83 (.77)	1.41 (.48)

Hypothese 12: „Das aktuelle Körperbild ist bei BIID-Betroffenen signifikant positiver als bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen.“

Die Ergebnisse des Vergleichs zwischen den Gruppen unter der realen Bedingung sind in Tabelle 25 dargestellt. Der Mann-Whitney-U-Test zeigte auf einer der sechs Skalen einen signifikanten Unterschied:

Der Mittelwert der Skala Selbsterhöhung ist unter der realen Bedingung bei BIID-Betroffenen signifikant höher ($M = 2.82$, $SD = .67$) als bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen ($M = 2.40$, $SD = .63$; $z = -1.947$, $p = .026$).

Auf den Skalen Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität, Körperkontakt und Bedrängte Sexualität konnten keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden.

Tabelle 25: Mann-Whitney-U-Test: BIID-Betroffene ($n = 53$) und Menschen mit Amputation ($n = 11$) unter der realen Bedingung

Skala	<i>U</i>	<i>W</i>	<i>z</i>-Wert	<i>p</i> (einseitig)
Vitalität	201.0	267.0	-1.613	.054
Selbstakzeptanz	273.0	339.0	-.330	.371
Sexualität	282.5	1713.5	-.160	.437
Selbsterhöhung	182.5	248.5	-1.947	.026*
Körperkontakt	250.0	316.0	-.741	.230
Bedrängte Sexualität	291.0	1722.0	-.009	.497

Anmerkung. *: Signifikanz.

Die Bonferroni-Korrektur des Signifikanzniveaus wurde durchgeführt. Auf dem korrigierten Niveau von $\alpha' = .05/6 = .008$ zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen dem aktuellen Körperbild von BIID-Betroffenen und Menschen mit Amputation.

6 Diskussion

Als Hilfe für die Interpretation der Ergebnisse des Fragebogens stehen für die Skalen Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität, Selbsterhöhung und Körperkontakt Grenzwerte für eine gesunde Normalstichprobe zur Verfügung. In Bezug auf das aktuelle Körperbild lassen sich bei den gesunden Probanden die Ergebnisse aller fünf Skalen in diesem Grenzbereich ansiedeln, was dafür spricht, dass die Probanden tatsächlich eine Teilstichprobe gesunder Menschen repräsentieren. Stellen diese sich den Zustand einer Beinamputation vor, so lässt sich nur noch das Ergebnis einer Skala (Körperkontakt) im Normbereich einordnen, die Ergebnisse der anderen vier Skalen fallen niedriger aus. Bei den BIID-Betroffenen verhält sich dies etwas anders: in Bezug auf das aktuelle Körperbild lassen sich die Ergebnisse von drei Skalen (Vitalität, Selbsterhöhung und Körperkontakt) im Normbereich einordnen, die Werte der anderen beiden Skalen (Selbstakzeptanz und Sexualität) liegen unterhalb der Grenze. Bei der Vorstellung, amputiert zu sein, können hingegen die Ergebnisse aller fünf Skalen im Bereich einer Normalstichprobe Gesunder eingeordnet werden. Bei der Gruppe der erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen liegen bei der Erfassung des aktuellen Körperbildes die Ergebnisse aller Skalen innerhalb des Normbereiches. Stellen sich die Probanden dieser Gruppe einen gesunden Körper vor, so können nur noch die Ergebnisse von drei Skalen (Vitalität, Selbsterhöhung und Körperkontakt) in den Normbereich eingeordnet werden, die Ergebnisse der anderen beiden Skalen (Selbstakzeptanz und Sexualität) fallen dann niedriger aus. Bei den Menschen, die unfall- oder krankheitsbedingt amputiert worden sind, liegen in Bezug auf das aktuelle Körperbild die Ergebnisse von nur zwei Skalen (Vitalität und Körperkontakt) innerhalb des Grenzbereiches, die anderen Ergebnisse fallen niedriger aus. Bei der Vorstellung, einen gesunden Körper zu haben, lassen sich hingegen die Werte aller fünf Skalen in den Normbereich einer Stichprobe gesunder Menschen einordnen.

Diese sehr simple Betrachtung der erhobenen Daten auf Basis des Vergleiches mit einer Stichprobe von gesunden Menschen, lässt bereits einige Tendenzen erkennen: Die Vorstellung, amputiert bzw. gesund zu sein, führt zu einer Verände-

rung im Körperbild bei allen befragten Gruppen. Die Werte, die sich in den vorgegebenen Bereich einer Stichprobe Gesunder einordnen lassen, variieren dementsprechend. Die vergleichende Betrachtung der erhobenen Mittelwerte in Bezug auf das aktuelle und das vorgestellte Körperbild innerhalb der unterschiedlichen vier Gruppen lässt ebenfalls einige Veränderungen erkennen, welche die aufgestellten Hypothesen im Allgemeinen zunächst stützen.

In Bezug auf die Gruppe der gesunden Personen kann die Hypothese „Das aktuelle Körperbild ist bei gesunden Menschen signifikant positiver als das Körperbild bei der Vorstellung, amputiert zu sein.“ mit einer sehr geringen Fehlerwahrscheinlichkeit angenommen werden; das aktuelle Körperbild ist auf allen Skalen deutlich positiver, als bei einer vorgestellten Amputation. Dieses Ergebnis verwundert grundsätzlich nicht, denn für Menschen, die in einem gesunden Körper leben und nicht an Body Integrity Identity Disorder leiden, stellt die Amputation eines Körperteils ein mit Furcht verbundenes Ereignis dar. Eine Amputation bedeutet Verlust – Verlust eines Teils des eigenen Körpers und damit einhergehend Verlust des Zustandes „gesund“. Im Allgemeinen ist Verlust mit Angst verbunden; in diesem Zusammenhang wohl die Angst vor Einschränkungen im alltäglichen Leben, vor sozialer Rückweisung und Stigmatisierung, vor Distanzierung vom vorherrschenden Schönheitsideal, vor der Bezeichnung „behindert“. Folglich führt allein die Vorstellung, amputiert zu sein, zu einer deutlich negativen Veränderung im Körperbild.

Die Hypothese „Das aktuelle Körperbild ist bei BIID-Betroffenen signifikant negativer als das Körperbild bei der Vorstellung, amputiert zu sein.“ kann ebenfalls angenommen werden; das aktuelle Körperbild fällt auf allen Skalen negativer aus und verändert sich deutlich mit der Vorstellung einer Amputation. Im Vergleich zu den gesunden Probanden allerdings genau entgegengesetzt: das Körperbild verändert sich durchweg positiv. So unverstänglich und absurd der ausdrückliche Wunsch nach einer Amputation für gesunde Menschen auch sein mag, Personen mit BIID wünschen sich ein Leben lang nichts sehnlicher. Die Amputation eines nicht zum eigenen Selbst gehörenden Körperteils würde die Betroffenen von ihrem Leid durch BIID befreien; ihnen den Körper geben, den sie innerlich spüren. In aller Regel ist die Umsetzung dieses Begehrens jedoch (so gut wie) unmöglich. BIIDler stellen sich daher vermutlich regelmäßig vor, sie wären amputiert – denn

das ist ihr Ziel, so dass diese Vorstellung offenkundig mit einem sehr viel positiveren Körperbild einhergeht, als das Erleben des realen ungewollten Körpers.

