

MSH Medical School Hamburg
University of Applied Sciences and Medical University

Fakultät Humanwissenschaften

Bachelorstudiengang Psychologie

Bachelorarbeit

Das Verlangen zahnlos zu sein: Gemeinsamkeiten und Unterschiede
mit Body Integrity Identity Disorder

vorgelegt von:	Sebastian Heim
Matrikelnummer	162704079
vorgelegt am:	15.02.2018
Semester:	6.Semester, SS 16-2
Modulbezeichnung:	M11 Bachelorarbeit
Erstgutachter:	Prof. Dr. phil. Erich Kasten
Zweitgutachter:	Dr. phil. Sandra Miethe-Kolkenbrock

Abstract

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll das Verlangen nach Zahnlosigkeit erforscht werden. Dabei wird der Frage nachgegangen inwiefern es sich hierbei um eine Form der BIID (Body Integrity Identity Disorder) handelt. BIID ist ein sehr seltenes Störungsbild, wobei gerade spezifische Veränderungswünsche noch unerforscht sind. BIID ist das langanhaltende Verlangen nach einer körperlichen Behinderung und wurde erstmals von First (2005) benannt. Auf wissenschaftlicher Ebene stellt die Arbeit die erste systematische Erfassung dieser Erscheinungsform dar. Im Zuge der Untersuchung wurden frühkindliche Erfahrungen mit Zahnerkrankungen, sowie der Kontakt zu zahnlosen Personen im sozialen Umfeld als mögliche Störungshintergründe betrachtet. Abschließend soll die konkrete Manifestation dieser Störung systematisch untersucht werden. Hierzu wurden mittels Onlinefragebogen potenzielle Unterschiede zwischen Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit, BIID-Betroffenen und gesunden Kontrollprobanden exploriert. In Bezug auf die Ursachen konnte lediglich festgestellt werden, dass Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit durchschnittlich eine positivere Beziehung zu zahnlosen Personen im Jugendalter vorweisen. Die Untersuchung ergab, dass das Verlangen nach Zahnlosigkeit die Kerncharakteristika gemäß BIID erfüllt und eine Kategorisierung als Erscheinungsform der BIID somit naheliegend ist.

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT	I
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	IV
TABELLENVERZEICHNIS	V
1. EINLEITUNG.....	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
2. THEORETISCHE ANNÄHERUNG.....	2
2.1 BODY INTEGRITY IDENTITY DISORDER BZW. BODY INTEGRITY DISPHORIA	2
2.1.1 ÄTIOLOGIE VON BIID.....	3
2.1.1.1 Neurologische Ursachen.....	4
2.1.1.2 Psychologische Ursachen für BIID	4
2.1.2 SEXUALITÄT UND BIID	5
2.1.3 ERSCHEINUNGSFORMEN UND DIFFERENTIALDIAGNOSE.....	7
2.1.4 THERAPIEMÖGLICHKEITEN	10
2.2 ZAHNLOSIGKEIT	10
2.2.1 Anatomische und funktionelle Auswirkungen der Zahnlosigkeit	11
2.2.2 Psychosoziale Einschränkungen.....	11
2.3 ZAHNLOSIGKEIT UND BODY INTEGRITY IDENTITY DISORDER	12
4. METHODIK.....	15
4.1 INSTRUMENTE	15
4.1.1 Screening des Schweregrades und der Intensität.....	15
4.1.2 Selbsterstellter Fragebogen BIID	16
4.2 STUDIENDESIGN	18
4.3 ETHISCHE ASPEKTE.....	18
4.4 DATENANALYSE.....	19
4.5 STICHPROBE	19
5. ERGEBNISSE	22
5.1 ERGEBNISDARSTELLUNG HYPOTHESE 1	25
5.2 ERGEBNISDARSTELLUNG HYPOTHESE 2	27
5.3 ERGEBNISDARSTELLUNG HYPOTHESE 3	29
5.4 ERGEBNISDARSTELLUNG HYPOTHESE 4	31
5.5 WEITERE ERGEBNISSE.....	33
5.6 EXPLORATIVE FRAGEN	34
5.6.1 Explorative Frage I.....	35
5.6.2 Explorative Frage II.....	35
5.6.3 Explorative Frage III	37

6. DISKUSSION	38
6.1 ERGEBNISINTERPRETATION	39
6.2 LIMITATIONEN UND METHODISCHE KRITIK	43
6.3 FAZIT UND AUSBLICK	45
7. LITERATURVERZEICHNIS	47
ANHANG A: TABELLEN	52
ANHANG B FRAGEBOGEN	56
EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG.....	68

Abkürzungsverzeichnis

BDD	Body Dysmorphic Disorder
BIID	Body Integrity Identitiy Disorder
BID	Body Integrity Disphoria
<i>d</i>	Cohens <i>d</i>
ICD 11	International Statistical Classification of Diseases Version 11
ICD-10 GM	International Statistical Classification of Diseases 10 German Modification
ICF	International Classifacation of Functioning
LQ	Lebensqualität
M	Mittelwert
n	Anzahl der Elemente eines definierten Teils der Gesamtstichprobe
OLQ	Orale Lebensqualität
<i>p</i>	<i>Signifikanz</i>
PR	Prozentrang
SD	Standardabweichung
Sig	Signifikanz
SPL	superioren Parietallappens
WHO	World Health Organisation
<i>z</i>	Z-Wert

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: BIID-Diagnosekriterien nach Ryan	7
Tabelle 2: BIID-Diagnosekriterien nach Kasten	8
Tabelle 3: Klassifikation des Schweregrades der BIID	16
Tabelle 4: Soziodemographische Daten der Stichproben	21
Tabelle 5: Ergebnisse des Gruppenvergleichs bezüglich Alterunterschiede(U-Test)	24
Tabelle 6: Geschlechterunterschiede der untersuchten Variablen(U-Test)	25
Tabelle 7: Gruppenvergleich des BIID-Scores mittel U-Test	26
Tabelle 8: Gruppenvergleich des BIID-Scores mittel U-Test (Männer)	26
Tabelle 9: Gruppenvergleich des Scores Erlebte Einschränkung U-Test.....	28
Tabelle 10: Gruppenvergleich des Scores Erlebte Einschränkung U-Test (Männer)	29
Tabelle 11: Gruppenvergleich des Scores Verhältnisbewertung U-Test.....	30
Tabelle 12: Gruppenvergleich des Scores Verhältnisbewertung U-Test (Männer)	31
Tabelle 13: Gruppenvergleich der Bewertung Zahnlosigkeit U-Test (Kind).....	32
Tabelle 14 Gruppenvergleich der Bewertung Zahnlosigkeit U-Test (Erwachsen)	33
Tabelle 15: Gruppenvergleich der Bewertung erster Zahnverlust U-Test	34
Tabelle 16:Nennungen der offenen Fragen bezüglich Pretenden.....	36
Tabelle 17: Nennungen der offenen Fragen Gefühle Zahnlosigkeit	37
Tabelle 18: Test auf Normalverteilung Shapiro-Wilk.....	52
Tabelle 19: Gruppenvergleich U-Test "Verbinden Sie Zahnlosigkeit mit?" U-Test.....	53
Tabelle 20: Nennungen der Nachteile durch Zahnlosigkeit (Gesunde KG).....	54
Tabelle 21: Nennungen der Nachteile durch Zahnlosigkeit (BIID-KG)	55

1. Einleitung

„Erst wenn ich wirklich zahnlos bin, wird dieser endlose Leidensdruck aufhören“ (Persönliche Kommunikation, Person B, 1.01.2019) so beschreibt eine Person mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit ihr Leiden. Dieses Leiden ist jedoch nicht Zahnschmerzen oder ähnlichem geschuldet, sondern ein seit der Kindheit bestehendes Streben nach einer zahnlosen Erscheinung. Eine naheliegende Diagnose wäre die BIID (Body Integrity Identity Disorder). Body Integrity Identity Disorder ist ein sehr seltenes und streckenweise noch nicht ausreichend untersuchtes Störungsbild, welches sich durch eine Diskrepanz zwischen dem mentalen und dem physischen Körperbild äußert (Stirn, Thiel & Oddo, 2010). Der Begriff Body Integrity Identity Disorder wurde erstmals durch First (2005) eingeführt und beschrieb zunächst den langanhaltenden Wunsch einer Amputation eines gesunden Körperteils. Seit letztem Jahr wird die Krankheit als Body Integrity Dysphoria (BID) in der vorläufigen Version des ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases) geführt und beschreibt das intensive und langanhaltende Verlangen nach einer körperlichen Behinderung (World Health Organisation, 2018). BIID trifft häufig auf extremes Unverständnis, weshalb das Störungsbild von Betroffenen stark geheim gehandhabt wird. Betroffene, auch *Wannabes* genannt, verspüren dabei meist seit ihrer Kindheit oder ihrem frühen Jugendalter den drängenden Wunsch nach Körperveränderung, wobei sich die Betroffenen der einhergehenden Einschränkungen sehr wohl bewusst sind (Stirn et al.). Ziel einer Amputation ist es, das Körperbild der eigenen Wahrnehmung entsprechend zu verändern um mit Hilfe „der körperlichen Versehrtheit (...) die Vervollkommnung der Identität“ zu erreichen (Stirn et al., 2010, S.18).

Im Vordergrund des Veränderungsverlangens steht dabei immer die angestrebte Identifikation mit dem eigenen Körper. Wichtig anzumerken ist, dass die Ursachen nicht wahnhafter Natur sind und sich die Betroffenen selbst nicht als krank betrachten (Kasten, 2012). Da es ihnen jedoch meist aus moralischen und ethischen Gründen nicht möglich ist, die angestrebte Versehrtheit mit Hilfe medizinischen Fachpersonals zu erreichen, vollführen *Wannabes* oft selbst Versuche, um in den Zustand der erwünschten Behinderung zu kommen. Dies birgt eine immense Gefahr und trägt entschieden zur Stigmatisierung bei (Stirn et al., 2010). Obwohl solche Versuche meist keine unüberlegten Kurzschlussreaktionen sind und Patienten durchaus absprachefähig sind, ist es gerade für Therapeuten schwer den Wunsch nach Behinderung anzunehmen und dem Patienten nicht die Intaktheit des eigenen Körpers aufzuzwingen (Kasten, 2016).

Das Verlangen nach Zahnlosigkeit, oder der künstlich erzeugten Anodontie, ist dabei noch ein völlig unerforschtes Gebiet. Der Verlust der Zähne birgt eine Vielzahl an anatomischen, funktionellen und ultimativ auch psychosozialen Auswirkungen. Hierbei kann die Kaufunktion, die Sprachfunktion und das ästhetische Erscheinungsbild entschieden beeinträchtigt werden (Zitzmann, 2004). Im Zusammenhang mit BIID ist der zahnlose Kiefer jedoch noch gar nicht erforscht.

Es ist nicht geklärt inwieweit diese Subgruppe unter das Spektrum der BIID fällt. Da BIID definitorisch zwar viele Erscheinungsbilder erfasst, seltene Formen der BIID jedoch teilweise noch nicht ausreichend erforscht sind, geht die vorliegende Arbeit der Frage nach, inwiefern das Bestreben nach Zahnlosigkeit als Erscheinungsform der BIID gilt. Neben der Erfassung des Schwergrades mittels des Fischer-Inventars für die Intensität von BIID, sollen die frühkindlichen Erfahrungen eigener Zahnerkrankungen und der Kontakt zu zahnlosen Personen im Umfeld, als mögliche Störungshintergründe begutachtet werden (Oberholte, Schnell & Kasten, 2015; Thiel, 2010). Um mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu untersuchen, wurde ein Onlinefragebogen an Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit, BIID-Betroffene und gesunde Kontrollpersonen geschickt und ausgewertet. Letztlich soll die vorliegende wissenschaftliche Arbeit dazu beitragen, die Klassifikation der Unterkategorien weiterzuentwickeln und die Diagnostizierbarkeit der Störung gemäß eines allgemein anerkannten Standards zu ermöglichen.

2. Theoretische Annäherung

Im Folgenden soll zunächst der theoretische Rahmen erläutert werden. Dazu werden unter anderem die Konstrukte Zahnlosigkeit und BIID genauer beleuchtet. Der Fokus liegt dabei auf für die Datenerhebung relevanten Aspekte, wie Ätiologie, Erscheinungsformen und Folgen. Da Zahnlosigkeit bislang noch nicht explizit Gegenstand der BIID-Forschung ist, kann hierzu kein aktueller Forschungsstand aufgezeigt werden. Der im Zuge der Arbeit vorgestellte Forschungsstand bezieht sich primär auf die neusten Erkenntnisse bezüglich der Body Integrity Identity Disorder, die nun als grundlegende Begrifflichkeit der vorliegenden Arbeit erläutert wird.

2.1 Body Integrity Identity Disorder bzw. Body Integrity Disphoria

Body Integrity Identity Disorder ist eine sehr seltene psychische Störung, welche sich durch ein langanhaltendes Verlangen nach einer oder mehreren körperlichen Behinderungen auszeichnet. Die meisten Betroffenen leiden unter einer chronischen Diskrepanz zwischen ihrem persönlich angestrebtem versehrten Idealbild und ihrem tatsächlich unversehr-

ten Körper (First & Fisher, 2012). Das innere Gefühl nur mit Hilfe der angestrebten Behinderung *richtig* bzw. *vollkommen* zu sein, kompensieren 94% der Betroffenen mit dem sogenannten *Pretending*. Dabei imitieren sie die angestrebte Behinderung indem sie sich beispielsweise ein vom Amputationswunsch betroffenes Bein abbinden oder es mit Hilfe einer Prothese verstecken (First, 2005). Das Störungsbild hat sich unlängst vom reinen Amputationswunsch auf das langanhaltende Verlangen nach einer körperlichen Behinderung ausgeweitet, wobei noch nicht final festgesetzt wurde, welche Kriterien genau erfüllt sein müssen (First & Fisher, 2012).

Dies liegt an der Tatsache, dass BIID gerade im wissenschaftlichen Bereich immer noch zu den gering erforschten Störungsbildern gehört. Nicht zuletzt da sich aus wissenschaftlicher Sicht zahlreiche Herausforderungen auftun, die eine Erschließung dieses Forschungsfelds erschweren. Einerseits liegt dies an der immensen Heterogenität der Betroffenen, andererseits auch an deren möglichen Störungsursachen (Stirn et al., 2010). Nichtsdestotrotz konnte in den letzten Jahren ein gewisser Konsens über die Störung erarbeitet werden, welcher auch eine Diagnostizierbarkeit vereinfachen sollte. Dies zeigt sich schon allein an der Anerkennung der *Body Integrity Dysphoria* durch die WHO (World Health Organisation) in der vorläufigen Version des ICD 11 (World Health Organisation, 2018).

Ebenso wie die Ursachen, variiert auch die Namensgebung zunehmend. Von der ersten Entdeckung als sexuell-begründete *Apotemnophilia*, wie sie Money, Jobaris und Furth (1977) beschreiben, zur psychologisch/psychiatrisch-begründeten Body Integrity Identity Disorder, die First (2005) einige Jahre später einführt, hin zur neurologisch bedingten *Xenomelia* wie sie McGeoch et al. (2011) belegen. In der vorläufigen Version des ICD 11 wird heute der Begriff *Body Integrity Disphoria* vorgeschlagen (World Health Organisation, 2018). Im Zuge dieser Arbeit soll jedoch der gängigste Begriff der Body Integrity Identity Disorder beibehalten werden, da dieser Terminus unter Forschern, sowie in der Praxis bei Betroffenen und Therapeuten am weitesten verbreitet ist und als gängige Bezeichnung Verwendung findet.

2.1.1 Ätiologie von BIID

Die ursächlichen Hintergründe der BIID sind bis heute nicht umfassend erforscht und konkret definiert. Vielmehr ist laut dem heutigen Forschungsstand meist von einem multikausalen Ursachenkonstrukt auszugehen. Dabei soll es verschiedene Einflüsse auf neurologischer und psychologischer Ebene geben. BIID als solches ist ein sehr heterogenes Stö-

rungsbild und somit wird ein ätiologisches Modell dieser Vielfalt an Ausprägungen nicht gerecht (Stirn et al., 2010).

2.1.1.1 Neurologische Ursachen

Auf neurologischer Ebene hat sich in den letzten Jahren die Theorie einer Dysfunktion des oberen rechten SPL (superioren Parietallappen) durchgesetzt (Blanke, Morgenthaler & Brugger, 2009). McGeoch et al. (2011) bestätigen diese Hypothese ebenfalls, wobei die Autoren den Begriff *Xenomelia* als passender für die vorwiegend neurologische Störung ansehen. Dabei konnte bei den Betroffenen eine signifikant reduzierte Aktivierung des SPL festgestellt werden. Die Autoren gehen davon aus, dass Betroffene das entsprechende Körperteil zwar wahrnehmen, es aber nicht in das wahrgenommene Körperbild integrieren können (McGeoch et al., 2011).

Es ist anzumerken, dass verschiedene Studien einer rein neurologischen Ursache widersprechen. Kasten und Stirn (2009) konnten feststellen, dass in vereinzelten Fällen der Amputationswunsch über die Lebensspanne von dem einen Bein auf das andere Bein wechseln kann. Dies widerspricht jedoch einer ausschließlich hirnganischen Ursache für die gestörte Gesamtrepräsentation des eigenen Körpers. Bei einer neurologischen Ursache sollte, ähnlich wie bei Neglektpatienten, das betroffene Körperteil über das ganze Leben hinweg konstant bleiben (Kasten & Stirn, 2009).

Obwohl eine rein hirnganische Verursachung nicht eindeutig haltbar ist, ist es naheliegend, dass die neurologische Prädisposition Relevanz besitzt. Der Störungshintergrund scheint eng mit der Sensomotorik verbunden zu sein. Blom et al. (2016) konnten signifikante Struktur- und Volumenunterschiede im Cerebellum und dem linken prämotorischen Cortex feststellen und gehen von maßgeblichen Auswirkungen auf die Körperrepräsentanz sowie auf die sensomotorische Verarbeitung aus (Blom et al., 2016). Der Wechsel von einer rein psychologischen Störung, hin zu einem teilweise neurologischen Erscheinungsbild ist angemessen, jedoch nicht ausreichend um die interindividuellen Unterschiede vollkommen zu erklären (Sedda, 2011).

2.1.1.2 Psychologische Ursachen für BIID

Auf Ebene der psychologischen Ursachen konnte eine Vielzahl von Einflussfaktoren gefunden werden. Für die vorliegende Arbeit soll vor allem auf das kognitiv-verhaltenstherapeutische Modell von Jürgen Thiel (2010) und die Erkenntnisse von

Obernolte et al. (2015) zurückgegriffen werden. Das Modell von Thiel (2010) ist als multi-kausales Verstärkerkonstrukt zu verstehen, das von einer neurologischen Prädisposition ausgeht, wobei verschiedene auslösende und aufrechterhaltende Faktoren zur Manifestation von BIID führen. Als auslösende Bedingungen werden vor allem die kindlichen Erfahrungen mit der angestrebten Versehrtheit genannt. Im Zuge dieser Erfahrungen wird die Behinderung als sehr positiv wahrgenommen. Personen mit BIID empfinden starke Bewunderung gegenüber Personen die ihre erwünschte Behinderung bereits erlangt haben, da hier eine Identifikation mit dem Gegenüber stattfindet, welche starke Glücksgefühle auslösen kann. Diese von Bewunderung geprägten Erfahrungen gelten als positive Verstärkung und wandeln die versehrte Erscheinung als *wahre Identität*. Im Erwachsenenalter führen unter anderem Amputationsphantasien und regelmäßiges *Pretenden* zur Aufrechterhaltung der Störung (Stirn et al., 2010; Thiel, 2010).

