

MSH Medical School Hamburg
University of Applied Sciences and Medical University

Fakultät Humanwissenschaften

Masterstudiengang klinische Psychologie und Psychotherapie

Masterarbeit

*Die Bedeutung interpersoneller Faktoren und
Konfliktbewältigungsstrategien bei Body
Integrity Identity Disorder (BIID)*

vorgelegt von:	Mia Sophie Langbehn Matrikelnummer 162604034
vorgelegt am:	02.02.2018
Semester:	Sommersemester 16-2
Modulbezeichnung:	Masterarbeit
Erstgutachter:	Herr Prof. Dr. Kasten
Zweitgutachter:	Herr Prof. Dr. Dr. Schnell

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Masterstudiengangs klinische Psychologie und Psychotherapie an der Medical School Hamburg (MSH) – University of Applied Sciences and Medical University - Fakultät Humanwissenschaften verfasst. Eine Publikation bedarf der vorangegangenen schriftlichen Bewilligung durch die Verfasserin der Arbeit.

Zusammenfassung

Bisherige wissenschaftliche Studien zu den Entstehungsfaktoren der Body Integrity Identity Disorder (BIID) haben noch keine schlüssigen Ergebnisse erbracht. Daher wurden 47 BIID-Betroffenen, davon 34 Männer und 13 Frauen im Alter von durchschnittlich 49.6 Jahren, zur Erfassung des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens, des Bindungsverhaltens außerhalb von Partnerschaften und ihrer Konfliktbewältigungsstrategien untersucht. Validierte Fragebögen (FEE, AAS-R & FKBS) sowie ein Fragebogen zur Diagnose von BIID fanden Anwendung. Die Durchführung der Studie erfolgte online. In Ermangelung einer Kontrollgruppe basiert die statistische Auswertung auf dem Vergleich der klinischen Stichprobe mit den Normwerten der jeweiligen Eichstichprobe in den Skalen des Inventars. Zur Analyse der Varianz innerhalb der Stichprobe wurde eine Faktorenanalyse über sämtliche Skalen gerechnet. Zudem wurden die Korrelationen zwischen Schweregrad und den anderen Variablen geprüft. Die Ergebnisse der Mittelwertvergleiche ergaben signifikante Hinweise, dass die Kontrolle und Überbehütung seitens der Mutter wesentliche Faktoren in der Erziehung darstellen. Bezüglich des väterlichen Erziehungsverhaltens konnten keine signifikanten Auffälligkeiten gefunden werden. Bei Betrachtung des Bindungsverhaltens zeigten sich ausnahmslos signifikante Abweichungen zur Norm. Zudem konnte eine vermehrte Intellektualisierung und Wendung gegen das eigene Ich festgestellt werden. Die Korrelationen zwischen Schweregrad und den übrigen Skalen sind niedrig und durchweg insignifikant. Vor dem Hintergrund der hier gefundenen Ergebnisse sind weitere Untersuchungen der interpersonellen Faktoren für die Entstehung von BIID von Bedeutung.

Schlüsselwörter: *Body Integrity Identity Disorder (BIID), elterliches Erziehungsverhalten, interpersonelle Faktoren, Bindungsverhalten, Konfliktbewältigungsstrategien*

Abstract

Scientific studies on the cause of Body Integrity Identity Disorder (BIID) have yet failed to identify a conclusive cause. Therefore, 47 people affected by BIID (34 men and 13 women with an average age of 49.6) have been polled about remembered parenting behaviour, attachment behaviour outside of partnerships and their conflict management strategies. In this study, validated questionnaires (FEE, AAS-R & FKBS) as well as one questionnaire about the diagnosis of BIID have been used. The survey was conducted online. In the absence of a control group, the statistical analysis was based on the comparison of the clinical sample with the standard values of the respective calibration sample in the scales of the inventory. To analyse the variance within a given sample, a factorial analysis was done across all scales. A comparison of means indicated that maternal control and overprotection was a significant factor in the education, while paternal education was found non-significant. Attachment behaviour was found to deviate significantly from the norm in all those polled. In addition, testees were found to have disposition to intellectualize and oppose themselves. The correlations for the remaining scales were low and non-significant. Considering the presented findings, interpersonal factors as the cause of BIID merit further investigation.

Keywords: Body Integrity Identity Disorder (BIID), remembered parenting behaviour, interpersonal aspects, attachment behaviour, conflict management strategies

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	III
Abstract.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis.....	VIII
Abkürzungsverzeichnis	IX
Danksagung	X
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Body Integrity Identity Disorder	3
2.1.1 Angestrebte Diagnosekriterien	4
2.1.2 Epidemiologische Daten	6
2.1.3 Entstehungsmodelle	6
2.2 Das erinnerte elterliche Erziehungsverhalten.....	9
2.3 Bindungsbezogene Einstellung	10
2.4 Konfliktbewältigungsstrategien.....	11
2.5 Stand der Forschung.....	12
2.5.1 Zielsetzung der Arbeit.....	13
2.5.2 Fragestellung und Hypothesen.....	14
3 Material und Methoden.....	16
3.1 Stichprobe	16
3.2 Datenerhebung	17
3.3 Messinstrumente	17
3.3.1 BIID- Screening des Schweregrads und der Intensität	18
3.3.2 Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens.....	19
3.3.3 Revised Adult Attachment Scale.....	20
3.3.4 Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien	22
3.4 Statistische Auswertung	23
4 Ergebnisse	25
4.1 BIID	25
4.2 Erinnertes elterliches Erziehungsverhalten	26
4.3 Enge Bindungen außerhalb von Partnerschaften.....	29
4.4 Konfliktbewältigungsstrategien.....	31