Die Überprüfung der Hypothese „Das aktuelle Körperbild ist bei gesunden Menschen signifikant positiver als bei BIID-Betroffenen.“ zeigt, dass die Körperbildwerte von gesunden Probanden auf fünf von sechs Skalen des Fragebogens deutlich positiver sind als die von BIID-Betroffenen. Auf Grund des Wunsches nach Amputation durch BIID ist dieses Ergebnis nicht überraschend. Besonders die Unterschiede in Bezug auf die Aspekte Selbstakzeptanz und Sexualität können mit einer sehr geringen Fehlerwahrscheinlichkeit angenommen werden. Ein statistisch bedeutsamer Unterschied auf der Skala Vitalität konnte nicht gezeigt werden. Möglicherweise könnte dies dadurch begründet sein, dass die eigene körperliche Vitalität etwas objektiver und weniger emotional bewertet wird, als die anderen hier erfassten Aspekte des Körpererlebens. Allerdings stellt das eine reine Vermutung dar. Die Untersuchung der zweiten Hypothese in Bezug auf den Vergleich zwischen gesunden Menschen und BIID-Betroffenen, „Das Körperbild mit einer vorgestellten Amputation ist bei gesunden Menschen signifikant negativer als bei BIID-Betroffenen.“, zeigt ein deutliches Ergebnis; das Körperbild bei der Vorstellung einer Amputation ist bei den gesunden Probanden durchweg negativer als bei den BIID-Betroffenen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das aktuelle Körperbild von gesunden Menschen im Allgemeinen sehr viel positiver ausfällt als das von BIIDLern. Bei der Vorstellung einer Amputation ist es genau andersherum: das Körperbild ist bei den BIID-Betroffenen positiver als das von den gesunden Menschen. Die reine Betrachtung der Mittelwerte zeigt darüber hinaus, dass das imaginierte amputierte Körperbild bei den BIID-Betroffenen positiver ausfällt als das erfasste aktuelle Körperbild von gesunden Personen. Die gefundenen Ergebnisse unterstreichen, dass Menschen mit BIID eine deutliche Diskrepanz zwischen dem realen und dem innerlich gefühlten Körperbild verspüren: ein amputierter Körper entspricht der wahren Identität und wird daher von BIIDLern grundsätzlich positiver bewertet als der eigene unversehrte Körper.

Die Überprüfung der Hypothese: „Das aktuelle Körperbild ist bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen signifikant negativer als das Körperbild

bei der Vorstellung gesund zu sein.“ zeigt signifikante Ergebnisse über alle Skalen hinweg. Besonders die Werte der Skalen Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität und Selbsterhöhung fallen in Bezug auf das aktuelle Körperbild eindeutig negativer aus als bei der Vorstellung, gesund zu sein. Auch dieses Ergebnis ist grundsätzlich nicht verwunderlich: Menschen mit einer Amputation haben einen Teil ihres Körpers irreversibel verloren und gehören gesellschaftlich gesehen zu den Menschen mit Behinderungen. Der unversehrte, gesunde Körper stellt einen nie mehr zu erreichenden Zustand für sie dar. Hinzu kommen die mit einer Amputation verbundenen Einschränkungen im alltäglichen privaten und beruflichen Leben sowie die Reaktionen der sozialen Umwelt als Faktoren, die vermutlich das eigene Körpererleben negativ mit beeinflussen. Der unbeschädigte Körper wird folglich sehr viel positiver bewertet als der eigene versehrte Körper. Ähnlich wie es sich bei den BIID-Betroffenen schon gezeigt hat, lässt auch hier die Betrachtung der Mittelwerte erkennen, dass das vorgestellte (gesunde) Körperbild positiver ausfällt, als das erfasste aktuelle Körperbild von gesunden Menschen. Die Vermutung liegt nahe, dass das Fehlen eines Körperteils einen enorm negativen Einfluss auf das individuelle Körpererleben ausübt. Es wurde daher auch angenommen, dass das Körperbild von gesunden Menschen deutlich positiver ausfällt, als das von Menschen mit Amputation. Die Überprüfung der dazugehörigen Hypothese „Das aktuelle Körperbild ist bei gesunden Menschen signifikant positiver als bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen.“ zeigt allerdings nur auf den Skalen Selbstakzeptanz, Selbsterhöhung und Körperkontakt signifikante Unterschiede. Im Vergleich zeigen Menschen mit einer Amputation hier ein negativeres Erleben, vor allem in Bezug auf die Skala Selbsterhöhung – sie möchten weniger gern im Mittelpunkt stehen und bewerten ihren Körper weniger ausdrucksvoll, die Bewegungen weniger anmutig. Trotz sichtbarer Unterschiede bei der vergleichenden Betrachtung der erhobenen Körperbildwerte beider Gruppen, konnten auf den Skalen Vitalität, Sexualität und Bedrängte Sexualität keine Unterschiede nachgewiesen werden, was allerdings auch den unterschiedlichen Stichprobengrößen zugeschrieben werden könnte.

Eine weitere Annahme war, dass BIID-Betroffene, trotz ihrer psychischen Erkrankung, ein positiveres Körperbild haben müssten als Menschen, die unfreiwillig einen Teil ihres Körpers irreversibel verloren haben. Die Überprüfung der Hypothese

„Das aktuelle Körperbild ist bei BIID-Betroffenen signifikant positiver als bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen.“ zeigte jedoch ein ganz anderes, überraschendes Ergebnis: BIID-Betroffene und Menschen mit Amputation unterscheiden sich nur in Hinblick auf die Skala Selbsterhöhung; die Werte der BIID-Betroffenen sind hier höher. Allerdings sollten die vergleichbar hohen Standardabweichungen beider Gruppen in Bezug auf diese Skala hierbei nicht vernachlässigt werden. Bei einer konservativeren Betrachtung lässt sich schließlich auf keiner Skala ein Unterschied nachweisen. BIID-Betroffene und Menschen mit einer Amputation unterscheiden sich hinsichtlich ihres aktuellen Körpererlebens demnach nicht.