Die Forschung konnte das dargestellte Modell bis zu einem gewissen Grad bestätigen. In einer Studie bezüglich der Kindheitserfahrungen konnten Obernolte, Schnell und Kasten (2015) feststellen, dass Betroffene signifikant mehr Kindheitserfahrungen mit körperlich behinderten Menschen haben. Ähnliche Schlüsse konnten auch Blom, Hennekam und Denys (2012) in ihrer Befragung von 54 Betroffenen ziehen. Meist kommt es im Kindesalter zu einer präpubertären Prägung in Bezug auf die gewünschte Versehrtheit, welche sich durch regelmäßig wiederholende Amputationsphantasien und regelmäßiges *Pretenden* bis ins Erwachsenenalter verfestigt (Blom et al., 2012).

Eine solch frühe Manifestation stimmt auch mit dem generellen Störungswissen überein. So tritt die Erstmanifestation und die seither bestehende Faszination mit dem unvollkommenen Körperbild meist im präpubertären Alter ein (Stirn et al., 2010).

2.1.2 Sexualität und BIID

In den Anfängen der BIID-Forschung galt die Störung rein sexueller Natur und zählte zu den Paraphilien (Money et al., 1977). Obwohl das Störungsbild nun nicht mehr unter diese Gruppierung fällt, ist der sexuelle Aspekt nicht unbedeutend. Sexualität sollte nicht die primäre Ursache für die angestrebte Behinderung darstellen, ist in vielen Fällen jedoch ein entscheidender Faktor für die Veränderungsmotivation (Stirn et al., 2010).

Blom et al. (2012) konnten in ihrer Studie nachweisen, dass nahezu die Hälfte der Betroffenen (46%) sexuelle Erregung mit der erwünschten Versehrtheit verbinden. Dennoch war das zentrale Argument für die Körpermodifikation stets das Streben nach Vollkommenheit und nicht der sexuelle Aspekt. Ähnliche Verteilungen konnten schon unter

First (2005) festgestellt werden, wobei hier 42% der Befragten sexuelle Motive als sekundären Veränderungsfaktor nannten.

Der Klassifikationsursprung als Paraphilie, welche die sexuelle Natur der Störung als Kernaspekt impliziert, führt heutzutage zu sehr viel Abwehr auf Seiten der Betroffenen. In der bis heute größten Studie, von Blom, Vulink, van derWal und Denys (2017), mit 80 Teilnehmern, konnte festgestellt werden, dass gerade Sexualität eine sehr wichtige Rolle spielt. So schlägt die Studie eine Typisierung zwischen S-BIID (BIID-Betroffenen mit sexuellen Gefühlen) und NS-BIID (BIID-Betroffenen ohne sexuelle Gefühle) vor. Es zeigte sich, dass Sexualität in 71.3 % der Fälle eine bedeutende Rolle spielt, wobei Männer den Großteil der S-BIID-Gruppe darstellen. Die Konfrontation mit der angestrebten Versehrtheit, in Form von Bildern, Kontakt zu Personen oder im Zuge des *Pretendings* führte gerade in der S-BIID Gruppe zu starkem sexuellen Verlangen. Die Vernachlässigung der sexuellen Komponente von BIID seitens der Betroffenen, und auch seitens einzelner Forschungen, scheint kein realistisches Bild der Störung abzubilden. Dennoch kommt es durch die Konfrontation mit den sexuellen Aspekten oft zu Abwehr seitens der Betroffenen und sollte somit sorgsam behandelt werden (Blom et al., 2017).

2.1.3 Erscheinungsformen und Differentialdiagnose

Ebenso wie sich die Ursachen von BIID äußerst heterogen darstellen, sind auch die Erscheinungsformen sehr different. Obwohl noch keine genauen Diagnosekriterien definiert sind, gibt es diagnostische Ansätze. So postulierte Ryan (2009) folgende vier Kriterien als mehr oder weniger essentiell (vgl. Tabelle 1):

Tabelle 1

BIID- Diagnosekriterien nach Ryan

Hauptkriterien

- A strong persistent desire for the amputation of a limb.
- The primary motivation for the desire is the feeling that being an amputee is one's true and proper identity.
- The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- The disorder is not better explained by another medical or psychiatric syndrome such as somatoparaphrenia, a psychotic disorder or body dysmorphic disorder.

Anmerkung. Wörtlich entnommen aus (Ryan, 2009, S.22)

Ein aktuellerer und differenzierter Vorschlag von Kasten (2012) für die Neuauflage des ICD-10 GM (International Statistical Classification of Diseases Version 10 German Modification) benannte die folgenden vier Haupt- und Nebenkriterien(vgl Tabelle 2):

Tabelle 2

BIID-Diagnosekriterien nach Kasten für die Neuauflage des ICD-10 GM

Kernkriterien	Nebenkriterien
<ul style="list-style-type: none"> Langjähriger und intensiver Wunsch nach einer gravierenden, körperlichen Behinderung (z.B. Amputation, Lähmung, Blindheit, Taubheit). Der Wunsch besteht in der Regel schon seit Kindheit oder Jugend. Die Intensität des Wunsches kann schwanken, lässt sich aber niemals ganz unterdrücken. 	<ul style="list-style-type: none"> Im Vorfeld zeigt sich meist „Pretending“, d.h. Vortäuschen der erwünschten Behinderung. Bei Amputationswunsch z.B. Benutzung von Krücken oder einer Prothese mit Hochbinden des Beines oder Benutzung eines Rollstuhls.
<ul style="list-style-type: none"> Feste Überzeugung, nur durch eine Operation (z.B. Amputation) eine Kongruenz des Körper-Selbst-Verhältnisses zu erfahren. Wenn die Behinderung nicht auf legalem Weg erlangt werden kann, kommt es zur Planung bzw. zur Ausführung von meist sehr gefährlichen Handlungen, um die Behinderung zu erzwingen (z.B. durch vorge-täuschte Unfälle). 	<ul style="list-style-type: none"> Die Betroffenen sind sich über die Nachteile, die mit der Erlangung der Behinderung verbunden sind, völlig bewusst. Sie wägen das Für und Wider lange Jahre ab und zögern die Erlangung der Behinderung dadurch jahrelang hinaus.
<ul style="list-style-type: none"> Der Wunsch nach einer Behinderung beschäftigt die Betroffenen stark und führt zu psychischen Belastungen. Der Wunsch wird in der Regel schamhaft vor der Umwelt verborgen. Eingeschränkt sind hierdurch z.B. Arbeitsfähigkeit, Freizeit, Partnerschaft und soziale Beziehungen. 	<ul style="list-style-type: none"> Der Wunsch nach Behinderung basiert nicht auf der Erlangung von Krankheitsgewinn. Die Betroffenen versprechen sich keine Vorteile durch die Behinderung.
<ul style="list-style-type: none"> Der Wunsch nach einer Behinderung beschäftigt die Betroffenen stark und führt zu psychischen Belastungen. Der Wunsch wird in der Regel schamhaft vor der Umwelt verborgen. Eingeschränkt sind hierdurch z.B. Arbeitsfähigkeit, Freizeit, Partnerschaft und soziale Beziehungen. 	<ul style="list-style-type: none"> Der Wunsch basiert nicht primär auf erotischen Vorstellungen oder sexueller Erregung.

Anmerkung. Wörtlich entnommen aus (Kasten 2012, S. 167)

Obwohl es sich in den meisten Fällen um die Entfernung eines gesunden Körperteils handelt, ist heute klar, dass sich BIID nicht nur auf die Amputation beschränkt. So fallen laut

vorläufiger ICD 11 Version alle Erscheinungsformen, welche ein intensives und langandauerndes Verlangen nach Behinderungen innehaben, unter die Diagnose BIID (World Health Organisation, 2018). Nichtsdestotrotz gilt der Amputationswunsch einer Extremität als gängigstes Erscheinungsbild. Das langanhaltende Verlangen einer Lähmung als wahre Repräsentanz des Körpers scheint die zweithäufigste Form von BIID zu sein (Blom et al., 2012).

Seltenere Formen, wie das Verlangen blind zu sein, konnten erstmals von Gutschke, Stirn und Kasten (2017) untersucht werden. Beobachtungsgegenstand war dabei der visuelle Stress, den die Betroffenen im Alltag erlebten. Die Großzahl der Untersuchten nannten „visual overload“, zu deutsch visuelle Überforderung, als einen der Haupteinflussfaktoren für ihren Veränderungswunsch. Darüberhinaus lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass visuelle Vorerkrankungen einen Einfluss auf die Entwicklung dieses Störungsbilds haben und hohe Gemeinsamkeiten mit der BIID-Diagnose vorhanden sind (Gutschke et al., 2017).

Genauere Prävalenzen über BIID und die verschiedenen Erscheinungsformen sind aufgrund der starken gesellschaftlichen Tabuisierung der Störung, und der damit verbundenen Zurückhaltung und Anonymität der Betroffenen, kaum aufzustellen. Die hohe Stigmatisierung der Krankheit, bei gleichzeitig geringem Bekanntheitsgrad, auch unter Therapeuten, schaffen extreme Hürden für Betroffene und machen gerade die Erforschung der Erscheinungsformen unabdingbar (Neff & Kasten, 2009).

Abschließend ist die differentialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Störungen zu nennen. Für die vorliegende Studie ist dabei die körperdysmorphe Störung (BDD – Body Dysmorphic Disorder) von besonderer Bedeutung. Das ICD 10 kodiert die körperdysmorphe Störung unter F.45.2, wobei es sich um die „anhaltende Beschäftigung mit einer von Betroffenen angenommenen Entstellung oder Missbildung“ handelt (Dilling, Mombour & Schmidt, 2016, S.191). Dabei weisen sie eine „hartnäckige Weigerung, [...] dass keine ausreichende Ursache für die [...] Entstellung vorliegt“ auf (Dilling et al., 2016, S.192). Im Gegensatz zu BIID liegt bei BDD ein regelrechter Ekel und starke Abneigung gegenüber dem betroffenen Körperteil vor. Durchgeführte Operationen führen meist nicht zur erwünschten Zufriedenheit bzw. Symptombefreiheit. Personen mit BDD leben zunehmend isoliert und verstecken ihre als Missbildung wahrgenommenen, unversehrten Körperteile regelrecht (Stirn et al., 2010).

2.1.4 Therapiemöglichkeiten

Bis zum heutigen Tage gibt es keine Therapieform die Betroffene von BIID und ihrem minutiös geplanten Veränderungswunsch befreien kann. Kröger, Schnell und Kasten (2014) untersuchten den Erfolg von verschiedenen Therapieformen wie kognitiv-behaviorale, tiefenpsychologisch-psychodynamische sowie Gesprächstherapie. Dabei wurde bei allen Therapien der Wunsch nach Amputation gefördert, wobei gleichzeitig der alltägliche Leidensdruck sank. Erschwerend kommt hinzu, dass Noll und Kasten (2014) in einer Studie von 19 erfolgreich amputierten BIID Betroffenen feststellen konnten, dass sich die ersehnte Unvollkommenheit positiv auf die Betroffenen auswirkt. So konnten sich 78,9 % der Betroffenen nach der Operation mit ihrem eigenen Körper besser identifizieren und berichteten von einer verbesserten psychischen Verfassung. Keiner der Probanden empfand seine Lebenssituation als generell eingeschränkt oder verschlechtert (Noll & Kasten, 2014).

2.2 Zahnlosigkeit

Im folgenden Abschnitt soll eine kurze Einführung in die für diese Arbeit relevanten Aspekte der generellen Zahnlosigkeit gegeben werden. Hierzu soll zunächst auf die funktionellen Auswirkungen eingegangen werden, um im Anschluss die Effekte auf die Lebensqualität der Betroffenen darzustellen. Die Zahnlosigkeit als solche wird als körperliche Behinderung angesehen, da sie eine Vielzahl von ästhetischen und funktionellen Spätfolgen birgt, und Betroffene in der gesellschaftlichen Teilhabe einschränken kann (World Health Organisation, 2005). Für den Verlust der Zähne sind in den meisten Fällen Karies und Parodontitis ursächlich. Häufig ist in erhöhtem Alter trotz intensiver Prophylaxe ein Zahnverlust unvermeidbar. Anodontie, die Zahnlosigkeit aufgrund von genetischen Ursachen, ist äußerst selten und tritt weitaus früher ein (Zitzmann, 2004). Die im Folgenden dargestellten Auswirkungen beziehen sich vor allem auf altersbedingte und natürliche Zahnlosigkeit. Für die vorliegende Arbeit ist der Umgang der BIID-Betroffenen mit der erwünschten Zahnlosigkeit von besonderem Interesse. Dennoch soll zunächst anhand einer theoretischen Annäherung, die Auswirkungen von Zahnlosigkeit auf die Normalbevölkerung dargestellt werden, um somit mögliche Diskrepanzen zu BIID-Betroffenen an späterer Stelle aufzeigen zu können.

2.2.1 Anatomische und funktionelle Auswirkungen der Zahnlosigkeit

Die Entfernung bzw. der Verlust der Zähne birgt eine Vielzahl gravierender Auswirkungen für das Individuum. Diese lassen sich grob in anatomische und in funktionelle Veränderungen unterteilen. Auf anatomischer Ebene führt der zahnlose Kiefer zum Einfallen des Oberkiefers, bei gleichzeitig scheinbar stärkerer Ausbildung des Unterkiefers (Zitzmann, 2004). Dies ist bedingt durch die variablen Resorptionsprozesse in Ober- und Unterkiefer. So bildet sich der Oberkiefer, mit jährlichen 0,94 mm, viermal stärker zurück als der Unterkiefer und wirkt im relativen Umfang so deutlich eingefallen. Aufgrund der starken Veränderungen der Gesichtsproportionen kann dies zu Prothesenunverträglichkeiten und ästhetischen Beeinträchtigungen führen (Zitzmann, 2004).

Auf funktioneller Ebene stellen eine reduzierte Kaukraft, die Beeinträchtigung des sprachlichen Artikulationsvermögens sowie eine verminderte orale Wahrnehmung, die schwerwiegenderen Folgen des Zahnverlustes dar (Zitzmann, 2004). Ultimativ können diese Veränderungen die Betroffenen zu einer veränderten bzw. mangelhaften Ernährung bewegen und haben somit auch auf die allgemeine Gesundheit negativen Einfluss. Dies ist hauptsächlich bedingt durch die geringere Kaukraft bzw. Kaeffizienz unter zahnlosen und prothesentragenden Personen. Die Wahl der Speisen fällt somit gerade im Alter auf einfach konsumierbare Kost. Obwohl die Fähigkeit zu verdauen hiervon nicht beeinflusst wird, wird vor allem zuckerhaltige und fetthaltige Nahrung präferiert. Speziell ballaststoffreiche Nahrung, wie Gemüse und Obst wird demnach gemieden und kann zunehmend zu Mangelerscheinungen führen (Rajaraman, Ariga, Dhanraj & Jain, 2018).

2.2.2 Psychosoziale Einschränkungen

Die Folgen auf psychosozialer Ebene unterliegen großen interindividuellen Unterschieden und haben eine Vielzahl an Hintergründen. Der Verlust der Zähne lässt sich in primäre und sekundäre psychosoziale Beeinträchtigungen aufteilen (Zitzmann, 2004). Auf primärer Ebene ist die Angst vor der Zahnlosigkeit und dem Verlust der Körperstrukturen zu nennen. Für die Betroffenen stellt „der Verlust der Zähne als Teil des Körpers – oder bereits die Vorstellung dessen – stellt per se eine psychische Belastung dar“ (Zitzmann, 2004, S. 621). Auf sekundärer Ebene sind vor allem die psychischen Auswirkungen aufgrund der Folgeerscheinungen der Zahnlosigkeit zu nennen. In den meisten Fällen haben die funktionellen und anatomischen Auswirkungen im Umkehrschluss auch negative Effekte auf die psychische Gesundheit. Diese haben selbst bei der Kompensation mit Prothesen Auswir-

kungen auf die Lebensqualität (Nuttall, Steele, Pine, White & Pitts, 2001). Betroffene haben Angst mit ihrer Zahnlosigkeit aufzufallen und stehen zunehmend unter Anspannung. In vielen Fällen resultieren die verminderten Sprachfunktionen oder die anatomischen Proportionsveränderung in sozialem Rückzug. Davis, Fiske, Scott und Radford (2000) konnten in einer Untersuchung von 94 zahnlosen Patienten feststellen, dass 46% der Prothesenträger unter vermindertem Selbstbewusstsein und zunehmendem sozialen Rückzug litten. Darüberhinaus rückte in den letzten Jahren zunehmend die orale Lebensqualität (OLQ) bzw. die generelle Lebensqualität (LQ) in den Fokus der Forschung. Dennoch kann festgestellt werden, dass sich durch das Tragen von Prothesen die LQ und OLQ signifikant verbessert (Heydecke, 2002). Eine Kompensation der Zahnlosigkeit mit Prothesen ist aufgrund der vielzähligen anatomischen, funktionellen und psychosozialen Auswirkungen dringend zu empfehlen (Zitzmann, 2004).

2.3 Zahnlosigkeit und Body Integrity Identity Disorder

Bis zum heutigen Tage ist Zahnlosigkeit noch nicht Gegenstand der BIID-Forschung. Den Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit stellt ein Eintrag in einem BIID-Forum dar, in welchem von hunderten Betroffenen die Rede ist (fighting it, 2001). Die scheinbar gehäufte Erscheinung dieser eher seltenen Sonderform der Störung lässt auf ein vermehrtes Auftreten schließen. Tatsächlich stellt diese empirische Arbeit aus wissenschaftlicher Perspektive einen ersten Versuch dar, dieses bisher vernachlässigte Forschungsfeld verstärkt zu untersuchen. Somit kann ein aktueller Forschungsstand- wie gesagt- hierzu bislang nicht dargestellt werden.

Im Zuge der Untersuchung traten zwei Betroffene in persönlichen Kontakt und genehmigten die Verwendung von Ausschnitten ihrer Erfahrungsberichte in anonymisierter Form. Relevante Stellen der schriftlichen Kommunikation via E-Mail sollen im Ergebnisteil der Arbeit zitiert werden. Die vollständigen Ausführungen der detaillierten Erfahrungsberichte werden aus Datenschutzgründen nicht veröffentlicht. Aus wissenschaftlicher Perspektive gilt es diese Berichte als subjektive Einzelerfahrungen zu interpretieren, die keine fundierte Verallgemeinerung der Forschungsergebnisse zulassen. Sie dienen lediglich als richtungsweisende, empirische Stütze für die erhobenen Forschungsergebnisse und besitzen in diesem Zusammenhang zunächst primär anekdotischen Charakter.