4.5	Das Zusammenwirken von Erziehungsverhalten, Bindungsverhalten und Konfliktbewältigungsstrategien im Verbund mit dem Schweregrad von BIID....	32
5	Diskussion.....	37
5.1	Ergebnisse.....	37
5.2	Stichprobe.....	42
5.3	Methode.....	43
6	Schlussbetrachtung: Fazit und Ausblick.....	45
	Literaturverzeichnis.....	47
	Anhang.....	I
	Eigenständigkeitserklärung.....	II

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> vierkategoriales Modell nach Bartholomew (1990) entnommen aus Schmidt, Muehlan, & Brähler, 2016.	11
<i>Abbildung 2.</i> Einteilung des Schweregrades der BIID-Erkrankung der klinischen Stichprobe ($n = 47$)	26
<i>Abbildung 3.</i> Das erinnerte mütterliche Erziehungsverhalten der BIID-Betroffenen ($n = 47$) über die drei Skalen des FEE, verglichen mit dem Referenzwert $T = 50$. ** $\alpha \leq 0.01$, * $\alpha \leq 0.05$ (einseitige Testung), abgetragen sind die Standardabweichungen ($\pm 1 SD$)	28
<i>Abbildung 4.</i> Enge Beziehungen außerhalb von Partnerschaften der klinischen Stichprobe, hinsichtlich der drei Dimensionen: Angst, Nähe und Vertrauen ($n = 47$), verglichen mit dem Referenzwert Stanine = 5. ** $\alpha \leq 0.01$, * $\alpha \leq 0.05$ (einseitige Testung), Kreise markieren Ausreißer	30
<i>Abbildung 5.</i> Konfliktbewältigungsstrategien der BIID-Betroffenen ($n = 47$), verglichen mit dem Referenzwert $T = 50$. ** $\alpha \leq 0.01$, * $\alpha \leq 0.05$ (einseitige Testung), abgetragen sind die Standardabweichungen ($\pm 1 SD$)	32
<i>Abbildung 6.</i> Ladungsdiagramm des 1. und 2. Faktors im rotierten Raum	34
<i>Abbildung 7.</i> Mittelwerte der Skala „Kontrolle und Überbehütung“ von Mutter (blau) und Vater (rot) über den Schweregrad von BIID	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 *Klassifikation des Schweregrades und Intensität von BIID*..... 18

Tabelle 2 *Statistische Kennwerte der Skalen des FEE, bezogen auf das erinnerte Erziehungsverhalten der Mutter, verglichen mit dem Referenzwert $T = 50$* 27

Tabelle 3 *Statistische Kennwerte der Skalen des FEE, bezogen auf das erinnerte Erziehungsverhalten des Vaters, verglichen mit dem Referenzwert $T = 50$* 27

Tabelle 4 *Statistische Kennwerte der Skalen der AAS-R, bezogen auf enge Beziehungen außerhalb von Partnerschaften, verglichen mit dem Referenzwert Stanine = 5*..... 29

Tabelle 5 *Statistische Kennwerte der Skalen des FKBS, bezogen auf die Konfliktbewältigungsstrategien der Stichprobe ($n = 47$), verglichen mit dem Referenzwert $T = 50$* 31

Tabelle 6 *Faktorenladungen der explorativen Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation*..... 33

Tabelle 7 *Ladungsmatrix mit den Alpha-Werten aus den Mittelwerts-vergleichen zwischen klinischer und Eichstichprobe* 35

Abkürzungsverzeichnis

AAS	Adult Attachment Scale
AAS-R	Revised Adult Attachment Scale
BIID	Body Integrity Identity Disorder
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMBU	Egna Minnen Beträffande Uppfostran
FEE	Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten
FKBS	Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien
ICD	International Classification of Diseases
Vps.	Versuchspersonen

Danksagung

Zunächst möchte ich mich ganz herzlich bei Herrn Prof. Dr. Kasten bedanken, der sich bereit erklärt hat, meine Arbeit zu betreuen und mir die Möglichkeit geboten hat, meine Masterarbeit über Body Integrity Identity Disorder zu schreiben. Vielen Dank für die fachliche Unterstützung und die Bereitstellung wichtiger Kontakte zu BIID-Betroffenen.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Dr. Schnell für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Ein weiterer Dank geht an die Hogrefe AG für die freundliche Genehmigung zur Verwendung ihrer Fragebögen.

Zu dem möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Buse für die Beratung bei Fragen zur statistischen Auswertung bedanken.

Darüber hinaus möchte ich meinen Dank gegenüber meinen Eltern und Geschwistern für ihre Unterstützung und Geduld ausdrücken.