Die Überprüfung der Hypothese „Das aktuelle Körperbild ist bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant positiver als das Körperbild bei der Vorstellung, gesund zu sein.“ zeigt unerwartet keine signifikanten Unterschiede. Es wurde angenommen, dass sich das Körperbild bei BIID-Betroffenen mit Amputation durch die Vorstellung, wieder in einem gesunden Körper zu leben deutlich negativ verändert. Bei der Betrachtung der erhobenen Werte ist ebenso eine Entwicklung auf allen Skalen erkennbar, allerdings konnte dieser Umstand statistisch nicht nachgewiesen werden. Auch die Überprüfung der Hypothese „Das Körperbild bei der Vorstellung gesund zu sein, ist bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen signifikant positiver als bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen.“ zeigt, dass das vorgestellte gesunde Körperbild bei Menschen mit Amputation nur auf den Skalen Selbstakzeptanz und Selbsterhöhung positiver ausfällt. Bei konservativerer Betrachtung lässt sich auf keiner Skala ein Unterschied nachweisen. Auf Basis der Annahme, dass Menschen mit einer Amputation einen gesunden Körper positiver wahrnehmen, erfolgreich amputierte BIIDler dies in der Regel jedoch nicht tun, wurden hier ebenfalls deutlichere Abweichungen erwartet. Mögliche Aspekte, die diesbezüglich einen Einfluss haben könnten, sind sicherlich die bei den amputierten BIID-Betroffenen vergleichbar hohen Standardabweichungen der meisten Körperbildwerte bei der Vorstellung, gesund zu sein sowie die relativ kleine Stichprobe von nur vier Personen. Eine größere Anzahl an Probanden hätte eventuell zu anderen Ergebnissen geführt.

Die Untersuchung der Hypothese „Das aktuelle Körperbild ist bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant positiver als bei gesunden Menschen.“ zeigt eindeutige Unterschiede auf den Skalen Vitalität, Selbstakzeptanz und Bedrängte Sexualität: BIID-Betroffene mit Amputation zeigen hier ein positiveres Erleben. Die Überprüfung der Hypothese „Das aktuelle Körperbild ist bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant positiver als bei unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen.“ kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. Auch hier zeigen die freiwillig amputierten BIID-Betroffenen ein positiveres Erleben auf den Skalen Vitalität und Selbstakzeptanz, darüber hinaus noch auf den Skalen Selbsterhöhung und Körperkontakt. Der Vergleich zwischen BIID-Betroffenen mit und ohne Amputation, „Das aktuelle Körperbild ist bei erfolgreich amputierten BIID-Betroffenen signifikant positiver als bei nicht amputierten BIID-Betroffenen“ zeigt erneut ein positiveres Körperbild bei den amputierten BIIDLern: Die Werte der Skalen Vitalität, Selbstakzeptanz, Selbsterhöhung, Körperkontakt und Bedrängte Sexualität fallen positiver aus.

Zusammenfassend lässt sich hier also feststellen, dass erfolgreich amputierte BIID-Betroffene im Vergleich zu den anderen drei Gruppen immer in gewissen Aspekten ein positiveres Erleben des aktuellen (freiwillig amputierten) Körpers zeigen. Bei übergreifender, konservativer Betrachtung zeigt sich in allen Fällen eine bedeutsame Abweichung in Bezug auf die Skala Selbstakzeptanz. Sicherlich ist hierbei folgender Aspekt von großer Bedeutung: freiwillig amputierte BIID-Betroffene leben in dem Körper, den sie sich immer gewünscht haben. Dies ist bei den meisten Gesunden, den BIIDLern ohne Amputation und den Menschen mit Amputation in der Regel nicht der Fall, so dass der Aspekt der Selbstakzeptanz – der eigene Körper wird gemocht, gerne gezeigt und man ist mit dem eigenen Aussehen zufrieden – bei den BIID-Betroffenen mit Amputation deutlich positiver ausfällt.

Die erhobenen Daten lassen schon auf den ersten Blick einige Tendenzen erkennen, die die aufgestellten Hypothesen zunächst zum größten Teil stützen. Einige konnten eindeutig statistisch nachgewiesen werden, andere nur zum Teil und einige wenige gar nicht. Zu beachten sei allerdings, dass einige Ergebnisse sicherlich durch die teilweise kleinen Stichprobengrößen beeinflusst wurden und womöglich bei einer höheren Anzahl an Probanden anders ausgefallen wären. Zusammen-

fassend lassen die gefundenen Ergebnisse allerdings folgende Schlussfolgerungen in Bezug auf das Störungsbild BIID zu:

Menschen mit BIID erleben ihren gegebenen Körper im Allgemeinen negativer als gesunde Probanden und freiwillig amputierte BIID-Betroffene. Im Vergleich zu unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen lässt sich hierbei kein Unterschied nachweisen. Eine imaginierte Amputation geht einher mit einer nachweislich positiven Veränderungen im Körperbild bei BIIDlern analog der Vorstellung eines gesunden Körpers bei Menschen mit einer Amputation. BIID-Betroffene mit Amputation (wie auch immer sie ihren erwünschten körperlichen Zustand erreicht haben) erleben ihren versehrten Körper in verschiedenen Aspekten positiver als die Vergleichsgruppen – ihre Selbstakzeptanz ist eindeutig am positivsten.

7 Fazit

Die Resonanz und die Reaktionen auf die Befragung, die die Grundlage dieser Forschungsarbeit ist, war in den einzelnen Gruppen der gesamten Stichprobe sehr unterschiedlich. Es hat nur wenige Tage gedauert die Daten von gesunden Personen zu erheben – viele zeigten ein großes Interesse für den Hintergrund dieser doch eher außergewöhnlichen Befragung. Es scheinen in diesem Fall grundsätzlich wenig Schwierigkeiten und Hemmungen zu bestehen, sich mit dem eigenen Körpererleben auseinanderzusetzen. Verwunderlich ist das grundsätzlich nicht, denn im Allgemeinen leben diese Personen in einem vollständigen, funktionsfähigen Körper und haben in der Regel keine mit erheblichem Leid verbundenen, die Identität betreffenden Problematiken mit diesem.

Individuen gehen allerdings sehr unterschiedlich mit dem eigenen Körper um – von erheblicher Vernachlässigung, über Bemühungen, die eigene Gesundheit so gut es geht zu erhalten und zu fördern bis hin zu Bestrebungen das Erscheinungsbild des gegebenen Körpers mit diversen Mitteln und Methoden zu modifizieren und hinsichtlich einer allgemeinen Idealvorstellung zu optimieren. Die physische Unversehrtheit wird in diesem Zusammenhang vorwiegend als selbstverständlich hingenommen oder sogar zum Teil in ihrem grundlegenden Wert missachtet. Ihre eigentliche Bedeutung tritt oftmals erst bei vorübergehenden krankheits- oder verletzungsbedingten Einschränkungen ins Bewusstsein des Einzelnen. Der Gedanke daran, die vollkommene körperliche Funktionsfähigkeit als lebenswichtige Basis verlieren zu können ist verbunden mit großer Angst. Nicht überraschend ist es daher, dass die kognitive Vorstellung eines unvollständigen, amputierten Körpers einen erheblich negativen Einfluss auf das individuelle Körpererleben ausübt.