Da ein Verlust der Zähne laut ICF (International Classification of Functioning) als Strukturschaden anzusehen ist, welcher durch Folgeeinschränkungen die Teilhabe an der Gesellschaft entschieden einschränken kann, definiert die WHO Zahnlosigkeit als Behin-

derung (World Health Organisation, 2005). Rein definitorisch würde das langanhaltende Verlangen nach Zahnlosigkeit also die Formulierung der Body Integrity Disphoria gemäß vorläufigen Version des ICD 11 erfüllen (World Health Organisation, 2018).

3. Fragestellungen und Hypothesen

Die vorliegende Untersuchung soll dazu dienen zwei Kernthematiken näher zu betrachten. Einerseits soll erforscht werden ob die Zahnlosigkeit unter das Spektrum der BIID fällt. Darüberhinaus sollen mögliche Gemeinsamkeiten und Ursachen unter den Betroffenen beleuchtet werden. Da die Diagnosekriterien für BIID noch im wissenschaftlichen Diskurs stehen und noch nicht final anerkannt sind, werden die folgenden Hypothesen und Teilfragen aufgestellt. Zur Untersuchung der Störungshintergründe soll auf die Theorie von Thiel (2010) und auf die Ergebnisse von Obernolte et al. (2015) bezüglich der Kindheitserfahrungen von BIID-Betroffenen aufgebaut werden. An dieser Stelle soll im speziellen auf die Erfahrungen mit Zahnerkrankungen und zahnlosen Personen eingegangen werden.

Die dargestellten Hypothesen sind an den Forschungsstand von BIID angelehnt.

Hypothese 1:

Nullhypothese $H1_0$: Der Wunsch zahnlos zu sein entspricht in Schwere und Intensität, wie sie der BIID-Fischer Fragebogen testet, anderen Formen der BIID.

Alternativhypothese $H1_A$: Der Wunsch zahnlos zu sein entspricht in Schwere und Intensität, wie sie der BIID-Fischer Fragebogen erfasst, nicht anderen Formen der BIID.

Hypothese 2:

Nullhypothese $H2_0$: Personen mit dem Wunsch nach Zahnlosigkeit litten nicht signifikant häufiger unter Zahnerkrankungen in ihrer Vorgeschichte als gesunde Kontrollprobanden bzw. andere BIID-Betroffene.

Alternativhypothese $H2_A$: Personen mit dem Wunsch nach Zahnlosigkeit litten signifikant häufiger unter Zahnerkrankungen in ihrer Vorgeschichte als gesunde Kontrollprobanden bzw. andere BIID-Betroffene.

Hypothese 3:

Nullhypothese $H3_0$: Personen mit dem Wunsch zahnlos zu sein hatten in ihrer Jugend nicht vermehrt Kontakt mit Personen die auch adental waren, als andere gesunde Kontrollprobanden bzw. andere BIID-Betroffene.

Alternativhypothese H3_A: Personen mit dem Wunsch zahnlos zu sein hatten in ihrer Jugend signifikant mehr Kontakt mit Personen die auch adental waren, als andere gesunde Kontrollprobanden bzw. andere BIID-Betroffene.

Hypothese 4:

Nullhypothese H4₀: Personen mit dem Wunsch zahnlos zu sein, unterscheiden sich in der Bewertung von Zahnlosigkeit nicht von gesunden Kontrollprobanden bzw. anderen BIID-Betroffenen.

Alternativhypothese H4_A: Personen mit dem Wunsch zahnlos zu sein, unterscheiden sich in der Bewertung von Zahnlosigkeit von gesunden Kontrollprobanden bzw. anderen BIID-Betroffenen.

Da die bis dato vorhandenen Erfahrungsberichte über Zahnlosigkeit keinerlei Details über die genauen Inhalte der Störung preisgeben, sollen folgende explorative Fragestellungen zusätzlich bearbeitet werden. Dazu sollen vor allem die offenen Items des Fragebogens genutzt werden.

Explorative Frage I:

Liegt bei der angestrebten Zahnlosigkeit das zahnlose Erscheinungsbild im Vordergrund, oder ist das Erscheinungsbild mit künstlichen Zahnprothesen bedeutender?

Explorative Frage II:

Wie äußert sich das *Pretenden* bei der Zahnlosigkeit? Welche Gefühle stehen damit in Verbindung?

Explorative Frage III:

Welche Gefühle werden bei der angestrebten Zahnlosigkeit empfunden bzw. werden erwartet? Welche Gefühle spielen im Zuge des Veränderungsverlangens eine Rolle?

Es ist unklar inwieweit die Zahnlosigkeit über Formen des *Pretendens* verfügt bzw. wie diese aussehen. Darüberhinaus soll begutachtet werden, welche Gefühle dabei ausgelöst werden. Der starke Bezug zu erotischen Inhalten bezüglich der angestrebten Versehrtheit konnte bereits First (2005) in seiner Studie feststellen. Dieser gilt oft als sekundärer Beweggrund für die Störung. Da die Störung früher unter die Diagnose der Paraphilien fiel, stößt der Aspekt der Sexualität jedoch meist auf Abwehr und muss mit der entsprechenden Zurückhaltung behandelt werden (Stirn et al., 2010). Da die erwartete Stichprobe sehr klein sein wird, soll die Sexualität im Zuge der Befragung nicht direkt abgefragt werden.

Obwohl die Zahnlosigkeit und ihre Folgeeinschränkungen gemäß ICF als Behinderungsform geführt werden kann, muss untersucht werden, inwieweit dies unter die Diagnose BID fällt (World Health Organisation, 2005; World Health Organisation, 2018). Ziel der Arbeit soll es sein, die bisher nur in sehr vereinzeltten Erfahrungsberichten dargestellte Form der Zahnlosigkeit zu untersuchen und somit die Klassifizierbarkeit der verschiedenen Erscheinungsformen voranzubringen.

4. Methodik

Im Folgenden soll die angewandte Forschungsmethodik genauer erläutert werden. Hierzu werden verwendete Erhebungsinstrumente, das Studiendesign sowie die erhobene Stichprobe und anschließende Datenanalyse aufgezeigt. Abschließend sollen die ethischen Aspekte der Arbeit dargestellt werden.

4.1 Instrumente

Zur Bearbeitung der vorliegenden Untersuchung wurde ein Onlinefragebogen genutzt. Der Fragebogen gliedert sich in drei Teile. Diese enthalten neben den soziodemographischen Daten, den Fragebogen zum Screening des Schweregrades und der Intensität von BIID (Fischer, Schnell, & Kasten, 2015), sowie ein für diesen Forschungszweck erstelltes Diagnostikum. Da das genutzte Selbsthilfe-Forum und der zu Beginn der Studie recherchierte Erfahrungsbericht auf Englisch vorlag, standen die dargestellten Instrumente in deutscher und englischer Fassung zur Verfügung.

4.1.1 Screening des Schweregrades und der Intensität

Der von Fischer et al. (2015) entwickelte Fragebogen zielt darauf ab BIID in Schwere und Intensität zu erfassen. Er wurde auf Grundlage der bestehenden Literatur entwickelt und an 45 Probanden getestet. Bis heute handelt es sich dabei um eine der größten Stichproben in der BIID-Forschung. Angesichts der gesellschaftlich sowie wissenschaftlich äußerst geringen Akzeptanz von BIID, handelt es sich hierbei um eine ausreichend große Stichprobe zur Fragebogenentwicklung. Das Inventar erhebt sowohl habituelle als auch aktuelle Verhaltensweisen und Gefühle. Die Fragen beziehen sich auf die Symptomatik der letzten 6 Monate, sowie auf die Beschäftigungsintensität mit BIID innerhalb der letzten 14 Tage. Dazu wird, neben dem konkreten Veränderungswunsch und dem Eintrittsalter, vor allem der Schweregrad durch Zustimmung zu vorgegebenen Aussagen erfasst. Die Befragten sollen sich dazu auf einer 7-stufigen Likertskala einordnen. Der Test besitzt mit einem Cronbachs-„ α “ von .929 eine ideale interne Konsistenz (Fischer et al., 2015). Der erfasste Ge-

samtscore setzt sich aus dem Mittelwert der habituellen Items zusammen und lässt folgende Abstufung zu (vgl. Tabelle 3):

Tabelle 3

Klassifikation des Schweregrades der BIID

Schweregrad	M	SD
Sehr schwache BIID	<2.6	< -2
Schwache BIID	2.6 – 3.5	-2 – -1
Mittlere BIID	3.6 – 5.5	-1 – +1
Schwere BIID	5.6 – 6.5	+1 – +2
Sehr schwere BIID	>6.5	> +2

Anmerkungen. M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, übersetzt aus (Fischer et al., 2015, S.78)

In der vorliegenden Studie soll vor allem getestet werden, inwieweit das Zahnlosigkeitsverlangen in Schwere und Intensität der BIID entspricht.

4.1.2 Selbsterstellter Fragebogen BIID

Aufgrund der bisher fehlenden Erforschung von BIID in Verbindung mit Zahnlosigkeit, wird im Zuge der Arbeit ein geeignetes Diagnostikum erstellt. Der Fragebogen basiert auf dem aktuellen Forschungsstand zu BIID und dient der Erhebung der dargestellten Hypothesen. Er bezieht sich auf die grundlegenden Erkenntnisse zur Ätiologie, wie sie im theoretischen Teil der Arbeit geschildert wurden.

Aufgrund der Heterogenität der Erscheinungsbilder sind verallgemeinernde Erklärungsansätze meist insuffizient und können die individuelle Entstehung nicht vollständig erfassen. Das Diagnostikum versucht deshalb auf die präpubertäre Prägung und kindlichen Erfahrungen mit versehrten Personen einzugehen, wie sie der verhaltenstherapeutische Erklärungsansatz von Jürgen Thiel (2010) vorschlägt. Entsprechend des Modells von Thiel wird dabei von einer neurologischen Prädisposition ausgegangen, welche im Zuge der Untersuchung jedoch nicht erfasst werden konnte. Ferner wird betrachtet, welche Erfahrungen Betroffene im Kindesalter mit der angestrebten Behinderung gemacht haben. Hierzu sollen sowohl die direkten Erfahrungen mit Zahnerkrankungen, als auch die Erfahrungen mit zahnlosen Personen untersucht werden, wie sie von Obernolte et al. (2015) nachgewiesen wurden. An dieser Stelle ist das Verhältnis zu diesen Personen von besonderem Interesse,

was im Zuge der Untersuchungen von Obernolte et al. (2015) bestätigt werden konnte. Es ist jedoch anzumerken, dass der hierzu herangezogene Erklärungsansatz keineswegs ausschöpfend und vollkommen ist. Vor dem Hintergrund, dass das Erscheinungsbild der erwünschten Zahnlosigkeit bis dato nahezu unerforscht ist, scheint eine solche Annäherung jedoch als wissenschaftlich adäquate Herangehensweise (Stirn et al., 2010).

Um die Kindheitserfahrungen, wie sie Thiel (2010) und Obernolte et al. (2015) vorschlagen, zu erfassen, wurde auf das von Obernolte (2013) erstellte Diagnostikum bezüglich Kindheitserfahrungen bei BIID-Betroffenen zurückgegriffen und auf den Zahnlosigkeitsaspekt abgewandelt. Da es sich hier nicht um einen standardisierten Fragebogen handelt, wurden lediglich einzelne relevante Items genutzt (Obernolte, 2013). Dies soll die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Störungshintergründe von BIID und dem Verlangen der Zahnlosigkeit verdeutlichen. Dazu wurden die Fragebogenteilnehmer zunächst zu Kindheitserfahrungen mit zahnlosen bzw. prothesentragenden Personen befragt. Dabei sollten die Personen vor allem die subjektiv wahrgenommene Qualität der Beziehung zu diesen Personen auf einer bipolaren Skala (-3 = sehr schlechtes Verhältnis; 0 = neutrales Verhältnis; +3 = sehr gutes Verhältnis) beurteilen. Darüber hinaus sollten die Probanden angeben wie häufig sie unter Zahnerkrankungen litten und inwiefern sie dadurch Einschränkungen bzw. Belastungen erlebt haben. An dieser Stelle war neben der Häufigkeit an Zahnerkrankungen vor allem die erlebte Einschränkung von besonderem Interesse, die auf einer unipolaren Skala (0=keine Einschränkung bis 100=maximal starke Einschränkung) angegeben werden sollte. Abschließend wurde die Bewertung der Zahnlosigkeit im Kindesalter und im Erwachsenenalter erfasst, um eine Abgrenzung zu BDD zu ermöglichen (Stirn, et al., 2010). Die Befragten sollten auf einer bipolaren Skala angeben, inwieweit sie den Anblick abstoßend (= -3) bzw. anziehend empfanden (= +3) (Obernolte, 2013).

Da die vorgenommene Studie vor allem auch explorativer Natur sein soll, beinhaltet der Fragebogen auch offene Fragen. So ist es noch unklar inwieweit die Zahnlosigkeit über Formen des *Pretendens* verfügt. Ferner ist es noch ungewiss ob die angestrebte Zahnlosigkeit offen gezeigt werden soll oder das Tragen von Prothesen im Vordergrund steht. Abschließend soll überprüft werden welche Gefühle und Gedanken mit der Zahnlosigkeit in Verbindung stehen. Wie in der theoretischen Annäherung beschrieben, stellen das Streben nach Vollkommenheit und die sexuelle Anziehung bedeutende Faktoren bei den Betroffenen dar. Es ist also zu überprüfen inwieweit sich dies mit anderen Erscheinungsformen von BIID deckt.

Zum Abschluss des Fragebogens wurden mögliche komorbide Störungen abgefragt. Hier steht die Erfassung von psychotischen Diagnosen als Ausschlusskriterium im Vordergrund. Da BIID nicht psychotischer bzw. wahnhafter Natur ist, wurden Probanden mit entsprechenden Diagnosen nicht in die Erhebung einbezogen (Stirn et al., 2010).

4.2 Studiendesign

Die vorliegende Studie ist als Querschnittsstudie mit quantitativer Datenerhebung angelegt und wurde anhand eines Onlinefragebogens erhoben. Diese Form der Datenerhebung wurde gewählt, um die generell schwer erreichbare Stichprobe möglichst anonym erheben zu können und die Hürden an der Teilnahme möglichst gering zu halten. Denn in der Regel trifft BIID im sozialen Umfeld auf Unverständnis und wird von den Betroffenen deshalb geheim gehalten. Darüber hinaus konnte den Probanden so die Anonymität und die Einhaltung der Datenschutzrichtlinien zugesichert werden.

Der Fragebogen wurde über die Onlineplattform *Unipark* (Questback, 2018) erstellt und auf verschiedenen Kommunikationskanälen verbreitet. Die zu untersuchende Stichprobe, bestehend aus BIID-Betroffenen, wurde über einen Email-Verteiler von Herrn Professor Kasten kontaktiert. Die gesunden Kontrollpersonen wurden über soziale Netzwerke generiert. Die Gruppe der Zahnlosen wurde mittels des Selbsthilfe-Forums *fighting-it* kontaktiert. *Fighting-It* ist ein englischsprachiges Forum für BIID-Betroffene und auch Forscher, welches 2480 Mitglieder umfasst (fighting it, 2001).. Auf der Plattform sind Einträge von Zahnlosen vorzufinden, welche darüberhinaus persönlich kontaktiert wurden. Alle Teilnehmer agieren hier größtenteils anonym.

4.3 Ethische Aspekte

Da sich die Studie mit einem psychischen Störungsbild befasst und somit auch zu erwarten ist, dass es sich bei den Betroffenen um Patienten handelt, wurde vor Erhebung ein entsprechender Ethikantrag gestellt. Der Antrag ging am 30.11.2018 bei der Ethikkommission ein. Die Kommission hat die vorliegenden Fragebögen und restlichen Inhalte des Studiendesigns am 10.12.2018 positiv bewertet. Durch das Einverständnis der Ethikkommission konnte versichert werden, dass die Untersuchung sich an die Richtlinien des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. sowie den Standards der Deutschen Gesellschaft für Psychologie entspricht.

Es wurden folgende Schritte unternommen, um das Wohl der Patienten zu sichern und mögliche Risiken zu minimieren. Jede Versuchsperson wurde zu Beginn über die genauen Inhalte der Studie informiert. Dabei wurden die Hintergründe der Studie, die Nut-

zung sowie die Aufbewahrung der Daten zu rein wissenschaftlichen Zwecken und die Möglichkeit, die Befragung jederzeit abubrechen erläutert.

Hierzu konnte zu Beginn ein Codewort erstellt werden, um im Falle eines Rückzugs der Einverständniserklärung die Löschung der Daten zu ermöglichen. Die Teilnehmer wurden darüber informiert, dass ihnen durch den Abbruch bzw. Rückzug der Einverständniserklärung keinerlei Nachteile entstehen. Das Codewort wurde so erstellt, dass es keinerlei Rückschlüsse auf die Person zulässt. Den Betroffenen wurde zudem erläutert, dass die Beantwortung der Fragen keine psychischen oder physischen Risiken birgt. Die Daten werden lediglich für die beschriebene Untersuchung genutzt und hierfür zehn Jahre lang verschlüsselt gesichert. Lediglich der Versuchsleiter und der durchführende Student haben Zugang zu den Daten.

4.4 Datenanalyse

Zur anschließenden Auswertung wurden die Daten in die 23. Version von SPSS eingespeist und ausgewertet (IBM Corporation, 2015). Ziel der Erhebung soll es sein, Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Erscheinungsformen von BIID zu erfassen sowie jeweilige Vorerfahrungen und Vorerkrankungen zu untersuchen.

4.5 Stichprobe

Hierzu wurde die Stichprobe der Zahnlosen mit zwei Kontrollgruppen verglichen. Diese bestanden einerseits aus BIID-Betroffenen und andererseits aus gesunden Kontrollprobanden. Obwohl 30 Probanden pro Gruppe angestrebt waren, konnten aufgrund der gesellschaftlich kaum anerkannten Krankheit und nur schwer erreichbaren Betroffenen, lediglich in der gesunden Kontrollgruppe mehr als 30 Probanden generiert werden. Im Zuge der Untersuchung konnten 58 Probanden erreicht werden. Diese teilen sich in drei Personengruppen auf: Personen mit dem Wunsch nach Zahnlosigkeit, 19 BIID-Betroffene und 36 gesunde Kontrollpersonen. Der Link zum Fragebogen wurde über das Onlineforum *fighting-it* verteilt und auch via Emailverteiler verbreitet. Motivation für die vorliegende Studie ist ein Erfahrungsbericht, in dem ein Betroffener die sehnlichst gewünschte Zahnlosigkeit schildert und scheinbar Kontakt zu 200 Personen mit dem gleichen Veränderungswunsch hatte (fighting it, 2001). Diese Person sowie weitere englischsprachige Betroffene konnten im Rahmen dieser Studie nicht erreicht werden. Auch nach mehrmaligen Email-Aufrufen konnten keine weiteren Betroffenen generiert werden. In anschließenden Forschungsarbeiten sollte daher der Kontakt zu Betroffenen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit, aufbauend auf den hier generierten Forschungsergebnissen, gezielt angestrebt wer-

den. Die vorliegende, kleine Stichprobe führt zu entsprechenden Einschränkungen. Auf diese Aspekte soll im folgenden Diskussionsteil explizit eingegangen werden. Der ursprüngliche Plan die drei Gruppen zu parallelisieren musste verworfen werden. Der Vergleich von jeweils drei Personen pro Gruppe würde dem Forschungsvorhaben aufgrund des geringen inhaltlichen Umfangs und mangelnder Repräsentativität nicht gerecht werden. Die erhobenen Kontrollgruppen wurden deshalb jeweils komplett einbezogen.