1 Einleitung

Body Integrity Identity Disorder (BIID) ist, obwohl sie zunehmend mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit rückt, eine bislang noch relativ wenig erforschte Störung. Unter der Bezeichnung Body Integrity Identity Disorder (deutsch: Körper-Integritäts-Identitäts-Störung) wird eine Veränderung des Körperschemas bzw. der Körperidentität verstanden, bei der die betroffenen Personen einen Körperteil als nicht zugehörig empfinden und daher den Wunsch nach einer körperlichen Behinderung haben (First, 2005; First & Fisher, 2011). Die Störung geht durch die Tatsache, dass es oftmals aufgrund von Scham, Unverständnis und Nicht-Akzeptanz der Bevölkerung über lange Zeit zur Geheimhaltung kommt, mit einem erheblichen Leidensdruck für die Betroffenen einher (Stirn, Thiel, & Oddo, 2010).

Ungeklärt sind bislang noch weitestgehend die Ursachen für die Störung. Diskutiert werden neben psychologischen auch neurologische Erklärungsansätze. In der Wissenschaft wird unter anderem von einer in der kindlichen Entwicklung zugrunde liegenden Störung ausgegangen (Blom, Hennekam, & Denys, 2012; Khalil & Richa, 2012; First, 2005; Kasten, 2009). Das Erstmanifestationsalter liegt meist präpubertär vor dem 12. Lebensjahr, nicht selten bereits zwischen dem vierten und siebten Lebensjahr (Stirn et al., 2010).

Aussagen von BIID-Betroffenen deuten auf einen Einfluss des elterlichen Erziehungsverhaltens und der Bindung zu den Bezugspersonen hin. Die Betroffenen berichten in Foren über ihre Kindheit, hierbei wird der Vater häufig als abwesend und dominant erinnert, die Mutter als anwesend, jedoch eher passiv-depressiv (Oddo et al., 2009). Einzelfallstudien weisen auf einen Zusammenhang des Amputationswunsches und der mangelnder Zuwendung der Eltern in der Kindheit hin (Berger, Lehrmann, Larson, Alverno, & Tsao, 2005; Bruno, 1997).

Bislang liegen nur wenige Studien vor, welche sich mit der Kindheit der BIID-Betroffenen beschäftigen. Aufgrund dieser Tatsache, wird sich die vorliegende Studie mit den möglichen interpersonellen Faktoren, welche zu einer Entwicklung der BIID-Erkrankung beitragen, auseinandersetzen. Dabei wird vor allem auf das subjektiv erinnerte elterliche Erziehungsverhalten sowie auf die Bindung außerhalb von Partnerschaften und auf die angewendeten Konfliktbewältigungsstrategien fokussiert.

Im Rahmen dieser Studie wird zunächst ein Überblick über die Störung BIID, die angestrebten Diagnosekriterien sowie mögliche Entstehungsmodelle gegeben. Da der thematische Schwerpunkt der Studie auf den interpersonellen Faktoren, die zur Entstehung von BIID möglicherweise beitragen, liegt, werden im Weiteren die theoretischen Ansätze hinsichtlich des elterlichen Erziehungsverhaltens, der Bindungstheorie sowie des Konzeptes der Konfliktbewältigungsstrategien dargestellt.

Im Anschluss folgen eine Darstellung des bisherigen wissenschaftlichen Forschungsstandes bezüglich des Zusammenwirkens der genannten Faktoren und BIID sowie die zu untersuchenden Forschungsfragen.

Der empirische Teil gibt zunächst einen Einblick in das methodische Vorgehen der Studie, anschließend werden die Ergebnisse dargestellt und diskutiert. Im Anhang sind die allgemeinen Teilnehmerinformationen der Studie, die Zustimmung zur Datenerhebung, die verwendeten Fragebögen sowie Tabellen der statistischen Auswertung zu finden. Darüber hinaus liegen im Anhang relevante Ergebnisse der statistischen Auswertung vor.

2 Theoretischer Hintergrund

Das öffentliche Interesse an der Erkrankung an BIID hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Das Krankheitsbild wurde jedoch in ähnlicher Form bereits Ende des 19. Jahrhunderts beschrieben (Stirn et al., 2010). Der Begriff „Body Integrity Identity Disorder“ geprägt durch First (2005) löste die vorangegangene Bezeichnung „Amputee Identity Disorder“ von Furth und Smith (2000) ab. BIID-Betroffene bezeichnen sich selbst teilweise mit dem Begriff „Wannabe“ (abgeleitet aus dem englischen „want to be“), welches das Bedürfnis, amputiert sein zu wollen, beschreibt.

2.1 Body Integrity Identity Disorder

Wie bereits erwähnt wird unter BIID eine Störung der Körperintegrität und –identität verstanden, bei der die Betroffenen den Wunsch einer körperlichen Behinderung haben. Betroffene verspüren überwiegend den intensiven Wunsch nach einer Amputation eines bestimmten gesunden Körperteils, meist eines Beines. Dieser spezifische Wunsch besteht größtenteils bereits seit der Kindheit (First, 2005). In der Studie von First (2005) gab die Mehrheit der Befragten (44 von 52) sogar den Wunsch einer Amputation einer spezifischen Seite an. Der Großteil dieser Personen präferieren die linke Seite, lediglich 12 Versuchspersonen äußern den Wunsch einer rechtsseitigen Amputation. Der Wechsel von einer Bein- oder Armseite findet bei einer geringen Anzahl von BIID-Betroffenen statt (Kasten & Stirn, 2009). Der Wunsch einer Behinderung beschränkt sich nicht nur auf eine Amputation. Bei einigen BIID-Betroffenen ist der Wunsch nach einer anderen Behinderung vordergründig, zum Beispiel zu erblinden, taub oder querschnittsgelähmt zu sein (Stirn et al., 2010). Betroffene beschreiben ihren Körper als unvollständig und unvollkommen. Erst die gewünschte Amputation bzw. Lähmung oder Funktionslosigkeit führt zu einem Gefühl der Übereinstimmung mit der eigenen Identität (Kasten, 2012).