Mit besonderen Schwierigkeiten verbunden war die Befragung von Menschen, die unfall- oder krankheitsbedingt eine Amputation erlebt haben. Prinzipiell hatten sie vor dem Ereignis, welches zur Amputation führte, die gleichen Ängste vor dem Verlust eines Körperteils wie die gesunden Probanden; auch sie wollten und konn-

ten sich wohl niemals vorstellen eines Tages mit einer Behinderung leben zu müssen. Der versehrte Körper und die Auseinandersetzung mit diesem scheint daher wohl ein sehr sensibles Thema darzustellen. Der Aufruf zur Beteiligung an dieser Studie löste bei einigen Betroffenen sehr emotionale Reaktionen aus, er wurde zunächst sogar scharf verurteilt. Die im Fragebogen gestellten Fragen zum Körperbild und sogar die grundsätzliche Erhebung von demografischen Daten wurden als unverschämt und diskriminierend bezeichnet. Diese ausgeprägten affektiven Reaktionen auf körperbezogene Fragen unterstreichen, dass Menschen mit einer Amputation zum Teil sehr mit ihrem körperlichen Schicksal zu kämpfen haben. Dieser Umstand zeigte sich auch bei der Auswertung der erhobenen Daten: das Körperbild bei der Vorstellung gesund zu sein, fiel deutlich positiver aus als das erfasste Erleben des amputierten Körpers. Aufgrund der extremen Reaktionen, sollte an dieser Stelle betont werden, dass die Auseinandersetzung mit dem Körperbild im Rahmen dieser Studie in keiner Weise die Absicht verfolgt, eine der untersuchten Gruppen von Menschen zu diskriminieren oder bloßzustellen. Das Ziel ist es, das individuelle Körpererleben der unterschiedlichen Probanden, welche zum Teil aus verschiedenen Gründen stark unter ihrer körperlichen Realität leiden, näher zu beleuchten um letztendlich im besten Falle einen Teil zur Aufklärung über das Störungsbild BIID beitragen zu können.

Die Befragung der an BIID leidenden Personen war für diese Arbeit daher von besonderer Wichtigkeit. Viele Betroffene reagieren in der Regel sehr offen und interessiert auf Studien, die sich mit ihrer Erkrankung beschäftigen. Eine Teilnehmerzahl von 53 Personen ist dennoch überraschend hoch und unterstreicht die Notwendigkeit weiterer Forschung auf diesem Gebiet – BIIDler suchen Hilfe, denn ihr Leidensdruck ist immens.

„[...] alles was dazu beiträgt BIID besser zu verstehen hilft uns... Und macht vielleicht einmal eine legale Operation für uns möglich..! [...]“

(Aussage eines BIID-Betroffenen aus persönlicher Korrespondenz)

Die vergleichbar kleine Anzahl erfolgreich amputierter BIIDler, die an dieser Arbeit mitgewirkt haben, lässt sich wohl durch zwei Aspekte erklären. Zum einen sind diese Personen nach der Umsetzung ihres Wunsches häufig nicht mehr in Online-Selbsthilfeforen aktiv, sondern distanzieren sich sogar eher von der „BIID-Szene“. Zum anderen ist nicht bekannt, wie viele BIID-Betroffene sich überhaupt freiwillig

und unter welchen Umständen haben amputieren lassen. Hierbei spielt vermutlich ebenfalls ein gewisser Geheimhaltungsdruck eine entscheidende Rolle. Schon der Wunsch an sich bleibt in vielen Fällen aus Scham und Angst unausgesprochen. Wie verhält es sich also, wenn dieser Wunsch, auf welchem Wege auch immer, letztendlich in die Realität umgesetzt wird? Es kann angenommen werden, dass auch dieser Weg von einigen BIIDlern nicht selten ganz allein und insgeheim beschritten wird. Umso erfreulicher war es daher, dass doch einige von ihnen mit dieser Befragung erreicht werden konnten.

Von BIID betroffene Menschen kennen die Ursachen und Hintergründe für ihren Wunsch nach Amputation selbst nicht und auch die Forschung konnte in Bezug auf diese Fragen bis heute keine allgemeingültigen Antworten finden. Tatsache ist, dass Betroffene nicht einfach nur unzufrieden sind in ihrem vollständigen, gesunden Körper. Sie wünschen sich, ein Mensch mit Behinderung zu sein – ihr Individualbedürfnis unterscheidet sich somit stark von allgemein geltenden gesellschaftlichen Konventionen, was auch bei der Auswertung der Daten deutlich wurde: Das Körperbild von gesunden Probanden verändert sich durch die Vorstellung einer Amputation stark ins Negative. Bei den BIIDlern verhält es sich entgegengesetzt; das fantasierte amputierte Körperbild fällt erheblich positiver aus.

Für die meisten Menschen ist die Vorstellung einen vollständigen, funktionierenden Körper ohne medizinischen Grund zu „verstümmeln“, absurd und abschreckend. Es ist für sie kaum nachvollziehbar, dass BIID-Betroffene sich in ihrem intakten Körper krank fühlen und durch die Amputation einer Gliedmaße gesund werden möchten. So unverständlich der Wunsch nach Behinderung für andere Menschen auch sein mag – er ist existent und führt bei den Betroffenen zu hohem Leidensdruck. Trotz allem sind Unverständnis, Ablehnung und Verurteilung bis heute weit verbreitete Reaktionen auf das erkrankungsbedingte Begehren von BIIDlern.