Tabelle 4

Soziodemographische Daten der Stichproben

Variable	BIID-Gruppe		Zahntfernung- Wunsch		Gesunde-Gruppe	
	n	%	n	%	n	%
Alter						
(M,SD)	45.89	±13.89	46.7	±9.02	35.08	±15.69
Geschlecht						
männlich	12	63.2	3	100	17	47.2
weiblich	6	31.6	0	0	19	52.8
Andere	0	0	0	0	0	0
Fehlender Wert	1	5.3	0	0	0	0
Weiterführende Ausbildungsjahre						
(M,SD)	6.78	±5	13	±5.19	4.85	±3.37
Familienstand						
Ledig	10	52.7	1	33.3%	24	66.7
verheiratet	7	36.8	1	33.3%	9	25.0
geschieden	2	10.5	1	33.3%	1	2.8
verwitwet	0	0	0	0%	2	5.6
Sexuelle Orientierung						
heterosexuell	9	47.4	3	100	35	97.2
homosexuell	3	15.8	0	0	0	0
bisexuell	6	31.6	0	0	1	2.8
Fehlender Wert	1	5.3	0	0	0	0

Anmerkung. M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, n=Anzahl der Elemente, %=Prozent

Tabelle 4 veranschaulicht die soziodemographischen Daten der erhobenen Gruppen. Innerhalb der Gruppe mit Verlangen nach Zahnlosigkeit hatten zwei der drei Personen ihren sehnlichen Wunsch nach Zahnlosigkeit bereits verwirklichen können. Darunter strebt eine der befragten Personen einen weiteren körperlichen Versehrungswunsch an. Bei der dritten Person steht die Zahnlosigkeit noch aus und gilt als persönlich wichtigster Veränderungswunsch. Das Eintrittsalter der Störung lag zwischen dem zehnten (66.6 %) und zwölften (33%) Lebensjahr und deckt sich somit mit dem theoretischen Wissen einer präadoleszenten Manifestation (Stirn et al., 2010).

Im Zuge der Erfassung des Veränderungswunsches unter den BIID-Betroffenen strebten 13 Personen eine Amputation, fünf Personen Lähmungen und eine Person Blindheit an. Innerhalb der Kontrollgruppe strebte keine Person eine körperliche Veränderung an.

5. Ergebnisse

Die folgenden Ergebnisse wurden auf Basis der zuvor aufgestellten Hypothesen und explorativen Fragestellungen generiert. Da im Zuge der Befragung lediglich drei Probanden mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit erhoben werden konnten, ist es im Sinne des Forschungsvorhabens, die nachfolgenden Hypothesen mit Hilfe eines non-parametrischen Verfahrens für unabhängige Stichproben zu untersuchen. Diese Annahme wird durch die Sichtung der Histogramme und die Testung auf Normalverteilung bestätigt. Bei Testung auf Normalverteilung mit Hilfe des Shapiro-Wilk Tests (siehe Anhang: A), konnte festgestellt werden, dass keine der untersuchten Variablen normalverteilt ist. Die ermittelten Signifikanzwerte liegen alle unter dem Signifikanzniveau ($p < .05$). Die durchführbaren Verfahren beschränken sich somit auf non-parametrische Testungen.

Da primär der Vergleich der Zahnlosengruppe mit den einzelnen Kontrollgruppen angestrebt wurde, sollen mögliche Gruppenunterschiede mittels des Mann-Whitney-U-Tests für unabhängige Stichproben untersucht werden (Rasch, Friese, Hofmann & Naumann, 2014). Das Signifikanzniveau wurde auf $p < .05$ festgelegt. Um die Daten ausreichend interpretieren zu können, soll zusätzlich mit Mittelwerten, der Standardabweichungen und der Effektstärke nach Cohens (d) gearbeitet werden. Dabei soll je nach untersuchter Stichprobenszusammensetzung die asymptotische ($n_1 + n_2 > 30$) bzw. die exakte Signifikanz ($n_1 + n_2 < 30$) angegeben werden. In den vorliegenden Tabellen sind Mittelwerte, Standardabweichungen sowie Signifikanz der nicht-parametrischen Testung zusammengefasst. An dieser Stelle ist zu beachten, dass der U-Test mit Rängen arbeitet und nicht mit

Mittelwerten, diese jedoch zusammen aufgeführt werden und der Veranschaulichung dienen sollen.

Zur Untersuchung der aufgestellten Hypothesen wurden neben dem BIID-Score, zwei weitere Scores gebildet. Hierzu wurde der Mittelwert der qualitativen Beurteilung herangezogen. Zur Validierung der Score-Bildung wurde jeweils der Cronbachs-, α -Koeffizient berechnet.

Als erstes wurde die erlebte Einschränkung über die verschiedenen Zahnerkrankungen (=, *Wie hoch war das erlebte Ausmaß an Einschränkungen durch Zahnerkrankungen*“) zum Score *erlebte Einschränkung* zusammengefasst. Dazu wurde aus den acht vorliegenden Items jeweils der Mittelwert der erfüllten Items herangezogen. Die 6-stufige Skala der Zahnerkrankungen erstreckt sich von „keiner Einschränkung“ (= 0) bis „maximale Einschränkung“ (=100) und bezieht sich auf verschiedene Zahnerkrankungen. Cronbachs α beträgt dabei .72 und liegt im akzeptablen Bereich.

Analog dazu wurde zur Erfassung des Verhältnisses zu Zahnlosen Personen im Jugendalter (Items=“Wie positiv bzw. negativ war Ihr Verhältnis zu Zahnlosen Personen in der Jugend bzw. Kindheit“) ein entsprechender Score *Verhältnisbewertung* gebildet. Dazu wurden sieben Items zusammengefasst, wobei die Beziehung zu verschiedenen Zahnlosen Personen auf einer 7-stufigen Skala („sehr schlechtes Verhältnis“ =-3 bis „sehr gutes Verhältnis“ =+3) einzuordnen war. Der Cronbachs-, α -Koeffizient beträgt .949 und liegt somit im exzellenten Bereich. Durch die Bildung eines Score-Mittelwertes gehen mögliche Informationen der spezifischen Personen bzw. Erkrankungen verloren. Dieser Aspekt soll in den Limitationen aufgefasst werden.

Tabelle 5:

Ergebnisse des Gruppenvergleichs bezüglich Altersunterschiede Mann-Whitney U-Test

Variable	BIID n=(19)		Zahment- fernungs- wunsch (n=3)		Gesunde (n=36)		Signifikanz (U-Test) (zweiseitig)
	M	SD	M	SD	M	SD	
Alter	45,9	± 13,9	46,7	± .9			<i>p</i> =.96
Alter			46,7	± .9	35,1	± 15,7	<i>p</i> =.17

Anmerkung. Deskriptive Werte: M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, n=Stichprobengröße, Interferenzstatistik: zweiseitige Signifikanz mittels U-Test

Die vorliegende Gruppe der zahnlosen Personen unterscheidet sich, wie in Tabelle 5 zu sehen ist, im Alter nicht signifikant von den Kontrollgruppen. Obwohl die Gruppe der Zahnlosen lediglich aus Männern besteht, konnten keine signifikanten Geschlechterunterschiede für die untersuchten Variablen festgestellt werden(vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6:

Geschlechterunterschiede der untersuchten Variablen Mann-Whitney-U-Test

Variable	Frauen (n=25)		Männer (n=32)		Signifikanz (U-Test) (zweiseitig)
	M	SD	M	SD	
BIID-Score	2.04	± 1.92	2.99	± 2.15	$p=.12$
Zahnlose Personen Umfeld	2.25	±1.61	3.33	±4.3	$p=.84$
Häufigkeit Zahnerkrankung	1.12	±.44	1.22	±.42	$p=.41$
Erlebte Einschränkung	2.34	± 1.02	2.08	± 1.06	$p=.39$
Verhältnis zu Zahnlosen	5.59	± 1.37	5.17	± 1.51	$p=.35$
Erste künst. Zahnentfernung	2.76	± 2.13	3.84	± 2.7	$p=.84$
Erste natürliche Zahnverlust	4.76	±1.87	4.97	±2.01	$p=.74$
Zahnlosigkeit Kindheit	2.04	±1.27	2.78	±1.77	$p=.11$
Zahnlosigkeit Erwachsenen	2.56	± 1.12	2.91	± 1.79	$p=.84$
Alter	37.64	±17.37	40.25	±14.26	$p=.29$

Anmerkung. Deskriptive Werte: M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, n=Stichprobengröße, Interferenzstatistik: zweiseitige Signifikanz mittels U-Test

Da geschlechtsspezifische Einflüsse dennoch nicht auszuschließen sind, enthalten die im folgenden Ergebnisteil aufgelisteten Tabellen teilweise auch die rein männlichen Werte.

5.1 Ergebnisdarstellung Hypothese 1

Zur Überprüfung der Übereinstimmungen in Schwere und Intensität des BIID Fischer-Fragebogens wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Dieser ergab keine signifikanten Unterschiede in den Rängen zwischen Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit und BIID-Betroffenen ($z=-.191, p=.857$). Wie in Tabelle 7 ersichtlich ist, erreichten sowohl Probanden mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit als auch BIID-Betroffene mittlere BIID-Scores. Die Stichprobe der Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit wurde zusätzlich noch mit der gesunden Kontrollgruppe verglichen. Bei zweiseitiger Testung konnten hier eindeutig signifikante Gruppenunterschiede festgestellt werden ($z=-2.845, p<.05$).

Tabelle 7

Gruppenvergleich der BIID-Scores mittels Mann-Whitney-U-Test

Variable	BIID (n= 19)		Zahment- fernungs- wunsch (n= 3)		Gesunde (n=36)		Signifikanz (U-Test) (zweiseitig)
	M	SD	M	SD	M	SD	
	BIID Score	4.93	± 1.16	5.02	± 1.16		
BIID Score			5.02	± 1.16	1.15	± 0.85	<i>p</i> =.004**

Anmerkung: Deskriptive Werte: M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, n=StichprobengöÙe, Interferenzstatistik:***p*<.01zweiseitige Signifikanz mittels U-Test; Score-Abstufung (<2.6(=sehr schwache BIID), 2.6-3.5(=schwache BIID), 3.6 – 5.5(=mittlere BIID), 5.6-6.5(schwere BIID); >6.5 (=sehr schwere BIID))

Wie in Tabelle 8 ersichtlich ist zeichnet sich ein ähnliches Bild bei einer rein männlichen Stichprobe ab.

Tabelle 8:

Gruppenvergleich der BIID-Scores mittels Mann-Whitney-U-Test

Variable	BIID (n= 12 nur Männer)		Zahment- fernungs- wunsch (n= 3)		Gesunde (n=17 nur Männer)		Signifikanz (U-Test) (zweiseitig)
	M	SD	M	SD	M	SD	
	BIID Score	4.92	± 1.24	5.02	± 1.16		
BIID Score			5.02	± 1.16	1.27	±1.04	<i>p</i> =.004**

Anmerkung. Deskriptive Werte: M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, n=StichprobengröÙe, Interferenzstatistik:***p*<.01 zweiseitige Signifikanz mittels U-Test; Score-Abstufung (<2.6(=sehr schwache BIID), 2.6-3.5(=schwache BIID), 3.6 – 5.5(=mittlere BIID), 5.6-6.5(schwere BIID); >6.5 (=sehr schwere BIID))

5.2 Ergebnisdarstellung Hypothese 2

Zur Untersuchung, ob Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit häufiger an Zahnerkrankungen litten, wurde sowohl die Häufigkeit der Erkrankungen, als auch die durchschnittlich erlebten Einschränkungen durch Zahnerkrankungen herangezogen.

Der Mann-Whitney U-Test ergab, dass Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit nicht signifikant häufiger an Zahnerkrankungen (Median = 1, niedrige Werte entsprechen wenig Zahnerkrankungen) litten als die gesunde Kontrollgruppe (Mdn=1, niedrige Werte entsprechen wenig Zahnerkrankungen) ($z=-885$, $p=.299$). Auch beim Vergleich mit der BIID-Gruppe (Median=1, niedrige Werte entsprechen wenig Zahnerkrankungen) erzielten Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit keine signifikant höheren Werte ($z=-.352$, $p=.393$). Ein Median von 1 entspricht „0-2 Zahnerkrankungen bis zum 16. Lebensjahr“. Alter und Dauer der Erkrankung konnten aufgrund fehlender Werte nicht berechnet werden.

In Tabelle 9 wird ersichtlich, dass der Mittelwert des Scores *erlebte Einschränkung* in der Gruppe mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit nicht signifikant größer ist als in der BIID-Gruppe ($z=-.407$, $p=.369$). Auch im Vergleich zur gesunden Gruppe ergab der Mann-Whitney-U-Test keine signifikanten Ergebnisse. Die durchschnittliche Einschränkung durch Zahnerkrankungen ergab keine signifikant höheren Werte ($z=-.559$, $p=.288$). Da es sich hier um eine einseitige Testung handelt, wurden die zweiseitigen Signifikanzen der Tabelle 9 und Tabelle 10 halbiert. Die Skala der Zahnerkrankungen erstreckt sich von „keiner Einschränkung (= 0)“ bis „maximale Einschränkung“ (=100). Die durchschnittliche Einschränkung der verschiedenen Zahnerkrankungen lag in allen Gruppen bei 20.

Tabelle 9

Gruppenvergleich des Scores erlebte Einschränkung mittels Mann-Whitney U-Test

Variable	BIID (n=18)		Zahment- fernungs- wunsch (n=3)		Gesunde (n=34)		Signifikanz (U-Test) (zweiseitig)
	M	SD	M	SD	M	SD	
<i>erlebte</i>							
<i>Einschränkung</i>	2.13	±1.1	1.93	±.9			<i>p</i> =.740
<i>erlebte</i>							
<i>Einschränkung</i>			1.93	±.9	2.25	± 1.03	<i>p</i> =.576

Anmerkungen. Deskriptive Werte: Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), n=Stichprobengröße, Interferenzstatistik mittels Mann-Whitney U-Test Gruppenvergleich des Scores „Wie hoch war das erlebte Ausmaß an Einschränkungen durch Zahnerkrankungen“ Item Abstufung: 1(=0; keine Einschränkung) 2(= 20); 3(=40); 4(=60); 5(=80); 6(=100 maximale Einschränkung) ; Cronbachs-„ α “ beträgt .72

Tabelle 10 veranschaulicht ein ähnliches Bild bei einer rein männlichen Stichprobe.

Tabelle 10

Gruppenvergleich des Scores erlebte Einschränkung mittels Mann-Whitney U-Test

Variable	BIID (n=11 nur Männer)		Zahnt- fernungs- wunsch (n=3 nur Männer)		Gesunde (n=15 nur Männer)		Signifikanz (U-Test) (zweiseitig)
	M	SD	M	SD	M	SD	
	<i>erlebte Einschränkung</i>	2.09	±1.03	1.93	±.9		
<i>erlebte Einschränkung</i>			1.93	±.9	2.1	±1.17	$p=.912$

Anmerkungen. Deskriptive Werte: Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), n=Stichprobengröße, Interferenzstatistik mittels Mann-Whitney U-Test Gruppenvergleich des Scores: erlebte Einschränkung „Wie hoch war das erlebte Ausmaß an Einschränkungen durch Zahnerkrankungen“ Item Abstufung: 1(=0; keine Einschränkung) 2(= 20); 3(=40); 4(=60); 5(=80); 6(=100 maximale Einschränkung); Cronbachs-„ α “ beträgt .72

An dieser Stelle konnten zwei männliche gesunde Probanden und ein männlicher BIID-Betroffener keinerlei Zahnerkrankungen im Jugendalter vorweisen und wurden somit nicht in die Score-Berechnung eingeschlossen.

5.3 Ergebnisdarstellung Hypothese 3

Zur Untersuchung der Hypothese, ob Personen mehr Kontakt zu zahnlosen Personen in der Jugend hatten, wurde auf die Anzahl der zahnlosen Personen im Umfeld der Probanden zurückgegriffen. Die Gruppe mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit weist keine signifikant höhere Anzahl (M=11,SD=11.31,n=2) an zahnlosen Personen im Umfeld auf als BIID-Betroffene (M=3.25,SD=2.53;n=12), exakter Mann-Whitney-U-Test: $U= 5.0$, $p=.264$, $z=-1.295$. Auch im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe (M=2.08±1.88,n=24) erzielte die Gruppe mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit (M=11,SD=11.31,n=2) keine signifikant höhere Anzahl an zahnlosen Personen im Umfeld, exakter Mann-Whitney-U-Test: $U= 6.5$, $p=.098$, $z=-1.722$. Es ist zu beachten, dass lediglich zwei Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit, zwölf BIID-Betroffene und 24 gesunde Kontrollprobanden die Anzahl der zahnlosen Personen im Umfeld beantworteten.

Zusätzlich sollte der Score der durchschnittlichen *Verhältnissbewertung* herangezogen werden. Dieser beinhaltet die individuelle Verhältnisbewertung bezüglich aller Personengruppen. Wie in Tabelle 11 ersichtlich ist, bewerteten die Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit das Verhältnis zu Personen im Jugendalter sehr positiv. Der Mann-Whitney U-Test ergab signifikant höheren Werte in der Gruppe mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit gegenüber den BIID-Betroffenen ($z=-2.301$, $p=.017$). Die Effektstärke nach Cohen (1982) liegt bei $r= 0.52$ was einem starken Effekt entspricht.

Der Mann-Whitney U-Test ergab ebenfalls signifikant höhere Werte der Gruppe mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit im Vergleich zu der gesunden Kontrollgruppe ($z=-2.09$, $p=.37$). Die Effektstärke liegt dabei bei $r=.348$ und entspricht somit einem mittleren Effekt.

Tabelle 11:

Gruppenvergleich des Scores Verhältnisbewertung mittels Mann-Whitney-U-Test

Variable	BIID (n=19)		Zahnt- fernungs- wunsch (n=3)		Gesunde (n=34)		Signifikanz (U-Test) (zweiseitig)
	M	SD	M	SD	M	SD	
<i>Verhältnissbewertung</i>	5.04	±1.57	7.00	±.00			$p=.017$ *
<i>Verhältnisbewertung</i>			7.00	±.00	5.4	±1.31	$p=.037$ *

Anmerkungen. Deskriptive Werte: Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), n=Stichprobengröße, Interferenzstatistik mittels Mann-Whitney U-Test: * $p<.05$ Gruppenvergleich des Scores „Wie positiv bzw. negativ war Ihr Verhältnis zu zahnlosen Personen in der Jugend bzw. Kindheit?“ Abstufung (1(=-3; sehr schlechtes Verhältnis), 2(=-2), 3(=-1), 4(=0 neutral), 5(=+1), 6(=+2), 7(=+3, sehr gutes Verhältnis)), Cronbachs-„ α “ beträgt .949

An dieser Stelle konnten zwei weibliche gesunde Kontrollpersonen keinerlei zahnlose Personen vorweisen und wurden somit nicht in die Score-Berechnung eingeschlossen. Wie in Tabelle 12 ersichtlich ist, konnten auch in den rein männlichen Gruppen signifikante Unterschiede in den Rängen festgestellt werden.