Die Störung geht durch die Tatsache, dass es oftmals aufgrund von Scham, Unverständnis und Nicht-Akzeptanz der Bevölkerung über lange Zeit zur Geheimhaltung kommt, mit einem erheblichen Leidensdruck für die Betroffenen einher. Darüber hinaus kann der Leidensdruck als Folge des unerfüllten Wunsches einer Amputation bzw. den legalen Mitteln diese umzusetzen, angesehen werden (Stirn et al., 2010). Aufgrund der Rechtslage, welche eine

Amputation bei BIID untersagt, wenden einige BIID-Betroffene zur Verwirklichung ihres Amputationswunsches selbstverstümmelnde Maßnahmen an. Diese Methoden der Selbstamputation gehen jedoch mit erheblichen gesundheitlichen Risiken einher (Stirn et al., 2010). Bislang liegen nur sehr wenige wissenschaftliche Studien zum Gesundheitszustand von BIID-Betroffenen nach einer Operation bzw. selbst herbeigeführten Amputation vor. Die Studie von Noll und Kasten (2014) konnte ein hohes Ausmaß an Zufriedenheit bei bereits erfolgreich operierten BIID-Betroffenen nachweisen. Darüber hinaus waren die meisten der 19 Befragten nach Jahren noch symptomfrei und bereuten ihren Entschluss zur Amputation nicht (Noll & Kasten, 2014). Die Studie von Kröger, Schnell und Kasten (2014) zeigte darüber hinaus, dass Psychotherapie die psychische Belastung reduzieren kann. Der Amputationswunsch jedoch zunimmt. Dies wird von Kröger et al. (2014) durch den intensiven Austausch mit dem Therapeuten erklärt.

Viele Betroffene berichten über eine Uninformiertheit und Unsicherheit von Fachleuten hinsichtlich des Störungsbildes BIID (Kasten, 2009; Kasten & Stirn, 2009). Aufgrund dessen untersuchten Neff und Kasten (2009) die Informiertheit von britischen und deutschen Fachleuten. Die Ergebnisse zeigen, dass ein hoher Prozentsatz der Fachleute die Störung nicht als solche diagnostizieren konnte. Lediglich 41% der Befragten gaben, nachdem ihnen eine typische Fallbeschreibung des Störungsbildes und ein BIID-Fragebogen vorgelegt wurden, die richtige Diagnose. 30% diagnostizierten BIID fälschlicherweise als eine Körperdysmorphie - oder Somatisierungsstörung.

2.1.1 Angestrebte Diagnosekriterien

Die fachliche Einordnung von BIID und die Abgrenzung zu anderen Störungsbildern werden derzeit noch kontrovers diskutiert. BIID wurde aufgrund der bisher herrschenden Unklarheiten bzgl. des Störungsbildes noch nicht als eigenständige Diagnose in die gängigen Klassifikationssysteme „International Classification of Diseases“ (ICD-10) und „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-V) aufgenommen. Jedoch wird eine Klassifikation in die Neuauflage des Diagnosesystems ICD-11 angestrebt (Kasten, 2012). Kasten (2012) unterbreitet folgende Kriterien zur Aufnahme der BIID-Diagnose ins ICD-11. Die nachfolgenden Angaben wurden dem Artikel „*Body Integrity Identity*

Disorder – Körperidentität durch erwünschte Behinderung“ von Kasten (2012) wörtlich entnommen (S. 167).

Body Integrity Identity Disorder (BIID) ist ein Störungsbild, das den langjährigen Wunsch nach Erlangung einer schweren körperlichen Behinderung beinhaltet, ohne dass hierbei kausal andere psychische Störungen für die Symptomatik verantwortlich gemacht werden können.

Kernkriterien

- 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.
- Das betreffende Körperteil wird trotz normaler Funktion und Sensibilität als fremd, nicht zu sich gehörend betrachtet. Es besteht ein erheblicher Leidensdruck durch das Gefühl, dass der reale Körper nicht mit dem mentalen Bild eines behinderten Körpers übereinstimmt.
- 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.
- 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 vorgetäuschte Unfälle).

Nebenkriterien

- 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.
- 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.