Bei BIID handelt es sich um eine psychische Erkrankung und sie darf in der öffentlichen Meinung nicht als absurde Perversion abgetan werden. Der Vergleich mit der Geschlechtsidentitätsstörung, verstanden als eine Dysfunktion der Entwicklung der Geschlechtsidentität bringt den Kernaspekt von BIID als Krankheit auf den Punkt: es handelt sich um eine Dysfunktion bei der Entwicklung der Körperidentität. Im Gegensatz zur Transsexualität, ist BIID allerdings bislang nicht als

eigenständige psychische Erkrankung anerkannt und somit auch nicht in den gängigen Klassifikationssystemen aufgelistet. Menschen mit diagnostizierter Geschlechtsidentitätsstörung ist es heutzutage möglich, den Körper durch chirurgische und hormonelle Behandlungen dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen. BIID-Betroffenen ist die Angleichung des realen Körpers an das innerlich gefühlte, amputierte Körperbild jedoch unmöglich. Allgemeine Vorstellungen von Gesundheit, moralisch-ethische Konventionen sowie juristische Vorgaben verbieten ihnen die Amputation gesunder Gliedmaßen. Diese Tatsache erhöht den Leidensdruck und führt in seltenen Fällen zu risikoreichen Versuchen, den erwünschten Zustand selbst herbeizuführen oder diesen auf anderem Wege zu erreichen.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie man ein erfülltes, glückliches Leben führen soll, wenn der größte mit Leiden verbundene Wunsch niemals in Erfüllung gehen kann? Vor allem, wenn sich dieser Wunsch auf den eigenen Körper bezieht, der einen Teil der Identität eines Individuums ausmacht. Jeder Mensch hat Wünsche und Begehren, jedoch ist die Nichterfüllung in der Regel nicht mit so großer Verzweiflung und Qualen verbunden, die im Extremfall zu Suizidgedanken führen können. Mit ausreichend finanziellen Mitteln kann, in Bezug auf das eigene Äußere, heutzutage fast alles an die eigenen Vorstellungen angepasst werden. Auch individuelle, zum Teil absurde Wünsche können realisiert werden. Zu betonen ist an dieser Stelle, dass hierbei immer mehr Maßnahmen ergriffen werden, die mit einer erheblichen Verletzung des gesunden Körpers einhergehen können: Knochen werden gezielt gebrochen, die Haut wird absichtlich verbrannt – Schmerzen werden zugelassen und ertragen. Dennoch sind diese Eingriffe weit verbreitet und finden zunehmend gesellschaftliche Anerkennung. In der Regel steht hierbei aber lediglich im Fokus, das eigene Aussehen einem allgemein anerkannten und oftmals internalisiertem Schönheitsideal näher zu bringen oder gewisse Trends der heutigen Zeit mitzumachen, nicht aber einem Menschen das Leben mit der innerlich empfundenen, wahren Identität zu ermöglichen.

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei Body Integrity Identity Disorder um eine Störung in Bezug auf die Identifikation mit dem eigenen Körper (bzw. mit einzelnen Körperteilen) handelt, ist es nicht verwunderlich, dass sich das individuelle Körpererleben von Betroffenen im Vergleich zu gesunden Probanden unterschei-

det: es ist im Allgemeinen deutlich negativer und verändert sich durch eine vorgestellte Amputation signifikant positiv. Zu betonen sei an dieser Stelle erneut, dass das vorgestellte amputierte Körperbild der BIIDler sichtlich positiver ausfällt als das erfasste aktuelle Körpererleben gesunder Menschen. Im Rahmen dieser Arbeit konnte weiterhin nachgewiesen werden, dass erfolgreich amputierte BIIDler in Bezug auf ihren aktuellen (freiwillig amputierten) Körper in einigen Aspekten ein auffallend positiveres Erleben zeigen, als die anderen untersuchten Gruppen von Menschen. Im Vergleich zu nicht amputierten BIID-Betroffenen zeigen sie ein positiveres Körperbild auf fünf von sechs Skalen. Im Vergleich zu Menschen mit einer Amputation auf vier von sechs Skalen und im Vergleich zu den gesunden Befragten immer noch auf drei von sechs Skalen. Der Aspekt der Selbstakzeptanz, der die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper beschreibt, nimmt hierbei eine bedeutende Rolle ein: freiwillig amputierte BIID-Betroffene zeigen hier grundsätzlich deutlich höhere Werte, als alle anderen untersuchten Gruppen. Zusammenfassend lassen die gefunden Ergebnisse also die Schlussfolgerung zu, dass erfolgreiche BIID-Betroffene ihren freiwillig amputierten Körper im Allgemeinen sehr positiv erleben – zufriedener mit ihm sind, als die anderen hier untersuchten Gruppen von Menschen.

Das hingegen allgemein negativere Körpererleben von nicht amputierten BIID-Betroffenen wird durch den Vergleich mit unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen umso deutlicher. Es wurde angenommen, dass BIIDler, trotz ihres Wunsches, ein positiveres Körpererleben zeigen müssten, als Menschen, die unfreiwillig und irreversibel einen Teil ihres Körpers verloren haben. Diese Vermutung konnte im Rahmen dieser Arbeit allerdings nicht nachgewiesen werden: beide Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihres aktuellen Körperbildes nicht. Der eigene vollständige Körper wird von BIID-Betroffenen demnach in ähnlich negativer Weise erlebt, wie der unvollständige, versehrte Körper von Menschen mit Amputation. Die Vorstellung einer Amputation führt bei BIIDlern zu einem deutlich positiveren Körperbild analog der Vorstellung eines gesunden Körpers bei Befragten mit Amputation. Diese Erkenntnis ist überraschend und erschreckend zugleich, denn es rechtfertigt die Schlussfolgerung, dass ein Leben mit einem amputierten Körper für BIID-Betroffene in ähnlichem Ausmaß erstrebenswert ist, wie ein Leben

mit einem vollständigen Körper für Menschen, die unfall- oder krankheitsbedingt eine Amputation durchleben mussten.

Zusammenfassend konnte diese Arbeit nachweisen, dass BIID-Betroffene offensichtlich durch ihre Erkrankung und dem damit einhergehenden Wunsch nach einer Amputation deutlich negativ in ihrem subjektiven Körpererleben beeinflusst werden. Dies geht sogar so weit, dass sich das aktuelle Körperbild von BIIDlern nicht von dem Körperbild von Menschen unterscheidet, die als unausweichliche Folge eines Unfalls oder einer Krankheit einen Körperteil für immer verlieren mussten. Die offensichtlich bestehende Diskrepanz zwischen dem innerlich gefühlten und dem äußeren realen Körperbild beeinträchtigt BIID-Betroffene in ihrem alltäglichen Leben. In der heutigen Zeit wird der Körper als wichtige Komponente der Identität eines Individuums verstanden und er gewinnt in diesem Zusammenhang zunehmend an Bedeutung. Das individuelle Erleben des eigenen Körpers spielt daher eine entscheidende Rolle, denn es beeinflusst das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Menschen. Beides sind Aspekte, denen heutzutage im Zuge der allgemein verbreiteten Vorstellung von Gesundheit eine enorme Bedeutung zugeschrieben wird. BIID-Betroffene haben nachweislich ein negativeres Körperbild als gesunde Probanden und allein die Vorstellung einer Amputation hat einen enorm positiven Einfluss. Hinzu kommt das auffallend positivere Körpererleben in einigen Aspekten von BIID-Betroffenen, die ihren Wunsch erfolgreich realisieren konnten.