Tabelle 12

Gruppenvergleich des Scores Verhältnisbewertung mittels Mann-Whitney-U-Test

Variable	BIID (n=12 nur Männer)		Zahment- fernungs- wunsch (n=3 nur Männer)		Gesunde (n=17 nur Männer)		Signifikanz (U-Test) (zweiseitig)
	M	SD	M	SD	M	SD	
	<i>Verhältnisbewertung</i>	4.52	±1.66	7.00	±.00		
<i>Verhältnisbewertung</i>			7.00	±.00	5,33	±1.11	$p=.038^*$

Anmerkungen. Deskriptive Werte: Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), n=Stichprobengröße, Interferenzstatistik: $*p<.05$ mittels Mann-Whitney U-Test Gruppenvergleich des Scores, „Wie positiv bzw. negativ war Ihr Verhältnis zu Zahnlosen Personen in der Jugend bzw. Kindheit?“ Abstufung (1(=-3; sehr schlechtes Verhältnis), 2(=-2), 3(=-1), 4(=0 neutral), 5(=+1), 6(=+2), 7(=+3, sehr gutes Verhältnis)), Cronbachs-„ α “ beträgt .949

5.4 Ergebnisdarstellung Hypothese 4

Um die Bewertung der Zahnlosigkeit zu untersuchen wurden Daten zur Zahnlosigkeit im Kindes- und im Erwachsenenalter herangezogen. Die Gruppe der Zahnlosen unterscheidet sich dabei signifikant von der BIID-Gruppe in der Bewertung von Zahnlosigkeit in der Kindheit. Wie in Tabelle 13 ersichtlich, weisen Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit eine positivere Bewertung (hohe Werte entsprechen einer positiven Bewertung) im Kindesalter ($z=-2.929$, $p=.001$) auf als BIID-Betroffene. Aus Tabelle 14 ist zu entnehmen, dass Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit, Zahnlose Personen im Erwachsenenalter anziehender bewerteten als BIID-Betroffene ($z=-2.880$, $p<.00$). Die Effektstärke nach Cohen liegt im Kindesalter bei $r=.53$ und im Erwachsenenalter bei $r=.66$ und entspricht in beiden Fällen einem mittleren Effekt.

Signifikante Gruppenunterschiede ergab der Mann-Whitney-U-Test auch beim Vergleich zwischen der Gruppe der Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit und der gesunden Kontrollgruppe im Kindesalter ($z=-2.933$, $p<.00$) und im Erwachsenenalter ($z=-2.969$, $p<.00$). Die Effektstärke nach Cohen liegt im Kindesalter bei $r=.49$ und im Erwachsenenalter bei $r=.49$ und entspricht in beiden Fällen einem mittleren Effekt.

Tabelle 13

Gruppenvergleich mittels Mann-Whitney U-Test für das Item „Wie stark haben Sie in Ihrer Kindheit Zahnlosigkeit mit positiven bzw. negativen Aspekten assoziiert?“

Variable	BIID (n=19)		Zahnent- fernungs- wunsch (n=3)		Gesunde (n=36)		Signifikanz (U-Test) (zweiseitig)
	M	SD	M	SD	M	SD	
<i>Zahnlosigkeitsbewertung</i>							
Kindesalter	1.95	±1.27	7.00	±.00			$p = .001^{**}$
<i>Zahnlosigkeitsbewertung</i>							
Kindesalter			7.00	±.00	2.39	±1.2	$p = .003^{**}$

Anmerkungen. Deskriptive Werte: Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), n=Stichprobengröße Interferenzstatistik: $**p < .01$ mittels Mann-Whitney U-Test für das Item „Wie stark haben Sie in Ihrer Kindheit Zahnlosigkeit mit positiven bzw. negativen Aspekten assoziiert?“ (1(=-3, sehr negativ), 2(=-2), 3(=-1), 4(=0 neutral), 5(=+1), 6(=+2), 7(=+3 sehr positiv))

Der Tabelle 14 ist zu entnehmen, dass die Mittelwerte der intervallskalierten Ratingskalen unter Zahnlosen bei sieben liegt (=sehr anziehend).

Tabelle 14

Gruppenvergleich mittels Mann-Whitney U-Test für das Item „Wie empfinden Sie den Anblick von Menschen mit Zahnlosigkeit?“

Variable	BIID (n=19)		Zahnt- fernungs- wunsch (n=3)		Gesunde (n=36)		Signifikanz (U-Test) (zweiseitig)
	M	SD	M	SD	M	SD	
Zahnlosigkeitsbewertung							
Erwachsen	2.16	±1.54	7.00	±.00			$p=.001^{**}$
Zahnlosigkeitsbewertung							
Erwachsen			7.00	±.00	2.75	±.91	$p=.003^{**}$

Anmerkungen. Deskriptive Werte: Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), n=Stichprobengröße Interferenzstatistik: $**p<.01$ mittels Mann-Whitney U-Test für das Item „Wie empfinden Sie den Anblick von Menschen mit Zahnlosigkeit?“ Abstufung: (1(=-3, sehr abstoßend), 2(=-2), 3(=-1), 4(=0 neutral), 5(=+1), 6(=+2), 7(=+3 sehr anziehend))

5.5 Weitere Ergebnisse

Neben der hypothesengeleiteten Auswertung konnten zusätzliche Erkenntnisse gewonnen werden. So wurde im Zuge der Bewertung die Erinnerungsbewertung des ersten Zahnverlustes betrachtet. An dieser Stelle konnten signifikante Unterschiede zwischen der BIID-Gruppe und der Gruppe mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit festgestellt werden. Sowohl der erste natürliche Zahnverlust ($z=-2.318$, $p=0.03$), als auch der künstliche Zahnverlust ($z=-2.196$, $p=.03$) wurde von der Zahnlosengruppe signifikant besser beurteilt (7 = sehr positive Erinnerung). Wie in Tabelle 15 ersichtlich ist, bestehen keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der gesunden Kontrollgruppe.

Tabelle 15

Gruppenvergleich mittels Mann-Whitney U-Test für das Item "Wie positiv empfanden Sie den ersten natürlichen bzw. den ersten künstlichen Zahnverlust?"

Variable	BIID (n=19)		Zahnt- fernungs- wunsch (n=3)		Gesunde (n=36)		U-Test (zweiseitig)
	M	SD	M	SD	M	SD	
	Erster natürlicher Ver- lust	4.1	±1.23	7.00	±.00		
Erster natürlicher Ver- lust			7.00	±.00	4.28	±.1.6	$p=.129$
Erste künstliche Ent- fernung	2.5	±1.32	7.00	±.00			$p=.03^*$
Erste künstliche Ent- fernung			7.00	±.00	2.48	±.1.34	$p=.078$

Anmerkungen. Deskriptive Werte: Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), n=Stichprobengröße, Interferenzstatistik: $*p<.05$ mittels Mann-Whitney U-Test für das Item "Wie positiv empfanden Sie den ersten natürlichen bzw. den ersten künstlichen Zahnverlust?" Abstufung: (1(= -3;sehr negativ),2(= -2), 3(= -1), 4(= 0; neutral), 5(=+1), 6(=+2), 7(=+3; sehr positiv))

Die Untersuchung bezüglich möglicher Assoziationen mit der Zahnlosigkeit ergab keine signifikanten Ergebnisse. (siehe Anhang A.)

5.6 Explorative Fragen

Da die Zahnlosigkeit als Erscheinungsform noch unerforscht ist, soll die genaue Manifestation der Störung anhand der folgenden explorativen Fragen untersucht werden. Weiterhin lässt sich das Erscheinungsbild ausschließlich durch Betroffene erörtern, sodass sich die folgenden Ergebnisse vornehmlich an den Äußerungen der Personen mit dem Wunsch nach Zahnlosigkeit orientieren. Dazu werden vor allem die Ergebnisse der offenen Fragestellungen herangezogen. Unterstützend werden ausgewählte Äußerungen der direkten Erfahrungsberichte aufgeführt, welche aufgrund ihrer fehlenden Standardisierung eher unterstützenden Charakter besitzen. Da der Umfang der erhobenen Experimentalstichprobe

nicht ausreicht, konnten an dieser Stelle keine Cluster gebildet werden und werden somit unverändert erfasst.

5.6.1 Explorative Frage I

Zur Untersuchung ob es sich beim angestrebten Veränderungsverlangen um ein zahnloses Erscheinungsbild handelt oder eine Kompensation durch Zahnprothesen angestrebt wird, konnten folgende Ergebnisse erhoben werden: Sowohl im Fragebogen als auch in den Erfahrungsberichten äußerten alle Betroffenen den Wunsch eine Zahnprothese zu nutzen. In Bezug auf das Item „Wollen Sie Ihre Zahnlosigkeit mit einer Prothese ausgleichen oder wollen Sie diese vorzeigen?“ gaben die zwei bereits erfolgreich zahnlosen Probanden an, bereits eine Zahnprothese zu nutzen (66%). Die Person mit ausstehender Zahnlosigkeit äußerte den Wunsch, nach erfolgreicher Entfernung der Zähne eine Prothese nutzen zu wollen (33%).

Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch in den beiden Erfahrungsberichten ab:

„Für mich ist das entfernen der Zähne die Notwendigkeit zum tragen der Zahnprothesen und das tragen von Zahnprothesen war schon immer ein absoluter Wunsch. [...] ich liebe dieses Gefühl von Plastik und dem super glatten Prothesengaumen. [...] für mich war und ist es die absolute Erfüllung zahnlos zu sein und diese tollen Prothesen tragen zu können, hätte ich schon viel, viel früher machen sollen!“ (Person A, persönliche Kommunikation, 27.12.2018)

„Ich wünsche mir nichts mehr und lieber auf der Welt, als endlich die restlichen Zähne, Kronen und Brücken zu entfernen und durch herausnehmbare Zahnprothesen zu ersetzen. [...] Ich möchte schneeweiße und perfekte grade Zähne und rosa Kunststoff- Zahnfleisch, eine große und dicke Gaumenplatte!“ (Person B, persönliche Kommunikation, 29.12.2018)

5.6.2 Explorative Frage II

Da die genaue Manifestation des *Pretendens* noch völlig unbekannt ist, wurde die folgende Frage anhand der offen gestellten Fragen ausgewertet. Die Formen des *Pretendens* wurden lediglich von zwei der drei Betroffenen benannt. In Tabelle 16 sind die Antworten der beiden offen gestellten Fragen ersichtlich. Im Zuge der Befragung der BIID-Gruppe konnten keine sinnvollen Formen des *Pretendens* benannt werden. Unter den gesunden Kontroll-

personen nannten drei Personen Formen des *Pretendens*. Davon nannten zwei Personen „Lippen über die Zähne stülpen“ und eine Person „Farbe“ als Vorschlag. Den restlichen Personen war es nicht bekannt bzw. deren Antworten waren nicht verwertbar.

Tabelle 16:

Nennung der Gruppe mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit zu offenen Fragen bezüglich Pretenden (n =3)

Gibt es Formen des Pretendens bei der Zahnlosigkeit ?	Was für ein Gefühl löst das Pretenden der Zahnlosigkeit bei Ihnen aus?	
Ich habe mir bei eBay Zahnprothesen gekauft für die Oberkiefer und Unterkiefer gekauft, die ich sehr gerne in den Mund nehme und dieses Gefühl genieße und so pretende. Ebenfalls habe ich eine eigens angefertigte Beinprothese und pretende	Es löst ein Gefühl der Erregung aus diese super schöne glatte Prothese mit der Zunge zu berühren und im Mund zu spüren, leider stören die eigenen Zähne eben dabei so wie das Bein beim pretenden. Mich erregen auch andere Zahnprothesenträger	Person 1
Zahnprothesen die über meine Zähne passen	Erotik und Erregung, glücklich zu sein	Person 2
nein!	mache ich nicht	Person 3

Die folgende Aussage wurde einem der Erfahrungsberichte entnommen und beschreibt das *Pretenden* sehr anschaulich:

„Ich nahm regelmäßig die Zahnprothesen in den Mund und habe mich dabei auch befriedigt! [...] es durchströmte mich ein unbeschreibliches Gefühl als ich mich mit diesen Prothesen im Mund sah! ich fing an sie regelmäßig zu tragen wenn ich allein war und dieses Gefühl ging bis zum äußersten, so sehr erregte es mich.“ (Person A, persönliche Kommunikation, 27.12.2018)

5.6.3 Explorative Frage III

Zur Betrachtung der Gefühle, die mit der Zahnlosigkeit in Verbindung stehen, wurden die in Tabelle 17 dargestellten offenen Items exploriert. Die mit der Zahnlosigkeit einhergehenden Einschränkungen konnten die Betroffenen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit nicht benennen. Die Äußerungen der Kontrollgruppen werden im Anhang aufgelistet.

Tabelle 17

Nennung der Gruppe mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit zu offenen Fragen bezüglich der Gefühle der Zahnlosigkeit (n =3)

Welche Gefühl verbinden Sie mit Zahnlosigkeit?	Was verbinden Sie mit Zahnlosigkeit?	Schildern Sie Ihre Gefühle bei der Vorstellung der Zahnlosigkeit?	
Das Gleiche wie bei der Amputation, den Körper mit meiner inneren Wahrnehmung anzugleichen. Ich würde mir sofort mein Bein amputieren lassen und auch alle Zähne entfernen lassen,! Beinprothese und Zahnprothesen tragen sind mein größter Wunsch!	Perfektion, Schönheit, Ästhetik, Erotik	Es erregt es mich wenn ich mich ohne Zähne sehe und ebenfalls mit diesen tollen Prothesen und mit diesen herum zuspielden. Schneeweiße Zähne die absolut grade sind und rosa Zahnfleisch lösen auch einen Orgasmus aus bzw. befriedige ich mich sehr oft dabei	Person 1
Endlich glücklich und ich selbst zu sein,	Den glatten Gaumen spüren, schönes aussehen	Glücklich sein	Person 2
ein überglickliches Gefühl ohne Zähne	Weiche Mundhöhle/ einen persönlich schönen Anblick der Mundhöhle ohne Zähne/ ein wunderbares Mundgefühl	es war der schönste Tag meines Lebens als die Zähne alle entfernt waren. Ich habe mir die Zähne alle in zwei Sitzungen ziehen lassen. Erst den Unterkiefer und dann den Oberkiefer. Wobei die Entfernung im Oberkiefer doch recht schmerzhaft waren so habe	Person 3

Die folgenden Aussagen sind aus den Erfahrungsberichten entnommen und befassen sich mit dem Gefühl der Zahnlosigkeit und der zentralen Veränderungsmotivation:

„Für mich war und ist es die absolute Erfüllung zahnlos zu sein und diese tollen Prothesen tragen zu können [...]. Nur wenn ich zu meiner inneren Identität stehe und die körperangleichende OP [...] bekomme, wird der enorme BIID Leidensdruck der Jahtzehnte beendet sein , etwas anderes gibt es nicht!“ (Person A, persönliche Kommunikation, 27.12.2018)

„Für mich ist es von enormer Wichtigkeit, selbst Zahnprothesen zu tragen, denn nur zahnlos und (mit) dem Gefühl der Prothese am zahnlosen Kieferkamm, ist es mir möglich ein Leben so zu führen wie es in meinem inneren vorgesehen ist. Zahnlos mit Zahnprothesen ist ein Kindheitstraum und ein Leidensdruck seit Jahrzehnten, der nur durch die endgültige Entfernung der Zähne ein Ende finden wird.“ (Person B, persönliche Kommunikation, 1.01.2019)

6. Diskussion

Die vorliegende Arbeit stellt eine erste systematische Erfassung des Verlangens nach Zahnlosigkeit dar. Dies bedeutet jedoch auch, dass keine wissenschaftlichen Erkenntnisse bezüglich der Zahnlosigkeit als BIID-Form existieren. Dementsprechend sollen die Ergebnisse mit dem vorherrschenden Stand der BIID-Forschung verglichen werden. Anhand der gewonnenen Ergebnisse muss in zwei Fällen die Nullhypothese beibehalten werden und kann in einem Fall zugunsten der Alternativhypothese verworfen werden. Die Daten bezüglich der dritten Hypothese ermöglichten lediglich eine eingeschränkte Ergebnisdiskussion.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass sich die Gruppe mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit bezüglich des Alters nicht signifikant von der BIID-Gruppe oder der Gruppe der Nicht-Betroffenen unterschieden hat. Dies konnte bezüglich Geschlechterverteilung leider nicht erreicht werden, da die Gruppe der Zahnlosen lediglich aus Männern besteht. Die untersuchten Variablen wurden jedoch auf Geschlechterunterschiede geprüft, wobei keine signifikanten Unterschiede vorgefunden werden konnten. Aus diesen Gründen sind die Voraussetzungen für den Vergleich zwischen den Gruppen gegeben und die vorliegenden Unterschiede sollten auf das entsprechende Veränderungsverlangen zurückzuführen sein.

6.1 Ergebnisinterpretation

Hypothese 1

Die Hypothese eins unterstellt einen Unterschied in Schwere und Intensität bezüglich des Verlangens nach Zahnlosigkeit zwischen BIID Betroffenen und Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit. Dies konnte durch die vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigt werden, da kein Gruppenunterschied festgestellt werden konnte. Folglich muss die H0 beibehalten werden. Dies bedeutet jedoch zugleich, dass starke Gemeinsamkeiten vorliegen. Obwohl derzeit noch keine offiziellen Diagnosekriterien bestehen, enthält der Fischerfragebogen im Kern die von Ryan (2009) postulierten zentralen Kriterien. Die Ergebnisse stützen die These, dass der Wunsch nach Zahnlosigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit unter das Spektrum der BIID fällt. Vergleichbar mit dem Wunsch nach Blindheit, stärkt sich der Eindruck der Zahnlosigkeit als Sonderform von BIID (Gutschke et al., 2017). Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit erreichten im Durchschnitt, ebenso wie die BIID-Betroffenen, einen mittleren Schweregrad der Störung. Die Zahnlosigkeit als Erscheinungsform von BIID wird durch weitere Faktoren, wie das ermittelte Alter der Erstmanifestation, gestützt. Dieses lag bei den Betroffenen zwischen dem zehnten und zwölften Lebensjahr und entspricht somit auch dem theoretischen Wissenstand wie Stirn et al. (2010) ihn beschreiben. Zur Absicherung der These wurden die BIID-Scores der gesunden Kontrollgruppe ausgewertet. An dieser Stelle konnten signifikante Gruppenunterschiede festgestellt werden.