- Der Wunsch nach Behinderung basiert nicht auf der Erlangung von Krankheitsgewinn. Die Betroffenen versprechen sich keine Vorteile durch die Behinderung.
- Der Wunsch basiert nicht primär auf erotischen Vorstellungen oder sexueller Erregung

Unterklassifikationen

- BIID mit Amputationswunsch
- BIID mit Wunsch nach einer Lähmung (z. B. Querschnittlähmung)
- BIID mit Wunsch nach einer anderen konkreten körperlichen Behinderung (z. B. Blindheit, Taubheit)
- unspezifischer Wunsch nach einer Behinderung oder dauerhaften Erkrankung

2.1.2 Epidemiologische Daten

Epidemiologische Daten zur Häufigkeit von BIID liegen derzeit noch nicht vor. Ausgehend von dem bisherigen Wissensstand wird jedoch eine erhebliche Dunkelziffer angenommen (Stirn et al., 2010). Schätzungen zu Folge sollen laut Furth und Smith (2000) 1-3% der Gesamtbevölkerung unter BIID leiden. Internetforen in Deutschland weisen mehrere Hundert Mitglieder auf, wobei die Diagnose hierbei nicht als gesichert angesehen werden kann. Festzuhalten ist, dass es sich um eine internationale Störung handelt, welche überwiegend in den Industrieländern auftritt (Stirn et al., 2010). Das Geschlechterverhältnis ist keinesfalls ausgeglichen. Studien zeigen, dass deutlich mehr Männer als Frauen an BIID erkranken. Darüber hinaus ist die Homosexualitätsrate im Vergleich zur Normalbevölkerung bei BIID erhöht (Blom et al., 2012; First, 2005). Die Gründe für diese Verteilung sowie das ungleiche Geschlechterverhältnis sind derzeit noch nicht hinreichend geklärt.

2.1.3 Entstehungsmodelle

Wie bereits erwähnt herrscht derzeit noch keine allgemeingültige Einigkeit über die Entstehung und Klassifikation von BIID. Anzunehmen ist jedoch wie bei anderen

psychischen Störungen eine multikausale Entstehung (Stirn et al., 2010). Die Studie von First (2005) liefert Hinweise, dass die Faktoren, welche zur Entstehung von BIID beitragen, heterogen sein könnten. Kontrovers diskutiert wird ebenso, wie die Veränderung des Körperschemas zustande gekommen sein könnte und ob es sich wirklich bei BIID um eine Störung des Körperbildes handelt. Neben psychologischen und psychiatrischen Erklärungsmodellen werden auch neurologische Faktoren als mögliche Entstehungsursachen angesehen (Sedda, 2011).

Die Erstmanifestation des Störungsbildes liegt überwiegend im Kindes- und Jugendalter, meist schon vor dem Eintritt in die Pubertät. Nach Stirn et al. (2010) entsteht die Faszination für eine Amputation bzw. körperliche Behinderungen bereits zwischen dem vierten und siebten Lebensjahr, spätestens bis zum 12. Lebensjahr. Nur sehr wenige Betroffene berichten über eine spätere Entstehung nach dem 16. Lebensjahr. Die anfängliche Faszination manifestiert sich im Laufe der Adoleszenz und im Erwachsenenalter, wobei der Amputationswunsch mit zunehmendem Alter steigt (Stirn et al., 2010). Wie bereits erwähnt, wird von einer multikausalen Entstehung ausgegangen.

Das *kognitiv-verhaltenstherapeutische Modell* sieht neben neurologischer Prädisposition auch kindliche Lernerfahrungen und das elterliche Erziehungsverhalten als mögliche auslösende Bedingungen an. Aussagen von Betroffenen deuten auf einen Einfluss des elterlichen Erziehungsverhaltens und der Bindung zu den Bezugspersonen hin. Der Vater wird häufig als abwesend und dominant erinnert, die Mutter als anwesend, jedoch eher passiv-depressiv (Oddo et al., 2009). Zudem wird häufig eine frühe emotionale Vernachlässigung durch die Eltern angenommen (Stirn et al., 2010). Die kindliche Lernerfahrung, welche die BIID-Betroffenen in ihrer Kindheit möglicherweise machen, dass amputierte bzw. körperlich behinderte Menschen mehr Aufmerksamkeit und Zuneigung erfahren, könnte im Sinne eines positiven Verstärkers zur Entstehung von BIID beitragen, um mehr emotionale Zuwendung von ihren Eltern zu erfahren (Stirn et al., 2010). Darüber hinaus sieht das kognitiv-verhaltenstherapeutische Modell die im Erwachsenenalter auftretenden Symptome, unter anderem Amputationsphantasien und Pretending (Vortäuschen) als aufrechterhaltende Bedingungen an (Stirn et al., 2010). Festzuhalten ist, dass die Entstehung von BIID aus

lerntheoretischer Sicht nicht ausreichend erklärbar ist und prädisponierende Faktoren einen wesentlichen Beitrag spielen könnten (Stirn et al., 2010).

Psychodynamische Erklärungsansätze konzentrieren sich auf die gemeinsamen Strukturanteile von BIID- Betroffenen, welche in unterschiedlicher Gewichtung auftreten. Hierbei lassen sich vor allem zwanghafte, narzisstische, passiv-aggressive sowie pseudo-unabhängige Strukturanteile finden (Stirn et al., 2010). Häufig wird der Charakter von BIID-Betroffenen als perfektionistisch beschrieben, welches daraus resultieren könnte, dass ihre Bedürfnisse in der Kindheit nach Liebe, Anerkennung und Zuwendung nicht hinreichend befriedigt wurden (Stirn et al., 2010). Stirn et al. (2010) gehen davon aus, dass diese frühe emotionale Entbehrungssituation zu einer Frustration und Enttäuschung führt, welche wiederum eine Fixierung auf sich selbst mit sich bringt. Der Wunsch einer Amputation wird als Lösung des Problems angesehen. Die Mehrzahl von BIID-Betroffenen verwenden Rationalisierung, Intellektualisierung, Abspaltung und Affektisolierung als Abwehrmechanismen um unangenehmen Triebregungen entgegenzuwirken (Stirn et al., 2010).