Es ist hier durchaus die Frage berechtigt, was eine höhere Bedeutung hat: in einem Körper zu leben, der die allgemeine Vorstellung von Gesundheit im Sinne der Vollständigkeit erfüllt, oder das individuelle Körpererleben, auch wenn dieses mit einer „Verstümmelung“ des intakten Körpers verbunden ist?

Abschließend stellt sich die weitere Frage, welche Erkenntnisse über BIID eigentlich noch erbracht werden müssen, um diese schwere psychische Störung als eigenständige Erkrankung anzuerkennen. Die Ursachen sind unklar. Vorhandene Erklärungsansätze beruhen auf Annahmen und Vermutungen. Es konnte wiederholt gezeigt werden, dass es sich bei dem Wunsch nach Amputation keinesfalls um eine vorübergehende, überwertige Idee handelt. Schon in der Kindheit zeigen sich Anzeichen, der Wunsch manifestiert sich spätestens in der frühen Adoles-

zenz, bleibt ein Leben lang bestehen und intensiviert sich über die Zeit. Bisherige Studien haben gezeigt, dass amputierte BIID-Betroffene in gewisser Weise durch die Realisierung ihres Wunsches „geheilt“ werden konnten. Die gewünschte Amputation führte zu einer besseren Identifikation mit dem eigenen Körper und das psychische Wohlbefinden veränderte sich bei allen positiv. Auch die in dieser Forschungsarbeit gefundenen Ergebnisse in Bezug auf BIID-Betroffene mit Amputation – das zum Teil durchaus positivere Körpererleben – sprechen hierfür.

Die Debatte über die Legalisierung von Amputationen gesunder Gliedmaßen darf daher nicht abgebrochen werden. Einerseits wissen die Betroffenen, dass es wohl niemals zu einer Legalisierung kommt, jedoch schöpfen manche schon Hoffnung aus der bestehenden Diskussion. Es gibt eine Fülle von Argumenten für und gegen eine legale, geregelte chirurgische Amputation. Letztendlich fehlen Langzeitstudien, die beweisen, dass die Realisierung des Wunsches dauerhaft Zufriedenheit verschafft, dass sich über die Zeit keine weiteren Amputationswünsche entwickeln oder die wunschamputierten Personen ihre Entscheidung irgendwann zu tiefst bereuen. Nach derzeitigem Forschungsstand existieren aber auch keine anderen wirksamen Formen der Behandlung, um Menschen mit BIID zu helfen. Sie leiden unter ihrem gegebenen Körper, erleben ihn negativ. Allein die Vorstellung einer Amputation beeinflusst das individuelle Körperbild der Betroffenen extrem positiv: das primäre Ziel ist und bleibt die Realisierung der erwünschten Behinderung – die Angleichung des realen Körpers an den innerlich gefühlten Körper. Die Realisierung dieses Wunsches scheint bislang die einzig erfolgreiche Form der Behandlung darzustellen.

Quellenverzeichnis

- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Daig, I., Schmutzer, G., Bailer, H., Grulke, N., Brähler, E. (2006). Überprüfung und Normierung des „Fragebogen zum Körperbild“ (FKB-20) von Clement und Löwe (1996) an einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, 99-109.
- Bak, P., Müller, W.-D., Bocker, B., Smolenski, U. (2003). Veränderungen des allgemeinen Gesundheitszustandes und der funktionellen Unabhängigkeit bei Patienten nach Amputationen der unteren Extremität und stationärer Rehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 13 (6), 345-353. DOI: 10.1055/s-2003-45435.
- Bayne, T., Levy, N. (2005). Amputees By Choice: Body Integrity Identity Disorder and the Ethics of Amputation. *Journal of Applied Philosophy*, 22 (1), 75-86.
- 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 limb amputation. *Journal of Neuropsychology*, 3, 181-200.
- Blom, R., Hennekam, R., Denys, D. (2012). Body Integrity Identity Disorder. *PLoS ONE*, 7 (4), e34702. DOI:10.1371/journal.pone.0034702.
- Brunhoeber, S. (2009). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung – Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Brunner, R., Resch, F. (2015). Diätverhalten und Körperbild im gesellschaftlichen Wandel. In Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (10-14). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

- Bruno, R. (1997). Devotees, Pretenders and Wannabes: Two Cases of Factitious Disability Disorder. *Journal of Sexuality and Disability*, 15 (4), 243-260.
- Cash, T.F. (2004). Body Image: past, present, and future. *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 1-5.
- Clement, U., Löwe, B. (1996). *Fragebogen zum Körperbild (FKB-20)*. Göttingen: Hogrefe.
- Daszkowski, A. (2003). *Das Körperbild bei Frauen und Männern – Evolutionstheoretische und kulturelle Faktoren*. Marburg: Tectum Verlag.
- Deusinger, I. M. (1998). *Die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Dilling, H., Freyberger, H.J. (2012). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Eckardt, A. (2011). Amputationen an der unteren Extremität. *Operative Orthopädie und Traumatologie*, 23 (4), 253-253. DOI: 10.1007/s00064-011-0152-5.
- Eichhorn-Sens, J., Vogt, P.M. (2006). Amputationen. In Weinberg, A.-M., Tscherne, H. (Hrsg.), *Tscherne Unfallchirurgie – Unfallchirurgie im Kindesalter* (969-990). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- First, M. B. (2004). Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder. *Psychological Medicine*, 34, 1-10.
- Heller, G., Günster, C., Swart, E. (2005). Über die Häufigkeit von Amputationen unterer Gliedmaßen in Deutschland. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 130 (28/29), 1689-1690.

- Hoffmann, J. (2013). Amputationen. In Jauch, K.-W., Mutschler, W., Hoffmann, J.N., Kanz, K.-G. (Hrsg), *Chirurgische Basisweiterbildung* (S. 222-230). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kasten, E. (2012). Body Integrity Identity Disorder – Körperidentität durch erwünschte Behinderung. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 6 (3), 165-177.
- Kasten, E. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze. *Fortschritte Neurologischer Psychiatrie*, 77, 16-24.
- Kasten, E. (2007). Genitale Body-Modifications bei Frauen. *Gynäkologe*, 40 (6), 489-500.
- Kasten, E., Spithaler F. (2009). Body Integrity Identity Disorder: Personality Profiles and Investigation of Motives. In Stirn A., Thiel A., Oddo E. (Hrsg.), *Body Integrity Identity Disorder. Pabst Science Publishers*, 20–40.
- Kasten, E., Stirn, A. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID). Wechselnder Amputationswunsch vom linken auf das rechte Bein. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57 (1), 55-61.
- Kröger, K. (2013). Entwicklung und Evaluation eines Screeninginstruments zur Erfassung der Therapieerfahrung und des Therapieerfolges von Body Integrity Identity Disorder. Bachelorarbeit. Medical School Hamburg.
- Küchenhoff, J., Agarwalla, P. (2013). *Körperbild und Persönlichkeit*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Lange, C., Heuft, G. (2001). Krankheitsbewältigung und Psychotherapie bei Patienten nach Amputation. *Orthopäde*, 30 (3), 155-160.