Hypothese 2

Die These, dass Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit häufiger unter Zahnerkrankungen litten, konnte durch die Ergebnisse der Studie nicht bestätigt werden. Die Nullhypothese musste somit beibehalten werden. Weder die Häufigkeit der Erkrankungen, noch die erlebte Einschränkung ließen auf signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen schließen. Zwar besteht eine signifikant höhere Bewertung der angestrebten Versehrtheit bereits im Kindesalter, jedoch scheint dies nicht auf Erfahrungen am eigenen Körper zurückzuführen zu sein. An dieser Stelle konnte das Alter der Erkrankung bzw. die Dauer aufgrund zu vieler fehlender Werte nicht in die Berechnung miteinbezogen werden. Ob sich die Erkrankung somit in einer bedeutend prägenden Phase zugetragen hat, konnte nicht festgestellt werden. Diese Ergebnisse decken sich mit den Erkenntnissen von Obernolte et al. (2015). In der Untersuchung bezüglich spezifischer Kindheitserfahrungen von BIID-Betroffenen, konnten weder auf quantitativer noch auf qualitativer Ebene Grup-

penunterschiede bezüglich Erkrankungen am eigenen Körper festgestellt werden (Oberholte et al., 2015).

Hypothese 3

Mit den vorliegenden Daten konnte die Hypothese nur eingeschränkt bearbeitet werden, da nur eine beschränkte Zahl an Personen die Anzahl der zahnlosen Personen in ihrem Umfeld angab. Es liegen eingeschränkte Ergebnisse vor, dass Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit nicht signifikant häufiger Kontakt zu zahnlosen Personen in ihrer Jugend hatten. In Bezug auf die Verhältnisbewertung konnten jedoch signifikante Ergebnisse vorgefunden werden. Die Probanden mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit wiesen ein durchschnittlich besseres Verhältnis zu zahnlosen Personen in der Kindheit vor. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass im Modell wie Thiel (2010) es vorschlägt weniger die Quantität, sondern vielmehr die Qualität des Kontakts von Bedeutung ist. Es wird beschrieben, dass der Kontakt zu Menschen mit Behinderungen emotional sehr positiv bewertet wird und es im Zuge dessen zu einer positiven Verstärkung des versehrten Körpers als wahre Körperidentität kommt. (Stirn et al., 2010). Die qualitativen Aspekte der Lernerfahrung und die sehr positive Bewertung des Verhältnisses konnten durch die Ergebnisse der Datenerhebung gestützt werden. Im Zuge der Studie von Oberholte et al. (2015) konnten analoge Erkenntnisse bezüglich des Kontaktes zu amputierten und gelähmten Personen gewonnen werden. Die Autoren stellen die These auf, dass durch die intensiven Erfahrungen mit behinderten Personen die Veränderung des eigenen Körperbildes verstärkt wird und sich somit eine Identifikation mit dem versehrten Körperbild entwickeln kann. Es ist naheliegend, dass Erfahrungen mit den spezifischen Behinderungsformen, vor dem Hintergrund der prädisponierenden neurologischen Faktoren, einen entscheidenden Anteil bei der Ausbildung des entsprechenden Körperbildes haben. Dies hat letztlich Einfluss auf die angestrebte Versehrtheit (Thiel, 2010). Im Zuge der Untersuchung der neurologischen Hintergründe der Störung konnten Hilti et al. (2013) feststellen, dass der Großteil der Probanden von prägenden Ereignissen in der Kindheit berichtete. Strukturelle Anomalien auf neurologischer Basis in Kombinationen mit solchen Ereignissen könnten somit als Trigger fungieren. An dieser Stelle sind jedoch zwei Aspekte zu beachten. Wie Kasten & Stirn (2009) verdeutlichen sind die neurologischen Ursachen bis heute sehr umstritten und konnten noch nicht definitiv bestätigt werden. Selbst den Autoren der Studie gelang es nicht den Störungshintergrund final zu lokalisieren. Es ist unklar ob die Veränderungen als Folge der BIID oder als deren Ursache zu werten sind (Hilti, et al., 2013). Darüberhinaus könnte die

retrospektive Betrachtung der Kindheitserfahrungen starken rationalisierenden bzw. verzerrenden Prozessen unterliegen. (Galio, 2010)

Hypothese 4

Die vierte Hypothese postuliert einen Unterschied bezüglich der Bewertung der Zahnlosigkeit zwischen Personen mit dem Verlangen zahnlos zu sein und BIID-Betroffenen sowie gesunden Kontrollprobanden. Der Unterschied konnte signifikant bestätigt werden, somit muss die Nullhypothese zugunsten der Alternativhypothese verworfen werden. Sowohl im Kindesalter als auch im Erwachsenenalter bewerteten die Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit die angestrebte Versehrtheit positiver als die Kontrollgruppen. Die Experimentalgruppe bewertete die Zahnlosigkeit im Kindes- und Erwachsenenalter maximal positiv bzw. anziehend. Folgende Schlüsse können aus der Befundlage gezogen werden. Dies bestärkt die Theorie der frühen Faszination der Zahnlosigkeit, die bereits in Bezug auf die Kindheitserfahrungen und die Erstmanifestation genannt wurden. Die sehr positive Bewertung im Kindesalter stützt somit das Modell von Thiel (2010), dass die positiv bewertete Zahnlosigkeit und die Erfahrungen mit dieser im Kindesalter als positiver Verstärker fungieren können. An dieser Stelle ist abermals zu beachten, dass es bei der retrospektiven Bewertung der Kindheitserfahrungen zu starken rationalisierenden bzw. verzerrenden Prozessen kommen kann. (Galio, 2010)

Ferner kann darauf geschlossen werden, dass es sich bei der vorliegenden Form nicht um BDD handelt, da hier Scham und Makelbeseitigung vordergründig sind. Die Bewertung zahnloser Menschen im Erwachsenenalter wird von allen Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit als sehr anziehend bewertet und somit scheint eine schambehafte Makelbeseitigung nicht naheliegend. Im Zuge der explorativen Ergebnisse stellt sich heraus, dass die zwei erfolgreich zahnlosen Betroffenen sehr zufrieden und glücklich mit der Zahnlosigkeit sind, was eine Abgrenzung zu BDD stärkt. Bei BDD-Patienten verschwindet das Makelbewusstsein auch nach einer erfolgreichen Operation meist nicht (Stirn et al., 2010). Die Zufriedenheit mit der erreichten Versehrtheit konnten Noll und Kasten (2014) auch bei BIID-Betroffenen feststellen.

Die anziehende Bewertung der Zahnlosigkeit verdeutlicht die Diskrepanz bezüglich der Auswirkungen der Zahnlosigkeit auf gesunden Personen wie sie in Kapitel 2.2.1 beschrieben wird. So führt das zahnlose Erscheinungsbild und die verschiedenen Auswirkungen meist zu psychosozialen Einschränkungen. Prothesenträger haben vor allem Angst mit ihrer Zahnlosigkeit aufzufallen und schämen sich für diese (Zitzmann, 2004). Diesen Eindruck vermitteln die Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit nicht.

Im Zuge der Befragung konnte zudem festgestellt werden, dass sich die Personen mit dem Verlangen nach Zahnlosigkeit, in der Bewertung des ersten Zahnverlustes bzw. der ersten Zahnentfernung signifikant von den BIID-Betroffenen unterscheiden. Im Vergleich zu der gesunden Kontrollgruppe konnten diese Gruppenunterschiede jedoch nicht vorgefunden werden. Es ist dementsprechend naheliegend, dass sich dieser Effekt lediglich auf die Stichprobengrößen zurückführen lässt.

Explorative Ergebnisse

Die Erkenntnisse der explorativen Fragestellungen stützen die These der Zahnlosigkeit als Erscheinungsform von BIID in vielerlei Hinsicht. Ein Kernaspekt, der bei allen Betroffenen deutlich wurde, war die Tatsache, dass nach Erreichung der Zahnlosigkeit vor allem das Tragen von herausnehmbaren Prothesen angestrebt wird. Das Gefühl der Plastikprothese auf dem glatten zahnlosen Kiefer scheint dabei von besonderer Bedeutung zu sein. Obwohl das Gefühl des glatten Gaumens als sehr positiv und lustbringend beschrieben wird, stellt das Tragen der Zahnprothesen wiederholt einen zentralen Aspekt dar. Aufgrund der offenen Fragen ist es jedoch unklar, ob die sensorischen und optischen Aspekte des glatten Gaumens oder der Zahnprothesen, vordergründig für das Veränderungsverlangen sind. In einem der Erfahrungsberichte wird zudem geschildert, wie die Zahnlosigkeit lediglich die *Notwendigkeit*, zum Tragen der Prothesen darstellt. Obwohl diese Äußerung lediglich unter Vorbehalt interpretiert werden sollte, scheint die Zahnprothese bei dem Großteil der Betroffenen einen zentralen Aspekt darzustellen. Dabei scheint vor allem die Ästhetik der „strahlendweißen Zähne“ und des „rosa Zahnfleisches“ im Vordergrund zu stehen. In Bezug auf das Schönheitsempfinden bei BIID-Betroffenen stellen Aner, Schmitt und Kasten (2018) die These auf, dass BIID-Betroffene ein internalisiertes Körperschema besitzen, was vor allem auf Unterschiede im wahrgenommenen Schönheitsideal zurückzuführen ist. Das Bestreben perfekte Zahnprothesen zu tragen könnte somit, analog zu BIID, mit dem Verlangen nach einem sehr subjektiv empfundenen Schönheitsideal zusammenhängen. (Aner et al., 2018)

Die Bedeutung von Prothesen und deren Ästhetik spiegelt sich auch bei den Formen des *Pretendens* wieder. So konnte festgestellt werden, dass sowohl bei den Fragebogenteilnehmern, als auch bei den Erfahrungsberichten, herausnehmbare Prothesen über die vorhandenen Zähne gesetzt werden. Die aufkommende Gefühlslage befasst sich dabei vor allem mit sexuellen und genussvollen Aspekten. Diese drehen sich stark um die Themen *Erregung*, *Erotik* und *Glücksgefühle*. Der starke sexuelle Bezug deckt sich auch mit dem aktuellen Forschungsstand. So konnten Blom et al. (2017) in ihrer Studie feststellen, dass

in 61.4% der Fälle *Pretending* mit sexuellem Verlangen in Verbindung steht. Dabei weist das *Pretenden* meist einen aufrechterhaltenden Charakter auf und bestärkt Betroffene in ihrem Veränderungsverlangen. Es wird „als sehr freud- und genussvoll erlebt“ (Stirn et al., 2010, S. 48). In den Kriterien wie sie Kasten (2012) formuliert, stellt es zudem eines der Nebenkriterien dar und bestärkt abermals die These der Zahnlosigkeit als Erscheinungsform der BIID. Obwohl eine Person angab kein *Pretending* zu vollziehen, ist anzumerken, dass es sich dabei um die bereits zahnlose Person handelt und in diesem Fall die Nachahmung nicht mehr nötig sein könnte.

Bei der Betrachtung der Gefühle und der Veränderungsmotive rund um die Zahnlosigkeit konnten ähnliche Erkenntnisse wie bei anderen BIID-Formen vorgefunden werden. Der zentrale Aspekt scheint die Angleichung der äußeren Erscheinung an die „innere Identität“ bzw. die „inneren Wahrnehmung“ zu sein. Dies entspricht auch dem theoretischen Störungswissen und konnte sowohl durch First (2005) als auch durch Blom et al. (2012) bestätigt werden. Analog dazu deklarieren sowohl Ryan (2009), als auch Kasten (2012), die Anpassung an die wahre Identität als essentiellen Störungsaspekt und Diagnosekriterium. Eine genaue Abstufung der Veränderungsmotivation lässt sich hier jedoch nicht vornehmen. An dieser Stelle ist anzumerken, dass den Befragten die Nachteile der Zahnlosigkeit nicht bewusst waren bzw. nicht benannt wurden. Somit wäre ein Nebenkriterium nicht erfüllt (Kasten, 2012). Abzuklären wäre an dieser Stelle inwieweit die Einschränkungen durch Zahnlosigkeit, im Gegensatz zur Amputation oder Lähmung weniger gravierend ausfallen. Die im theoretischen Teil dargestellten Auswirkungen der Zahnlosigkeit auf anatomischer und vor allem funktioneller Ebene wurden von den beiden bereits erfolgreichen zahnlosen Person nicht benannt. Es wäre zwar möglich diese durch das Tragen von Prothesen zu kompensieren, jedoch nur zu einem gewissen Grad (Zitzmann, 2004). Darüber hinaus verdeutlichen die Nennungen der Kontrollgruppen, dass ein allgemeines Bewusstsein über eventuelle Nachteile besteht (siehe Anhang A).

6.2 Limitationen und methodische Kritik

In Bezug auf Methodik und Studiendesign sind verschiedene Limitationen vorhanden, weshalb die gefundenen Ergebnisse unter Vorbehalt betrachtet werden müssen.

Als erster Aspekt ist die sehr kleine Stichprobe zu nennen. Der Wunsch nach Zahnlosigkeit stellt eine äußerst seltene Form der Störung dar, weshalb bereits zu Beginn der Studie eine kleine Stichprobe zu erwarten war. Dennoch bedeuten drei Probanden auch starke Einbußen in der Aussagekraft, da mögliche Störfaktoren stärker zum Tragen kom-

men. Aufgrund dessen sind die Signifikanzen der vorgefundenen Gruppenunterschiede mit der entsprechenden Vorsicht zu betrachten. Obwohl der Kontakt zu den Betroffenen bestand und es zu mehrmaligen Aufrufen kam, konnten keine weiteren Probanden generiert werden. Es ist anzumerken, dass BIID noch immer stark mit sozialer Verurteilung zu kämpfen hat und häufig mit extremer Geheimhaltung behandelt wird. Betroffene haben große Angst in die Ecke der Paraphilien gedrängt zu werden und neigen zur Vermeidung den öffentlichen Diskurses. Ferner ist bekannt, dass die Betroffenen der Forschung teilweise skeptisch gegenüber stehen und die Teilnahme an Studien gering bleibt (Stirn et al., 2010).

In Bezug auf die Stichprobe ist zusätzlich die rein männliche Zahnlosengruppen zu nennen. Es ist bekannt, dass BIID ein vorwiegend männliches Störungsbild darstellt und auch in Vorgängerstudien der männliche Anteil deutlich größer war (Stirn et al., 2010). Darüberhinaus konnte festgestellt werden, dass die untersuchten Variablen keinen signifikanten Geschlechterunterschieden unterliegen.

Im Zuge der methodischen Kritik ist der erstellte Fragebogen zu nennen, welcher aufgrund der völligen Unbekanntheit des spezifischen Störungsbildes relativ breit gestaltet wurde. So musste der explorative Teil der Arbeit stark mit offenen Items arbeiten. Aufgrund der kleinen Stichprobe konnten an dieser Stelle keine Cluster gebildet werden. In möglichen Folgestudien sollten offene Items, auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse, einer Validierung unterzogen werden und durch geschlossene Items ersetzt werden. Die Nutzung von breit gefächerten und kombinierten Items, erwies sich auch bei der Datenauswertung als sehr mühsam. Es musste dadurch eine hohe Anzahl an fehlenden Werten toleriert werden. So wurde die Frage nach der Anzahl der „Zahnlosen Personen im Umfeld“ lediglich von zwei Zahnlosen, zwölf BIID-Betroffenen und 24 gesunden Kontrollpersonen beantwortet. Die erworbenen Daten sind somit stark verzerrt.

Zusätzlich musste auf die Nutzung von Scores zurückgegriffen werden, da nicht alle die verschiedenen Einschränkungen bzw. verschiedenen Zahnlosen Personen in ihrem Umfeld vorweisen konnten. Dadurch ermöglicht es zwar die durchschnittliche Qualität der Einschränkungen bzw. der Verhältnisbewertung zu erfassen, jedoch gehen an dieser Stelle Informationen bezüglich der spezifischen Personengruppen bzw. der Einschränkungsarten verloren. So könnte es sein, dass das Verhältnis zu einem Zahnlosen Elternteil das Individuum gravierender beeinflusst hat, als das Verhältnis zu den Großeltern. Die Scorebildung geschah zusätzlich vor dem Hintergrund der zu kleinen Stichprobe, weshalb eine Parallelisierung der Kontrollgruppen nicht möglich war.

Die dargestellten Erfahrungsberichte sollen die Erkenntnisse des Fragebogens stützen, sind jedoch mit Zurückhaltung zu betrachten. Im Zuge des E-Mailkontaktes konnte eine Bestimmung des Schweregrades nicht durchgeführt werden. Eine Diagnose gemäß dem Fischer-Fragebogen konnte somit nicht gestellt werden.

Abschließend ist festzustellen, dass die möglichen Ursachen sehr stark auf retrospektiven Betrachtungen von Kindheitserfahrungen zurückgreifen. Es muss abermals verdeutlicht werden, dass es hier zu rationalisierenden bzw. verzerrenden Prozessen kommen kann (Galio, 2010). Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse ist aufgrund der vorliegenden Limitationen, im speziellen der kleinen Stichprobe, nur in gewissem Maße möglich. Die Ergebnisse sollten mit Hilfe einer umfassenderen Untersuchung bestätigt werden.

6.3 Fazit und Ausblick

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, das Verlangen nach Zahnlosigkeit als Erscheinungsform der Body Integrity Identity Disorder zu untersuchen. Abschließend ist festzustellen, dass der Großteil der Kerncharakteristika vorgefunden werden konnte. Es handelt sich hierbei um ein langanhaltendes Verlangen nach einer Behinderung, wobei der reale Körper nicht mit der wahrgenommenen Repräsentanz übereinstimmt. Analog zu BIID besteht dieser schon im Jugendalter. Der Schweregrad gemäß dem Fischer-Inventar weist vergleichbare Intensitäten auf. Dies beinhaltet auch entsprechende Einschränkungen und Leidensdruck im alltäglichen Leben der Betroffenen. Analog zu BIID verfügt die Zahnlosigkeit über Formen des Pretendens, welche gerade von *Wannabes* als sehr erregend beschrieben werden. Obwohl bei der vorliegenden Stichprobe die Sensorik und Optik des glatten Gaumens als sehr genussvoll beschrieben wird, scheint die Ästhetik der Prothesen einen zentralen Aspekt bei dem vorliegenden Erscheinungsbild darzustellen. Bezüglich der Ursachen können nur sehr eingeschränkte Schlüsse gezogen werden. So unterscheiden sich die Betroffenen lediglich in der qualitativen Verhältnisbewertung zu zahnlosen Personen im Jugendalter. Es konnten keine Unterschiede bezüglich der Anzahl der zahnlosen Personen im Umfeld vorgefunden werden. Auch im Bezug auf Erkrankungen am eigenen Körper konnten keine signifikanten Unterschiede vorgefunden werden. Obwohl die Zahnlosigkeit früh sehr positiv beschrieben wird, scheint dies jedoch nicht auf die Erfahrungen am eigenen Körper zurückführbar zu sein.

Der vorherrschende Diskurs über die genauen Hintergründe der Störung, sowie die eingeschränkten Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, verdeutlichen die Komplexität konkrete Ursachen zu benennen. Sowohl die Erscheinungsbilder, als auch die Ursachen der

Störung unterliegen enormer Heterogenität und gestalten die Konkretisierung möglicher Einflussfaktoren als äußerst schwierig. Es bleibt unklar inwieweit die Störungshintergründe, auf neurologischer und psychologischer Ebene, als Ursachen oder als Folgen zu werten sind.