Aus *neurobiologischer Sicht* wird davon ausgegangen, dass BIID das Resultat einer Störung verschiedener neuronaler Netzwerke ist (Stirn et al., 2010). Ob anatomische Veränderungen bereits seit der Kindheit bei BIID-Betroffenen vorliegen, ließ sich bislang nicht untersuchen. Vielmehr lieferten Untersuchungen des Gehirns von erwachsenen BIID-Betroffenen keine eindeutigen Hinweise darauf, ob eine genetische Prädisposition vorliegt oder ob der Wunsch einer Amputation Veränderungen im Gehirn hervorruft (Stirn et al., 2010). Die Studie von van Dijk et al. (2013) weist Auffälligkeiten im somatosensorisches Netzwerk auf. Es konnte mittels MRT gezeigt werden, dass eine höhere Aktivität des somatosensorischen Systems bei BIID-Betroffenen im Vergleich zur Normalbevölkerung zu finden war, wobei es irrelevant war, ob es sich dabei um das betroffene Körperteil handelte. Vielmehr erwies sich das Aktivitätsniveau im ventralen prämotorischen Cortex als relevant, wobei bei BIID-Betroffene eine reduzierte Aktivität bei Stimulation des betroffenen Körperteils vorzuweisen war. Darüber hinaus konnten keine Unterschiede hinsichtlich der neuronalen Aktivität in Bezug auf die Motorik festgestellt werden. Die Autoren sehen in diesen Ergebnissen die Erklärung dafür, warum die Motorik der betroffenen Körperteile bei gleichzeitigem Gefühl der Nicht-Zugehörigkeit nicht eingeschränkt ist.

Zudem weist die Studie von Blom et al. (2016) Veränderungen bezüglich der grauen Substanz in den linken dorsalen und ventralen prämotorischen Cortis und im Kleinhirn auf. Die Ergebnisse der strukturellen Magnetresonanztomographie-Scans zeigen bei BIID-Betroffenen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, ein verringertes Volumen der grauen Substanz in den linken dorsalen und ventralen prämotorischen Cortis bei gleichzeitigem größeren Volumen der grauen Substanz im Kleinhirn.

Diese Ergebnisse bekräftigen die Annahme einer neurologischen Beteiligung an der Entstehung von BIID und unterstützen die Auffassung von Ramachandran und McGeoch (2007) einer neuronalen Dysfunktion des rechten superioren Parietallappens.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass die Entstehung von BIID multimodal bedingt ist und eine Reihe von Faktoren zur Entstehung von BIID beitragen. Kasten (2009) geht von einem multikausalen Motivationsmodell aus, bei dem drei Komponenten in unterschiedlicher Intensität eine Rolle spielen. Hierbei handelt es sich um eine neurologische Dysfunktion, eine erotische Komponente und dem Wunsch, behindert zu sein (Kasten & Spithaler, 2009).

2.2 Das erinnerte elterliche Erziehungsverhalten

Die Entstehung und Manifestation von psychischen Störungen im Erwachsenenalter wird zunehmend häufiger mit der Qualität des subjektiv erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens in Verbindung gebracht (Schumacher, Eisemann, & Brähler, 2000). Hierbei spielen besonders ein erlebter Mangel an Zuwendung und Liebe sowie eine ausgeprägte Kontrolle und Überbehütung seitens der Eltern eine Rolle (Ihle, Jahnke, Heerwagen, & Neuperdt, 2005).

Der Begriff „elterliches Erziehungsverhalten“ ist ein weit gefasster Begriff. Allgemein werden darunter alle auf das Kind einwirkenden, beabsichtigten oder unbeabsichtigten Erlebnis- und Handlungsweisen durch die Eltern verstanden (Schumacher et al., 2000). In der Wissenschaft wurde der Begriff des elterlichen Erziehungsverhaltens erst ab etwa 1980 verwendet, zuvor fand der Begriff des Erziehungsstils Anwendung. Heutzutage werden die beiden Begriffe synonym eingesetzt. In der Literatur werden bestimmte Erziehungsstildimensionen voneinander unterschieden, wobei unterschiedliche Begriffe Anwendung finden. Die Dimensionen lassen sich jedoch unter Berücksichtigung der verschiedenen

Begriffe in zwei bzw. drei Faktoren unterteilen, die jeweils durch Gegensatzpaare gekennzeichnet sind. Die erste Dimension kann als Zuwendung (Wärme, Liebe, Fürsorge) vs. Zurückweisung (Feindseligkeit) definiert werden. Die zweite Dimension als Kontrolle (Überbehütung) vs. Autonomie (Liberalität). Die dritte, weniger einheitliche Dimension wird als Strafe und Strenge/Konsequenz bezeichnet (Schumacher et al., 2000).