- Legenbauer, T., Vocks, S. (2014). *Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- List, M. (2009). *Physiotherapie in der Traumatologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- McGeoch P., Brang D., Song T., Lee R., Huang M., Ramachandran, V. (2011). Xenomelia: a new right parietal lobe syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82, 1314–1319.
- Meermann, R., Borgat, E.-J. (2006). In Batra A., Buchkremer, G. (Hrsg.), *Essstörungen: Anorexie und Bulimie*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Money J., Jobaris R., Furth G. (1977). Apotemnophilia: two cases of self-demand amputation as a paraphilia. *Journal of Sex Research*, 13 (2), 115–125.
- Müller, S. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID) - Is the Amputation of Healthy Limbs Ethically Justified?. *The American Journal of Bioethics*, 9, 36-43.
- Müller, S. (2008). Body Integrity Identity Disorder (BIID) – Ist der Amputationswunsch eine autonome Entscheidung oder Ausdruck einer neurologischen Störung? In Groß, D., Müller, S., Steinmetz, J. (Hrsg.), *Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin* (229-264). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Müller, S. (2007). Dieses Bein will ich nicht. *Gehirn und Geist*, Juli/August, 66.
- Noll, S. (2011). Body Integrity Identity Disorder (BIID) - Kann eine Amputation/Operation Betroffenen langfristig helfen?. Bachelorarbeit. Universität Hildesheim, FB Erziehungs- und Sozialwissenschaften, Institut für Psychologie.

- Pöhlmann, K., Joraschky, P. (2006). Körperbild und Körperbildstörungen: Der Körper als gestaltbare Identitätskomponente. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (2), 191-195.
- Pöhlmann, K., Roth, M., Brähler, E., Joraschky, P. (2014). Der Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35): Validierung auf der Basis einer klinischen Stichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64, 93-100.
- Pöhlmann, K., Thiel, P., Joraschky, P. (2008). Das Körperbild von Essgestörten Selbstbeschreibungen auf der Basis des Dresdner Körperbildfragebogens. In P. Joraschky, H. Lausberg, K. Pöhlmann & F. Röhrich (Hrsg.), *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei PatientInnen mit Essstörungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Probst, J. (2003). Amputationen. In Nerlich, M., Berger, A. (Hrsg.), *Tscherne Unfallchirurgie: Weichteilverletzungen und –infektionen* (407-492). Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag.
- Richter-Appelt, H., Strauß, B. (1996). *Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek)*. Göttingen: Hogrefe.
- Röhrich, F., Seidler, K.-P., Joraschky, P., Borkenhagen, A., Lausberg, H., Lemche, E., Loea, T., Porsch, U., Schreiber-Willnow, K., Tritt, K. (2005). Konsensuspapier zur terminologischen Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens in Forschung und Praxis. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 183-190.
- Röhrich, F. (2009). Ansätze und Methoden zur Untersuchung des Körpererlebens – eine Übersicht. In Joraschky P., Loew, T., Röhrich, F. (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild* (25-32). Stuttgart: Schattauer.

- Ryan C., (2009). Amputating Healthy Limbs – Should people with body integrity identity disorder be allowed to amputate a healthy limb?. *Issues Magazine*, 86, 31-33.
- Sack, M., Henniger, S., Lamprecht, F. (2002). Veränderungen von Körperbild und Körpererleben bei essgestörten und nichtessgestörten Patienten im Verlauf einer stationären Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 64-69. DOI: 10.1055/s-2002-20182.
- Schemer, C. (2007). Wem Mediens Schönheiten schaden. Die differenzielle Anfälligkeit für negative Wirkungen attraktiver Werbemodells auf das Körperbild junger Frauen. *Zeitschrift für Medienpsychologie*, 19 (2), 58-67. DOI: 10.1026/1617-6383.19.2.58
- Schulz (2015). Psychologische Verarbeitung der Amputation. *European Journal of Vascular Medicine*, 38, 72-74.
- Sedda, A., Bottini, G. (2014). Apotemnophilia, body integrity identity disorder or xenomelia? Psychiatric and neurologic etiologies face each other. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1255-1265.
- Stirn, A., Thiel, A., Oddo, S. (2010). *Body Integrity Identity Disorder (BIID) - Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze*. Basel: Beltz Verlag.
- Taeger, G., Nast-Kolb, D. (2000). Amputationen und Prothesenversorgung der unteren Extremität. *Der Unfallchirurg*, 103 (12), 1097-1115.
- Vocks, S., Legenbauer, T. (2010). *Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm*. Göttingen: Hogrefe

Internetquellen:

Bundesverband für Menschen mit Arm- oder Beinamputation e.V.. Abgerufen am 14.06.2016 von <http://www.bmab.de>.

Pöhlmann, K. (2009). DKB-35: Interpretation der Werte [PDF]. Abgerufen am 28.06.2016 von <http://www.psychosomatik-ukd.de/wp-content/uploads/2012/12/interpretation-der-dkb-werte.pdf>.

Anhang

Anhang A: Dresdner Fragebogen zum Körperbild (Online-Version)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie bitten, eine Reihe von Fragen zu beantworten, in denen es um die Einstellung zum eigenen Körper geht. Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß die folgenden Aussagen im Augenblick auf Sie zutreffen.

Ihre Angaben werden anonym erhoben und vertraulich behandelt.

Vielen Dank für die Teilnahme!

Weiter

0% ausgefüllt

J. Helmer, MSH - Medical School Hamburg

Bitte machen Sie zunächst einige Angaben zu Ihrer Person:

Alter: Jahre

Geschlecht:

- weiblich
 männlich

Körpergröße: cm

Gewicht: kg

Was ist Ihr höchster allgemeinbildender Schulabschluss?

Was ist Ihre derzeitige Beschäftigung (Student, Beruf etc.)?

Bitte machen Sie präzise Angaben zum Bereich/zur Branche, in der Sie tätig sind.

Treiben Sie regelmäßig Sport?

- ja
 nein

Halten Sie momentan Diät?

- ja
 nein

Haben Sie eine Tätowierung?

- ja, eine
- ja, mehrere
- nein

Haben Sie ein Piercing?

- ja, eins
- ja, mehrere
- nein

Haben Sie eine körperliche Behinderung?

Wenn ja, welche?

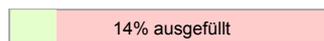
- ja:
- nein

Haben Sie eine psychische Erkrankung?

Wenn ja, welche?