Die gefundenen Ergebnisse müssen aufgrund der kleinen Stichprobe unter strengem Vorbehalt betrachtet werden. Um Sonderformen final identifizieren zu können, sind genaue Diagnosekriterien seitens der WHO dringend von Nöten. Bis zum heutigen Tage sind im speziellen die Sonderformen noch zu wenig erforscht. In möglichen Folgestudien sollte die Bedeutung des Prothesentragens genauer untersucht werden. Im Zuge der Studie kam die Frage auf, ob der sensorische bzw. optische Aspekt der Zahnlosigkeit im Vordergrund steht, oder ob dieser nur die Notwendigkeit zum Prothesentragen darstellt. An dieser Stelle sollte auf das versehrte Schönheitsideal als möglichen Störungshintergrund, wie ihn Aner et al. (2018) vorschlagen, näher eingegangen werden. In Bezug auf die Ursachen scheinen vor allem die prägenden Kindheitserfahrungen von Bedeutung zu sein und sollten genauer untersucht werden. Body Integrity Identity Disorder birgt jahrelangen Leidensdruck für die Betroffenen. Den meisten Wannabes ist es auf legalem und sicherem Wege nicht möglich die angestrebte Versehrtheit zu erreichen. Bis zum heutigen Tage besteht keine effektive Therapieform die Betroffene langfristig von BIID befreien kann bzw. Symptome mildern könnte (Kröger et al. 2014). Vor diesen Hintergründen darf der wissenschaftliche Fokus auf die Ursachen und den Sonderformen nicht abbrechen. Seitens der Öffentlichkeit ist ein verständnisvoller und offener Umgang mit der Thematik essentiell, um die Betroffenen aus der Anonymität zu locken. Die vorliegende Arbeit hofft einen Beitrag zum besseren Verständnis der BIID und deren Sonderformen zu leisten und die Diagnostizierbarkeit voranzubringen.

7. Literaturverzeichnis

- Aner, L.L., Spithaler, F. & Kasten, E. (2018). The Beauty and the BIID – A new explanation for the cause of Body Integrity Identity Disorder and results of two pilot-studies. *International Journal of Research in Humanities and Social Studies*. 5(5), 33-53. ISSN 2394-6288 (Print) & ISSN 2394-6296
- Blanke, O., Morgenthaler, F., Brugger, P. & Overmeyer, L. S. (2009). Preliminary evidence for a frontoparietal dysfunction in able-bodied participants with a desire for limb amputation. *Journal of Neuropsychology* , 3(2), 181-200. doi: 10.1348/174866408X318653.
- Blom, R. M., Hennekam, R. C. & Denys, D. (2012). Body Integrity Identity Disorder. *Plos One*, 7(4), 1-6. doi.org/10.1371/journal.pone.0034702.
- Blom, R. M., Vulink, N., van derWal, S. J. & Denys, D. (2017). Role of Sexuality in Body Integrity Identity Disorder (BIID): A Cross-Sectional Internet-Based Survey Study. *Journal of sexual Medicine*, 14(8), 1028-1035. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.06.004.
- Blom, R. M., Wingen, G. A., Wal, S. J., Luigjes, J., Dijk, M. T., Scholte, H. S., et al. (2016). The Desire for Amputation or Paralyzation: Evidence for Structural Brain Anomalies in Body Integrity Identity Disorder (BIID). *Plos One*, 11(11), 1-14 . doi: 10.1371/journal.pone.0165789.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin* (112), 155-159. . doi:10.1037/0033-2909.112.1.155.
- Davis, D. M., Fiske, J., Scott, B. & Radford, D. R. (2000). The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. *The British dental journal* , 188 (9), 503-506.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M., (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien*(10., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015.). Bern: Huber.

- Fighting-it. (2001), *www.groups.yahoo.com*. Abgerufen am 1. Oktober. 2018 von <https://groups.yahoo.com/xxxxxxxxx/fighting-it/info>
- First, M. B. (2005). Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder. *Psychological Medicine*, 35 (6), 919-928. doi:10.1017/S0033291704003320.
- First, M. B. & Fisher, C. E. (2012). Body Integrity Identity Disorder: The Persistent Desire to Acquire a Physical Disability. *Psychopathology*, 45 (1), 3-14. doi: 10.1159/000330503.
- Fischer, M. L., Schnell, T. & Kasten, E. (2015). Body Integrity Identity Disorder: Deveelopment and Evaluation of an Inventory for the Assesment of Severity. *American Journal of Applied Psychology*, 4 (3), 76-82. doi: 10.11648/j.ajap.20150403.15.
- Galio, D. A. (2010). False memories and fantastic beliefs: 15 years of the DRM illusion. . *Memory & Cognition*, 38 (7), 833-848. doi: 10.3758/MC.38.7.833.
- Gutschke, K., Stirn, A. & Kasten, E. (2017). An Overwhelming Desire to Be Blind: Similarities and Diffrences between Body Integrity Identity Disorder and the Wish for Blindness. *Case Reports in Ophthalmology*, 8, 124-136. doi: 10.1159/000456709
- Heydecke, G. (2002). Patientenbasierte Messgrößen: Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität. *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin*, 112, 605-611.
- Hilti, L. M., Hänggi, J., Vitacco, D. A., Kraemer, B., Palla, A., Luechinger, R., et al. (2013). The desire for healthy limb amputation: structural brain correlates and clinical features of xenomelia. *Brain*, 136 (1), 318-329. doi: 10.1093/brain/aws316.
- IBM Corporation. (2015). SPSSStatistics 23.

- Kasten, E. (2012). Body Integrity Identity Disorder-Körperidentität durch erwünschte Behinderung. *Psychatrie und Psychotherapie up to date*, 3, 165-177. doi: 10.1055/s-0031-1298957.
- Kasten, E. (2016). Body Integrity Identity Disorder. In T. Schnell, *Praxisbuch: Moderne Psychotherapie* (S. 49-70). Berlin: Springer.
- Kasten, E. & Stirn, A. (2009). BIID, wechselnder Amputationswunsch vom linken auf das rechte Bein. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57, 55-61. doi:org/10.1024/1661-4747.57.1.55.
- Kröger, K., Schnell, T. & Kasten, E. (2014). Effects of psychotherapy on patients suffering from Body Integrity Identity Disorder (BIID). *American Journal of Applied Psychology*, 3 (5), 110-115. doi: 10.11648/j.ajap.20140305.11.
- McGeoch, P. D., Brang, D., Song, T., Lee, R. R., Huang, M. & Ramachandran, V. S. (2011). Xenomelia: a new right parietal lobe syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82, 1314-1319. doi: 10.1136/jnnp-2011-300224.
- Money, J., Jobaris, R. & Furth, G. (1977). Apotemnophilia: Two cases of self-demand amputation as a paraphilia. *The Journal of Sex Research*, 13, 115-125.
- Neff, D. & Kasten, E. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID): What do health care professionals know? *European Journal of Counselling Psychology*, 1 (2), 16-30. doi: <https://doi.org/10.5964/ejcop.v1i1/2.12>.
- Noll, S. & Kasten, E. (2014). Body integrity identity disorder (BIID): How satisfied are successful wannabes. *Psychology and Behavioral Sciences*, 3 (6), 222-232. doi: 10.11648/j.pbs.20140306.17.
- Nuttall, N. M., Steele, J., Pine, C. M., White, D. & Pitts, N. (2001). The impact of oral health on people in the UK in 1998. *The British Dental Journal*, 190, 121-6.

- Obernolte, C. (2013). Ursachenforschung: Gibt es Gemeinsamkeiten in der Kindheit und Jugend von BIID-Betroffenen?, unveröffentlichte Bachelorarbeit, MSH Medical School Hamburg. Verfügbar unter https://www.vfsk.eu/download/sidebar_downloads/Bachelor_Arbeit_Obernolte_komplett.pdf
- Obernolte, C., Schnell, T. & Kasten, E. (2015). The role of specific experiences in childhood and youth in the development of body integrity disorder (BIID). *American Journal of Applied Psychology*, 4 (1), 1-8. doi: 10.11648/j.ajap.20150401.11.
- Person A., xxxxx@xxx.xx (2018). xxxxx. [E-Mail]. Gesendet am 27.12.2018.
- Person B., xxxxx@xxx.xx (2018). xxxxx. [E-Mail]. Gesendet am 29.12.2018.
- Questback. (2018). www.unipark.com. Abgerufen am 5. November 2018 von <https://ww2.unipark.de/www/front.php?controller=login&module=survey>
- Rajaraman, V., Ariga, P., Dhanraj, M. & Jain, A. R. (2018). Effect of edentulism on general health and quality of life. *Drug Invention Today*, 4, 549-553.
- Rasch, B., Frieze, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2014). *Quantitative Methoden 2-Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Ryan, C. J. (2009). Out on a Limb: The Ethical Management of Body Integrity Identity Disorder. *Neuroethics*, 2, 21-33. doi: 10.1007/s12152-008-9026-4.
- Sedda, A. (2011). Body Integrity Identity Disorder: From A Psychological to A Neurological Syndrome. *Neuropsychology Review*, 21 (4), 334-336. doi: 10.1007/s11065-011-9186-6.

- Stirn, A., Thiel, A. & Oddo, S. (2010). *Body Integrity Identity Disorder (BIID)*. Weinheim: Beltz.
- Thiel, J. (2010). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapieansätze. In A. Stirn, A. Thiel & S. Oddo, *Body Integrity Identity Disorder. Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze* (S. 45-50). Weinheim: Beltz.
- World Health Organisation. (2005). *International classification of functioning , disability and health (ICF)*. Genf: Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen.
- World Health Organisation. (Juni 2018). *icd.who.int*. Abgerufen am 22. August 2018 von <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f256572629>
- Zitzmann, N. U. (2004). Die Folgen der Zahnlosigkeit für das Individuum. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 59, 617-625.

Anhang A: Tabellen

Tabelle 18

Test auf Normalverteilung der untersuchten Variablen

	Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.
Erlebte Einschränkung	,918	49	,002
Verhältnis zu Zahnlosen Personen	,896	49	,000
BIID_Score	,889	49	,000
Assoziation zu Babys / Kleinkindern:	,874	49	,000
Assoziation zu alte Menschen	,765	49	,000
Assoziation zu Hilflosigkeit	,936	49	,010
Assoziation zu Schlank-werden	,667	49	,000
Assoziation zu nicht zubeißen zu können	,868	49	,000
Erster natürlicher Zahnverlust	,908	49	,001
Erste künstliche Zahntfernung	,865	49	,000
Zahnlosigkeitsbewertung im Kindesalter	,854	49	,000
Zahnlosigkeitsbewertung im Erwachsenenalter	,796	49	,000

Anmerkung. df= Freiheitsgrade, Sig.=Signifikanz

Tabelle 19

Gruppenvergleich mittels Mann-Whitney U-Test für das Item “ Verbinden Sie den Begriff „Zahnlosigkeit“ eher mit:

Variable	BIID (n=19)		Zahnt- fernungs- wunsch (n=3)		Gesunde (n=36)		Signifikanz (zweiseitig)
	M	SD	M	SD	M	SD	
Babys/Kleinkinder	5.47	± 1.68	4.00	± .00			.160
Babys/Kleinkinder			4.00	± .00	5.31	± 1.7	.088
Alte Menschen	5.79	±1.51	5.33	±1.53			.586
Alte Menschen			5.33	±1.53	6.25	±.81	.213
Hilflosigkeit	3.68	±1.97	2.33	±1.53			.308
Hilflosigkeit			2.33	±1.53	4.31	1.69	.072
Schlank werde	1.84	±1.71	2.33	±1.53			.408
Schlank werden			2.33	±1.53	2.03	1.36	.557
Nicht zu beißen	3.63	±2.31	4.0	±.00			.586
Nicht zu beißen			4.0	±.00	5.33	1.85	.122

Anmerkungen. Deskriptive Werte: Mittelwert (M), Standardabweichung (SD) Interferenzstatistik mittels Mann-Whitney U-Test für das Item “ Verbinden Sie den Begriff „Zahnlosigkeit“ eher mit:“ Abstufung: (1(= -3; nein gar nicht), 2(= -2), 3(= -1), 4(= 0), 5(=+1), 6(=+2), 7(=+3; ja, sehr stark))

Tabelle 20

Nennungen der Nachteile durch Zahnlosigkeit (Gesunde Kontrollgruppe)

Nennungen		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Fehlende Werte	14	38,9
	Auf Prothesen angewiesen zu sein. Beurteilung durch andere Menschen.	1	2,8
	Beim Essen	1	2,8
	Eine vernünftige Ernährung, die ein gesundes Leben möglich macht, ist schwierig	1	2,8
	Ernährung	1	2,8
	erschwertes Essen	1	2,8
	irritiert Mitmenschen	1	2,8
	Kein festes essen, Magenprobleme, soziale Nachteile	1	2,8
	Kein Genuss beim Essen mehr, sehr unästhetisch und abstoßend, Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme da nurnoch Flüssignahrung	1	2,8
	nein	1	2,8
	Nicht mehr alles essen können, Scham (ohne protese), schmerzen beim Kauen	1	2,8
	Probleme bei der Nahrungsaufnahme, dem Sprechen und es sieht nicht gut aus.	1	2,8
	Probleme beim essen und sprechen	1	2,8
	Probleme beim Essen, vermindertes Aussehen und Ausstrahlung	1	2,8
	Schlecht essen, unästhetisch	1	2,8
	Schlechtes Aussehen, schlechte Ernährung,	1	2,8
	Umstellung der Ernährung Komische Blicke von anderen Menschen. Veränderung des Aussehens.	1	2,8
	unbequem beim Essen, sieht saublöd aus	1	2,8
	Unfähigkeit zu essen, andere Menschen gucken einen komisch an	1	2,8
	Unterstandnus bei Freunden bis hin zum vollständigen ablehnen	1	2,8
	Vorurteile jeglicher Art	1	2,8
	weniger attraktivität, schlecht kauen	1	2,8
	weniger selbstbewusstsein, schwierigkeiten bei der nahrungszufuhr	1	2,8
	Gesamt	36	100,0

Tabelle 21

Nennungen der Nachteile durch Zahnlosigkeit (BIID-Gruppe)

Nennungen	Häufigkeit	Prozent
Gültig Fehlende Werte	4	21,1
Ddas weiß ich nicht.	1	5,3
Die Ernährung wird ziemlich weich und breiig sein müssen...was sofort Ekel- gefühle in mir auslöst.	1	5,3
Essen und Sprechen können gestört werden. Meine Partnerin würde sich ver- mutlich von der Zahnprothese im Bad ekeln.	1	5,3
habe ich mir noch keine Gedanken darüber gemacht	1	5,3
Hässlichkeit, Ausgrenzung	1	5,3
Keine Ahnung	1	5,3
Keine angabe	1	5,3
Keine.	1	5,3
nicht richtig und nicht alles essen können	1	5,3
Not being able to eat certain foods that require teeth to chew . Sunken facial features around mouth Sunke	1	5,3
Schlechter Essen können.	1	5,3
Schlechter essenkönnen Sprachprobleme	1	5,3
Schlechtere Lebensqualität: Schwierigkeiten beim Essen, Trinken, Kauen, Beißen, Sprechen... Vielleicht auch Schmerzen und Beschwerden in Bezug auf die Zahnprothese. Unästhetische Aspekte (ohne Zahnprothese) würde ich auch ganz wichtig finden.	1	5,3
unpraktisch, teure Prothesen, evtl. unangenehm im Mund	1	5,3
verlust von attraktivität, mir würde die funktion meine natürlichen zähne feh- len	1	5,3
Gesamt	19	100,0

Anhang B Fragebogen

Druckversion

08.02.19, 13:01

Fragebogen

1 Code Seite

Hinweise zur Erstellung eines persönlichen Codewortes

Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen:

Name des Versuchsleiters: _____ Prof. Dr. Kasten

Um Ihre Daten richtig zuordnen zu können, ohne die Geheimhaltung zu verletzen, benötigen wir ein Kenn- oder Codewort. Das Codewort ist so aufgebaut, dass niemand von Ihrem Codewort auf Ihre Person zurück schließen kann, auch wir nicht. Sie selbst können Ihr Codewort aber jederzeit rekonstruieren, wenn Sie danach gefragt werden und es vergessen haben sollten. Wir brauchen Ihnen nur die Regel zu verraten, nach der Sie es herstellen müssen.

Bestandteile Ihres Codeworts*:

1. Die **beiden letzten Buchstaben** des Geburtsnamens Ihrer Mutter
2. Die **Anzahl der Buchstaben** des (ersten) Vornamens Ihrer Mutter
3. Die **beiden letzten Buchstaben des (ersten)** Vornamens Ihres Vaters
4. Ihr **eigener Geburtstag** (nur der Tag, nicht Monat und/oder Jahr).

* Hinweise:

- - Bitte schreiben Sie alle Zahlen zweistellig, d.h. wenn nötig mit führender Null.
- - Bei mehreren oder zusammengesetzten Vornamen berücksichtigen Sie bitte nur den ersten
- - Wenn Sie den jeweiligen **Namen** nicht kennen, schreiben Sie statt der Buchstaben XX bzw. für die Zahl 00

Beispiel (fiktiv):

Name der Mutter: **Elke**-Hannelore Müller geb. Mayerhofer

Name des Vaters: Wolf-Rüdiger Müller

Ihr Geburtstag: **09.11.1987**

Daraus ergibt sich als Codewort: **ER04LF09**

Bitte tragen Sie jetzt in das Feld Ihr Codewort ein:

Wichtig: Diese Liste verbleibt bei Ihnen. Bewahren Sie sie gut auf! Sie sollten sie niemandem zeigen!

Die **beiden letzten Buchstaben** des Geburtsnamens Ihrer Mutter:

Die **Anzahl** der Buchstaben des (**ersten**) Vornamens Ihrer Mutter:

Die **beiden letzten Buchstaben des (ersten)** Vornamens Ihres Vaters:

Ihr **eigener Geburtstag** (nur der Tag):

2 Soziodemographie

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

- Männlich
- Weiblich
- Andere Form

Bitte geben Sie Ihren aktuellen Familienstand an.

- Ledig
- Verheiratet
- Verwitwet
- Geschieden

Bitte geben Sie ihr Alter an.

Bitte geben Sie ihr Alter in Jahren an.

Jahre

Bitte geben Sie die Anzahl der absolvierten Ausbildungsjahre an.

Dazu zählen alle Aus- und Fortbildungen nach dem Abschluss der Schule. (z.B. Berufsausbildung, Studium usw.)

Jahre

Bitte geben Sie Auskunft über Ihre sexuelle Orientierung.

- Heterosexuell
- Homosexuell
- Bisexuell
- Pansexuell
- Transsexuell

3 Zahnlosigkeit

Sind Ihnen bis zu Ihrem 18. Lebensjahr Zahnerkrankungen, Operationen an den Zähnen o.ä. bekannt, unter denen Sie gelitten haben?