Der elterliche Erziehungsstil wird als interindividuelle Variable angesehen, welche jedoch intraindividuell stabil ist und dazu führt, dass bestimmte Erziehungspraktiken seitens der Eltern manifestiert werden (Schumacher et al., 2000). Während der Kindheit sind die familiären Bindungen zu den Bezugspersonen, in der Regel den Eltern, und deren Erziehungspraktiken entscheidend für die Sozialisation und für die psychische Entwicklung des Kindes. Insbesondere das elterliche Erziehungsverhalten nimmt hier einen zentralen Stellenwert ein, welches das gesamte weitere Leben des Kindes bis ins Erwachsenenalter beeinflusst (Schumacher et al., 2000).

Bereits ab den 60iger Jahren wurde der elterliche Erziehungsstil als erklärende Variable für das Auftreten bestimmter Persönlichkeitsmerkmale angesehen. Die Forschung beschränkte sich zur damaligen Zeit überwiegend auf das Kindes- und Jugendalter (Schumacher, Eisemann, Strauß, & Brähler, 1999). In den letzten Jahren hat sich die Wissenschaft vermehrt mit dem erinnerten Erziehungsverhalten der Eltern und dem Erwachsenenalter beschäftigt.

2.3 Bindungsbezogene Einstellung

In engem Zusammenhang mit dem elterlichen Erziehungsverhalten ist auch die Bindungsfähigkeit einzuordnen, denn entscheidende Bindungserfahrungen werden von dem Kind in den erziehungsbezogenen Interaktionen mit den Bezugspersonen gemacht. Schlussfolgernd kann die Qualität des elterlichen Erziehungsverhaltens als wesentlicher Aspekt in der Entstehung kindlicher Bindungsmuster angesehen werden, welche bis ins Erwachsenenalter Einfluss haben (Schumacher, Stöbel-Richter, Strauß, & Brähler, 2004). Hierbei stehen die sog. „Bindungsrepräsentationen“ im Fokus, darunter werden bindungsrelevante Erinnerungen und Bewertungen der Erfahrungen mit den Bezugspersonen verstanden. Diese werden im sog. „inneren Arbeitsmodell“ kognitiv repräsentiert und beinhalten sowohl die eigene Person als auch die Bezugspersonen

(Schumacher et al., 2004). Dieses Arbeitsmodell der Bindung wird als zeitlich sehr stabil und überdauernd angesehen und beeinflusst die Bindungsfähigkeit im Erwachsenenalter (Schmidt, Muehlan, & Brähler, 2016). Jedoch zeigt sich, dass das elterliche Erziehungsverhalten nur ein Faktor des Bindungsverhaltens im Erwachsenenalter zu sein scheint und der Einfluss Gleichaltriger ebenso einflussnehmend ist (Schmidt et al., 2016).

Nach Bartholomew (1990) lassen sich je nach Einstellung zu sich selbst und zu anderen (Abbildung 1) im Erwachsenenalter vier Bindungsmuster unterscheiden (zitiert nach Schmidt et al., 2016).

		Modell des Selbst (Abhängigkeit)	
		Positiv	Negativ
Modell des Anderen (Vermeidung)	Positiv	Sicher („secure“)	Anklammernd/Abhängig („preoccupied“)
	Negativ	Abweisend/Distanziert („dismissing“)	Ängstlich-Vermeidend („fearful“)

Abbildung 1. vierkategoriales Modell nach Bartholomew (1990) entnommen aus Schmidt, Muehlan, & Brähler, 2016.

Eine „sichere Bindung“ liegt vor, wenn sowohl das Modell des Selbst als auch das Modell des Anderen positiv ist. Ein „Ängstlich / Vermeidender-Stil“ liegt dagegen vor, wenn sowohl das Bild des Selbst als auch das Bild des Anderen negativ geprägt ist. Aus einem positiven Selbstbild in Kombination mit einem negativen Fremdbild ergibt sich der „Abweisend / Distanzierte-Stil“. Ein „Anklammernd / Abhängiger-Stil“ liegt vor, wenn das Selbst negativ, das Fremdbild positiv bewertet wird (Abbildung 1).

2.4 Konfliktbewältigungsstrategien

Konfliktbewältigungsstrategien bzw. Abwehrmechanismen sind aus psychoanalytischer Sicht unbewusste Bewältigungsformen zur Kontrolle von innerlichen Konflikten, die dem Zweck des Schutzes der Integrität und des Selbstwertes dienen (Kriz, 2007). Angenommen wird, dass ungelöste Konflikte bestehen bleiben und im Rahmen des Versuches einer Lösung des Konfliktes zu einer Symptombildung führen, die wiederum als psychische Erkrankung verstanden wird (Kriz, 2007). Abgewehrt werden vor allem Angst, Schuld, Scham

und Wut. Darauf hinzuweisen ist jedoch, dass die Abwehrmechanismen nicht ausschließlich als dysfunktional und maladaptiv betrachtet werden können, sondern häufig auch die Funktion des Selbstschutzes erfüllen (Boll-Klatt & Kohrs, 2014). Eine allgemeingültige Klassifikation der Konfliktbewältigungsstrategien bzw. Abwehrmechanismen besteht nicht. Vaillants Einteilung (1971) in unreife und reife Abwehrmechanismen findet weitestgehend Übereinstimmung (zitiert nach Hentschel, Kießling, & Wiemers, 1998). Wobei eine exakte Einteilung sich als schwierig erweist, da es situationsabhängig ist, ob ein Abwehrmechanismus als „reif“ oder „unreif“ einzuordnen ist. Als eher unreife Abwehrmechanismen werden beispielsweise „primitive Idealisierung“, „Entwertung“ und „Projektion“ angesehen. Als eher reifere Formen gelten „Intellektualisierung“, „Reaktionsbildung“ und „Ungeschehenmachen“ (Wöller & Kruse, 2010).