- ja:
- nein

Weiter



J. Helmer, MSH - Medical School Hamburg

Ich bewege mich anmutig.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
	<input type="radio"/>				
Ich bin häufig körperlich angeschlagen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
	<input type="radio"/>				
Mir fehlt es an Spannkraft und Elan.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
	<input type="radio"/>				
In der Sexualität spüre ich meinen Körper angenehm und intensiv.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
	<input type="radio"/>				
Körperkontakt ist mir wichtig, um Nähe auszudrücken.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
	<input type="radio"/>				
Ich fühle mich körperlich oft schlapp.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
	<input type="radio"/>				
Es gibt viele Situationen, in denen ich mit meinem Körper zufrieden bin.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
	<input type="radio"/>				
Ich bin körperlich fit.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
	<input type="radio"/>				
Ich bin mit meinem sexuellen Erleben sehr zufrieden.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
	<input type="radio"/>				

	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
Andere Menschen finden mich attraktiv.	<input type="radio"/>				
Ich suche körperlich Nähe und Zärtlichkeit.	<input type="radio"/>				
Ich mag meinen Körper.	<input type="radio"/>				
Ich finde es angenehm und anregend, wenn jemand mich aufmerksam anschaut.	<input type="radio"/>				
Ich habe viel Energie.	<input type="radio"/>				
Ich wähle meine Kleidung bewusst so, dass sie meinen Körper verbirgt.	<input type="radio"/>				
Sexualität ist für mich ein wichtiger Lebensbereich.	<input type="radio"/>				
Ich bin körperlich leistungsfähig.	<input type="radio"/>				
Ich fühle mich oft in meinem Körper unwohl.	<input type="radio"/>				

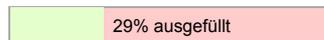
Ich mag es nicht, wenn man mich anfasst.

nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
<input type="radio"/>				

Wenn jemand meinem Körper Aufmerksamkeit schenkt, fühle ich mich aufgewertet.

nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
<input type="radio"/>				

[Weiter](#)



J. Helmer, MSH - Medical School Hamburg

	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
Ich kann sexuelle Situationen ungehemmt genießen.	<input type="radio"/>				
Ich lasse mich gern in den Arm nehmen.	<input type="radio"/>				
Ich wünsche mir einen anderen Körper.	<input type="radio"/>				
Ich vermeide es bewusst, andere Menschen zu berühren.	<input type="radio"/>				
Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden.	<input type="radio"/>				
Ich komme körperlich schnell an meine Grenzen.	<input type="radio"/>				
Ich kann meine Sexualität genießen.	<input type="radio"/>				
Wenn ich etwas an meinem Körper verändern könnte, würde ich es tun.	<input type="radio"/>				
Mein Körper ist ausdrucksvoll.	<input type="radio"/>				

	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
Körperliche Berührungen lasse ich nur von wenigen Menschen zu.	<input type="radio"/>				
Ich setze meinen Körper ein, um Aufmerksamkeit zu erlangen.	<input type="radio"/>				
Ich bin körperlich belastbar und widerstandsfähig.	<input type="radio"/>				
Ich zeige meinen Körper gern.	<input type="radio"/>				
Ich stehe gern im Mittelpunkt.	<input type="radio"/>				
Meine sexuellen Erfahrungen sind befriedigend für mich.	<input type="radio"/>				
Ich vermeide sexuelle Situationen, weil die Berührung mir unangenehm ist.	<input type="radio"/>				
Sexuelle Wünsche des anderen bedrängen mich.	<input type="radio"/>				

In sexuellen Situationen spüre ich meinen Körper unangenehm.

nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
<input type="radio"/>				

Sexuelle Berührungen lösen oft Ekel in mir aus.

nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
<input type="radio"/>				

Im sexuellen Kontakt fühle ich mich angespannt und unter Druck.

nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
<input type="radio"/>				

Der Gedanke, mit jemand Sex zu haben, löst bei mir Widerwillen aus.

nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
<input type="radio"/>				

In sexuellen Situationen kommen negative Gefühle in mir auf.

nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
<input type="radio"/>				

Im sexuellen Kontakt fühle ich mich bedrängt oder ausgeliefert.

nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
<input type="radio"/>				

Weiter



J. Helmer, MSH - Medical School Hamburg

Im Fall der amputierten BIID-Betroffenen und der unfall- oder krankheitsbedingt amputierten Menschen:

Welches Körperteil wurde Ihnen amputiert?

Bitte machen Sie diesbezüglich präzise Angaben, wie z.B. das linke Bein.

Wie lange leben Sie schon mit einer Amputation?

Weiter



J. Helmer, MSH - Medical School Hamburg

Bitte schließen Sie nun für einen Augenblick die Augen und lassen folgendes Bild vor Ihrem inneren Auge entstehen:

Ihre Amputation hat nie stattgefunden und Sie leben ohne diese.

Unter dem Eindruck dieser Vorstellung von sich, beantworten Sie nun bitte die folgenden Fragen.

Oder:

Bitte schließen Sie nun für einen Augenblick die Augen und lassen folgendes Bild vor Ihrem inneren Auge entstehen:

"Sie haben vor einiger Zeit durch eine Amputation ein Bein verloren" – durch welche Umstände auch immer.

Unter dem Eindruck dieser Vorstellung von sich, beantworten Sie nun bitte die folgenden Fragen.

Weiter



J. Helmer, MSH - Medical School Hamburg

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Diese Befragung wurde im Rahmen einer laufenden Forschungsarbeit durchgeführt. Die gesammelten Ergebnisse werden für meine Masterarbeit verwendet.

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Einladung zum SoSci Panel

Liebe Teilnehmerin,
lieber Teilnehmer,

das nicht-kommerzielle **SoSci Panel** würde Sie gerne zu interessanten und hochwertigen wissenschaftlichen Onlinebefragungen einladen.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie die wissenschaftliche Forschung unterstützen und unten Ihre E-Mail-Adresse angeben. An diese Adresse senden wir dann zunächst eine Bestätigungsmail. Wenn Sie Ihre Teilnahme am SoSci Panel bestätigen, senden wir Ihnen pro Jahr maximal 4 Einladungen per E-Mail. Sie gehen keine Verpflichtung ein und können die Teilnahme jederzeit mit drei Klicks beenden.

E-Mail:

Am Panel teilnehmen

Das SoSci Panel hat seinen Sitz in Deutschland (München) und ist damit an das strenge deutsche Datenschutzrecht gebunden. Wir achten Ihre Privatsphäre und Anonymität, denn wir sind auf Sie angewiesen. Und selbstverständlich geben wir Ihre E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter.

Der Fragebogen, den Sie gerade ausgefüllt haben, wurde gespeichert. Sie können das Browserfenster selbstverständlich auch schließen, ohne am SoSci Panel teilzunehmen.

Anhang B: Eigenständigkeitserklärung



Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

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

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____