- Ja
- Nein

Litten Sie bis zu Ihrem 16. Lebensjahr besonders häufig unter Zahnerkrankungen?

- 0 bis 2 Zahnerkrankungen bis zum 16. Lebensjahr.
- 3 bis 6 Zahnerkrankungen bis zum 16. Lebensjahr.
- 6 bis 10 Zahnerkrankungen bis zum 16. Lebensjahr.

mehr als 10 Zahnerkrankungen bis zum 16. Lebensjahr.

Geben Sie bitte nähere Auskunft über die Art der körperlichen Erkrankung und das erlebte Ausmaß der Einschränkung auf einer Skala von 0 (= keine Einschränkung beim Kauen, Essen, Sprechen) bis 100 (= maximal starke Einschränkungen beim Kauen, Essen, Sprechen)

Mehrfachantwort sind möglich. Zahnerkrankungen unter denen Sie nicht gelitten haben können ausgelassen werden. **Bitte geben Sie zusätzlich die Dauer der Erkrankung an.**

Festsitzende und herausnehmbare Zahnschienen sind bei dieser Frage ausgeschlossen.

	0	20	40	60	80	100	Keine
Sonstige Kieferschmerzen <input type="text"/>	<input type="radio"/>						
Andere Erkrankungen des Zahnapparates <input type="text"/>	<input type="radio"/>						
Tiefe Zahnkaries <input type="text"/>	<input type="radio"/>						
Zahnfleischentzündung <input type="text"/>	<input type="radio"/>						
Festsitzende Zahnspange <input type="text"/>	<input type="radio"/>						
Starkes Zähneknirschen <input type="text"/>	<input type="radio"/>						
Parodontitis (Entzündung des Zahnapparates) <input type="text"/>	<input type="radio"/>						

Geben Sie bitte ihr Alter zum Zeitpunkt der körperlichen Erkrankung an.

Zahnerkrankungen unter denen Sie nicht litten können ausgelassen werden.

Zahnfleischentzündung	<input type="text"/>
Tiefe Zahnkaries	<input type="text"/>
Sonstige Kieferschmerzen	<input type="text"/>
Andere Erkrankungen des Zahnapparates	<input type="text"/>
Starkes Zähneknirschen	<input type="text"/>
Parodontitis (Entzündung des Zahnapparates)	<input type="text"/>

Hatten Sie in Ihrer Kindheit eine Zahnspange? Wie hoch war das erlebte Ausmaß der Einschränkung unter dieser auf einer Skala von 0 (= keine Einschränkung beim Kauen, Essen, Sprechen) bis 100 (= maximal starke Einschränkungen beim Kauen, Essen, Sprechen)?

Mehrfachantwort sind möglich.

Bitte geben Sie in das freie Feld ihr Alter zur Zeit der Zahnschieneninstallation ein.

	0	20	40	60	80	100	keine
Festsitzende Zahnspange <input type="text"/>	<input type="radio"/>						

Herausnehmbare Zahnsperre

Wie stark haben Sie in ihrer Kindheit Behinderungen mit positiven bzw. negativen Aspekten assoziiert ?

(-3 = sehr negative Aspekte, 0 = neutral, +3 = sehr positive Aspekte) Mehrfachantwort möglich.

	-3 negativ	-2	-1	0	+1	+2	+3 positiv
Lähmung	<input type="radio"/>						
Amputation	<input type="radio"/>						
Zahnlosigkeit	<input type="radio"/>						
Blindheit	<input type="radio"/>						
Andere Arten von Behinderungen (Optional) <input type="text"/>	<input type="radio"/>						

Wie viele zahnlose Menschen bzw. Menschen mit Hilfsmitteln wie Zahnprothesen, Zahnersatz usw. befanden sich in Ihrer Kindheit Jugend in Ihrem Umfeld? Wie positiv bzw. negativ war Ihr Verhältnis zu diesen Personen?

Mehrfachantworten sind Möglich.

Bitte fühlen Sie in das leere Kästchen die Anzahl der Personen.

(-3 = sehr schlechtes Verhältnis, 0 = neutral, +3 = sehr gutes Verhältnis)

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	nichts bekannt
Eltern <input type="text"/>	<input type="radio"/>							
Großeltern <input type="text"/>	<input type="radio"/>							
Lehrer <input type="text"/>	<input type="radio"/>							
Freunde der Eltern <input type="text"/>	<input type="radio"/>							
Freunde <input type="text"/>	<input type="radio"/>							
Verwandte <input type="text"/>	<input type="radio"/>							
Andere Personen <input type="text"/>	<input type="radio"/>							

Wie empfinden Sie den Anblick von Personen mit folgenden Attributionen?

(-3= Abstoßend, 0=neutral, +3=Anziehend).

Mehrfachantwort möglich.

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Menschen mit Lähmungen	<input type="radio"/>						
Menschen mit Amputation	<input type="radio"/>						
Menschen mit Zahnlosigkeit	<input type="radio"/>						
Menschen mit Tätowierung/Piercing	<input type="radio"/>						
Blinde Menschen	<input type="radio"/>						

Erinnern Sie sich noch an folgende Ereignisse? Wenn ja, wie positiv bzw. negativ empfanden das Ereignis auf einer Skala von -3 bis +3.

Bewertung des Ereignisses :-3 (= sehr negativ), 0 (=neutral), +3(= sehr Positiv)

Mehrfachantwort möglich.

Bei dieser Frage ist der natürliche bzw. künstliche Verlust von Milchzähnen eingeschlossen.

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Keine Erinnerung
	<input type="radio"/>							

Erster Zahnarztbesuch	<input type="radio"/>							
Erster natürlicher Zahnverlust	<input type="radio"/>							
Erste künstliche Zahntfernung	<input type="radio"/>							

Verbinden Sie den Begriff „Zahnlosigkeit“ eher mit:

Bitte bewerten Sie die folgenden Begriffe auf einer Skala von -3(=nein, gar nicht) bis +3 (= ja, sehr stark). Mehrfachantwort möglich.

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Babys / Kleinkindern:	<input type="radio"/>						
sehr alten Menschen:	<input type="radio"/>						
Hilflosigkeit:	<input type="radio"/>						
Schlank-werden, nicht essen können:	<input type="radio"/>						
nicht zubeißen zu können:	<input type="radio"/>						

4 offen Fragen Zahnlosigkeit

Was verbinden Sie mit Zahnlosigkeit?

Sie können einzelne Begriffe oder ganze Sätze angeben.

Welches Gefühl verbinden Sie mit der Zahnlosigkeit?

Sie können einzelne Begriffe oder ganze Sätze angeben.

Gibt es Formen des Pretendens bei der Zahnlosigkeit(d.h. den Versuch Zahnlosigkeit mit Hilfsmitteln nachzuahmen)? Wie sehen diese aus?

Sie können einzelne Begriffe oder ganze Sätze angeben.

Was für ein Gefühl löst das Pretenden der Zahnlosigkeit(d.h. den Versuch Zahnlosigkeit mit Hilfsmitteln nachzuahmen) bei Ihnen aus?

Sie können einzelne Begriffe oder ganze Sätze angeben.

Haben Sie die gewünschte Zahnlosigkeit/Behinderung bereits erlangt?

- Ja
- Nein
- Keine Angabe

Wollen Sie Ihre Zahnlosigkeit mit einer Prothese ausgleichen oder wollen Sie diese vorzeigen?

- Ich nutze bereits eine Prothese/Zahnersatz
- Ich nutze keine Prothese/Zahnersatz
- Ich habe aber vor eine Prothese zu nutzen

- Ich möchte meine Zahnlosigkeit in Zukunft vorzeigen.
- keine Angabe

Gibt es Vorteile, die durch Zahnlosigkeit auftreten können?

Sie können einzelne Begriffe oder ganze Sätze angeben.

Welche Nachteile erwarten Sie sich von der Zahnlosigkeit?

Sie können einzelne Begriffe oder ganze Sätze angeben.

Schildern Sie hier die Gefühle die sich einstellen, wenn Sie sich vorstellen zahnlos zu sein.

Sie können einzelne Begriffe oder ganze Sätze angeben.

5 FilterSeite

Welche Behinderungsform streben Sie an?

Bitte wählen Sie hier Ihr stärkstes Veränderungsverlangen aus.

- Amputation
- Lähmung
- Zahnlosigkeit
- Blindheit
- Keine
- Andere Form

6.1 BIID Zahnlosigkeit

Folgende Aussagen dienen der Einschätzung des Schweregrades und der Intensität Ihres Verlangens nach Zahnlosigkeit. Markieren Sie bitte das Ausmaß des Zutreffens der Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den LETZTEN 6 MONATEN (FRAGE 3- 20) oder der LETZTEN 14TAGEN (21-25) gefühlt haben. Die Skala reicht „von stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“.

Bitte kreuzen Sie immer nur eine Antwortmöglichkeit an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie daher bitte möglichst spontan und zügig.

In welchem Alter haben Sie das Verlangen nach Zahnlosigkeit erstmals festgestellt?

- Alter in Jahren
- keine Angabe

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die LETZTEN SECHS MONATE:

Markieren Sie bitte das Ausmaß des Zutreffens der Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den LETZTEN 6 MONATEN gefühlt haben.

Die Skala reicht „von stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“.

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
1. Es gelingt mir oft, mich von meinem Verlangen nach Zahnlosigkeit abzulenken, so dass ich es zu dieser Zeit kaum wahrnehme.	<input type="radio"/>						
2. Mein Alltag wird von dem Verlangen nach Zahnlosigkeit kaum belastet	<input type="radio"/>						
3. Ich verbringe viel Zeit damit, an eine Zahnentfernungs-Operation zu denken.	<input type="radio"/>						
4. Ich empfinde Leidensdruck, solange ich nicht operiert werde oder BIID auf eine andere Art und Weise verschwindet.	<input type="radio"/>						
5. Aufgrund von Folgen des Verlangens nach Zahnlosigkeit fühle ich mich in meinem sozialen Alltagsleben beeinträchtigt.	<input type="radio"/>						

Markieren Sie bitte das Ausmaß des Zutreffens der Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den LETZTEN 6 MONATEN gefühlt haben.

Die Skala reicht „von stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“.

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
6. Meinen Wunsch nach einer Behinderung erlebe ich als stark ausgeprägt.	<input type="radio"/>						
7. Aufgrund der Folgen des Verlangens nach Zahnlosigkeit fühle ich mich in meinem Berufsleben beeinträchtigt.	<input type="radio"/>						
8. Ich kann das Verlangen nach Zahnlosigkeit als Teil meiner Persönlichkeit akzeptieren.	<input type="radio"/>						
9. Um eine Operation zu erzwingen, habe ich mich bereits selbst verletzt bzw. würde ich es in Erwägung ziehen.	<input type="radio"/>						

Markieren Sie bitte das Ausmaß des Zutreffens der Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den LETZTEN 6 MONATEN gefühlt haben.

Die Skala reicht „von stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“.

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
--	---------------------	-----------------	----------------------	-------------	----------------	-----------	-------------------------

	nicht zu	nicht zu	eher nicht zu	Teils teils	eher zu	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
10. Ich kann auch ohne die gewünschte Behinderung weiter leben.	<input type="radio"/>						
11. Ich plane eine Operation tatsächlich durchführen zu lassen.	<input type="radio"/>						
12. Ich verbringe kaum Zeit damit, an eine Zahnlosigkeits-bezogenen Operation zu denken.	<input type="radio"/>						
13. Der Wunsch nach einer Zahnlosigkeits-bezogenen Operation ist ständig in meinem Kopf.	<input type="radio"/>						
14. Mein Verlangen nach Amputation/Lähmung empfinde ich als schwach ausgeprägt.	<input type="radio"/>						

Markieren Sie bitte das Ausmaß des Zutreffens der Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den LETZTEN 6 MONATEN gefühlt haben.

Die Skala reicht „von stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“.

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
15. Ich denke selten darüber nach, mit welchen Methoden ich eine Operation erzwingen könnte.	<input type="radio"/>						
16. Wenn ich nicht operiert werden kann, sehe ich Selbsttötung als möglichen Ausweg.	<input type="radio"/>						
17. Aufgrund meines Verlangens nach Zahnlosigkeit leide ich oft unter Niedergeschlagenheit und Interessenverlust.	<input type="radio"/>						
18. Ich wäre bereit, eine illegal stattfindende Operation im Ausland durchführen zu lassen.	<input type="radio"/>						
19. Ich habe noch keine praktischen Versuche unternommen um eine Operation zu erzwingen und würde dies auch nicht in Erwägung ziehen.	<input type="radio"/>						

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die LETZTEN 14 TAGE:

Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen die durchschnittlichen Stunden pro Woche an.

21. Wie viel Zeit beschäftigen Sie sich _____

durchschnittlich mit Gedanken an die gewünschte Zahnlosigkeit?

22. Wie viel Zeit beschäftigen Sie sich durchschnittlich mit einer BIID-bezogenen Operation?

23. Wie viel Zeit verbringen Sie durchschnittlich mit Gedanken, wie Sie in Zukunft selber die gewünschte Zahnlosigkeit hervorrufen können?

24. Wie viel Zeit verbringen Sie durchschnittlich mit Gedanken, mit welchen Methoden der Selbstverstümmelung Sie eine Operation erzwingen könnten?

Wie oft haben Sie schon versucht, eine Amputation oder einen anderen BIID-bezogenen Eingriff selber vorzunehmen?

Bitte geben Sie die Anzahl der Versuch an

Wurde Ihnen von einem Arzt oder Therapeuten eine psychische Erkrankung diagnostiziert?

Keine Angabe

Nein

Ja. Folgende Diagnose

7.1 BIID andere Formen-Text

Folgende Aussagen dienen der Einschätzung des Schweregrades und der Intensität Ihres BIID.

Markieren Sie bitte das Ausmaß des Zutreffens der Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den LETZTEN 6 MONATEN (FRAGE 3- 20) oder der LETZTEN 14TAGEN (21-25) gefühlt haben. Die Skala reicht „von stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“.

Bitte kreuzen Sie immer nur eine Antwortmöglichkeit an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie daher bitte möglichst spontan und zügig.

In welchem Alter haben Sie BIID bei sich erstmals festgestellt?

Alter in Jahren

keine Angabe

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die LETZTEN SECHS MONATE:

Markieren Sie bitte das Ausmaß des Zutreffens der Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den LETZTEN 6 MONATEN gefühlt haben.

Die Skala reicht „von stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
------------------------	--------------------	----------------------------	-------------	-------------------	-----------	-------------------------------

1. Es gelingt mir oft, mich von BIID abzu-
lenken, so dass ich es zu dieser Zeit
kaum wahrnehme.
2. Mein Alltag wird von BIID kaum
belastet.
3. Ich verbringe viel Zeit damit, an eine
BIID-bezogene Operation zu denken.
4. Ich empfinde Leidensdruck, solange
ich nicht operiert werde oder BIID auf
eine andere Art und Weise
verschwindet.
5. Aufgrund von Folgen des BIID fühle
ich mich in meinem sozialen
Alltagsleben beeinträchtigt

Markieren Sie bitte das Ausmaß des Zutreffens der Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den LETZTEN 6 MONATEN gefühlt haben.

Die Skala reicht „von stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“.

- | | Stimme gar
nicht zu | Stimme
nicht zu | Stimme
eher nicht
zu | Teils teils | Stimme
eher zu | Stimme zu | Stimme voll
und ganz
zu |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|
| 6. Meinen Wunsch nach einer
Behinderung erlebe ich als stark
ausgeprägt <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Aufgrund der Folgen des BIID fühle
ich mich in meinem Berufsleben
beeinträchtigt. <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Ich kann BIID als Teil meiner Persön-
lichkeit akzeptieren. <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Um eine Operation zu erzwingen,
habe ich mich bereits selbst verletzt
bzw. würde ich es in Erwägung ziehen. <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Ich kann auch ohne die gewünschte
Behinderung weiter leben <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Markieren Sie bitte das Ausmaß des Zutreffens der Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den LETZTEN 6 MONATEN gefühlt haben.

Die Skala reicht „von stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“.

- | | Stimme gar
nicht zu | Stimme
nicht zu | Stimme
eher nicht
zu | Teils teils | Stimme
eher zu | Stimme zu | Stimme voll
und ganz
zu |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|
| 11. Ich plane eine Operation tatsächlich
durchführen zu lassen <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Ich verbringe kaum Zeit damit, an | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- eine BIID-bezogenen Operation zu denken.
13. Der Wunsch nach einer BIID-bezogenen Operation ist ständig in meinem Kopf.
14. Mein Verlangen nach Amputation/Lähmung empfinde ich als schwach ausgeprägt.
15. Ich denke selten darüber nach, mit welchen Methoden ich eine Operation erzwingen könnte.

Markieren Sie bitte das Ausmaß des Zutreffens der Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den LETZTEN 6 MONATEN gefühlt haben.

Die Skala reicht „von stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“.

- | | Stimme gar nicht zu | Stimme nicht zu | Stimme eher nicht zu | Teils teils | Stimme eher zu | Stimme zu | Stimme voll und ganz zu |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| 16. Wenn ich nicht operiert werden kann, sehe ich Selbsttötung als möglichen Ausweg. | <input type="radio"/> |
| 17. Aufgrund der Folgen meiner BIID-Erkrankung leide ich oft unter Niedergeschlagenheit und Interessenverlust. | <input type="radio"/> |
| 18. Ich wäre bereit, eine illegal stattfindende Operation im Ausland durchführen zu lassen. | <input type="radio"/> |
| 19. Ich habe noch keine praktischen Versuche unternommen um eine Operation zu erzwingen und würde dies auch nicht in Erwägung ziehen. | <input type="radio"/> |

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die LETZTEN 14 TAGE:

Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen die durchschnittlichen Stunden pro Woche an.

20. Wie viel Zeit beschäftigen Sie sich durchschnittlich mit Gedanken an die gewünschte Behinderung?
21. Wie viel Zeit beschäftigen Sie sich durchschnittlich mit einer BIID-bezogenen Operation?
22. Wie viel Zeit verbringen Sie durch-

schnittlich mit Gedanken, wie Sie in
Zukunft selber die gewünschte
Behinderung hervorrufen können? Wie
viel Zeit verbringen Sie durch-

schnittlich mit Gedanken, wie Sie in
Zukunft selber die gewünschte
Zahnlosigkeit hervorrufen können?

23. 25. Wie viel Zeit verbringen Sie
durchschnittlich mit Gedanken, mit
welchen Methoden der
Selbstverstümmelung Sie eine
Operation erzwingen könnten?

Wie oft haben Sie schon versucht, eine Amputation oder einen anderen BIID-bezogenen Eingriff selber vorzunehmen?

Bitte geben Sie die Anzahl der Versuch an

Wurde Ihnen von einem Arzt oder Therapeuten eine psychische Erkrankung diagnostiziert?

Keine Angabe

Nein

Ja. Folgende Diagnose

8 Endseite

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Studie. Sie können die Seite nun schließen. Für mögliche Fragen kontaktieren Sie bitte den Versuchsleiter.

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: Heim Sebastian

Matrikelnummer: 162704079

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

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

ja nein

Ort, Datum: Hamburg, den 15.2.19

Unterschrift: 