2.5 Stand der Forschung

Bisher liegen aufgrund der derzeit noch herrschenden Unklarheiten und dem geringen Bekanntheitsgrades nur relativ wenige repräsentative Studien über BIID vor. Anzunehmen ist, dass BIID mit einem hohen Leidensdruck, Scham und einem Unverständnis der Bevölkerung sowie der fehlenden Informiertheit von Fachleuten einhergeht.

Überwiegende Einigkeit in der Wissenschaft besteht dahingehend, dass ein wesentlicher Aspekt in der Entstehung von BIID in der Kindheit liegt und die Begegnung mit einer körperlich behinderten Person einflussnehmend war. Betroffene Personen erinnern sich häufig sehr genau an ihre erste Begegnung mit einer körperlich behinderten Person meist in der Kindheit oder frühen Adoleszenz und hegen im Laufe ihres Lebens den Wunsch nach exakt derselben Behinderung (Kasten, 2009). In der Studie von First (2005) äußerten rund zwei Drittel der Betroffenen den Wunsch nach einer Amputation desselben Körperteils wie die körperlich behinderte Person aus der Kindheit. Aufgrund der geschilderten Annahmen ist es bedeutsam, den Faktor „Kindheit“ näher zu untersuchen.

Obwohl die Selbstäußerungen von BIID-Betroffenen darauf hindeuten, dass Gemeinsamkeiten in der Kindheit und Jugend zu finden sind, sind Studien hinsichtlich des Einflusses der Kindheitserfahrungen auf die Entstehung von BIID begrenzt. Die Studie von Obernolte, Schnell und Kasten (2015), konnte erste Erkenntnisse hierzu liefern. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass keine

signifikanten Unterschiede zwischen BIID-Betroffenen im Vergleich zur Kontrollgruppe hinsichtlich maladaptivem Elternverhalten in Form von emotionaler Vernachlässigung zu finden sind. Jedoch besteht hier eine Diskrepanz zwischen den Ergebnissen und den Selbstäußerungen der Betroffenen. Stirn et al. (2010) beschrieben darüber hinaus ebenfalls biographische Gemeinsamkeiten von BIID-Betroffenen hinsichtlich ihrer Kindheitserfahrungen.

Die Studie von Schumacher et al. (2004) konnte Zusammenhänge elterlichen Erziehungsverhaltens und partnerbezogenen Bindungsmustern erwachsener Personen aufzeigen. Bisherige Studien zur erwachsenen bindungsbezogenen Einstellung bei BIID-Betroffenen in Partnerschaften belegen keine signifikanten Unterschiede gegenüber der Norm (Oddo, Möller, Skoruppa, & Stirn, 2014). Jedoch untersuchten die Studie von Oddo et al. (2014) lediglich *partnerschaftlich* bindungsbezogene Einstellungen. Inwieweit sich die bindungsbezogenen Einstellungen von BIID-Betroffene *außerhalb von Partnerschaften* in engen Beziehungen von der Norm unterscheiden wurde bislang nicht untersucht. Es zeigte sich jedoch eine Beeinträchtigung in zwischenmenschlichen Beziehungen aufgrund des Amputationswunsches (First, 2005).

Ableitend aus den psychodynamischen Erklärungsansätzen ist das nähere Betrachten der Konfliktbewältigungsstrategien von BIID-Betroffenen von besonderem Interesse. Zur Frage, inwieweit diese in der Ätiologie, Auslösung und Aufrechterhaltung von BIID eine Rolle spielen, gibt es derzeit noch wenig empirische Daten. Die Studie von Oddo et al. (2014) wies Tendenzen einer Konfliktabwehr bzw. Konfliktvermeidung auf. Darüber hinaus wurden Konflikte im Vergleich zur Normgruppe eher internalisiert und signifikant geringer gegen das Objekt gewendet. Zudem haben BIID-Betroffene im Vergleich zur Norm signifikant häufiger zur Reaktionsbildung geneigt.

2.5.1 Zielsetzung der Arbeit

Ziel der Studie ist es herauszufinden, welchen Beitrag interpersonelle Faktoren und Konfliktbewältigungsstrategien bei der Entstehung von BIID leisten. Hierbei soll insbesondere der Fokus auf das erinnerte elterliche Erziehungsverhalten und die Bindungsbeziehungen zu engen Personen von BIID-Betroffenen gelegt werden, da bislang die Studienlage diesbezüglich dürftig und uneins ist. Die

vorliegende Arbeit könnte Hinweise auf mögliche Entstehungsursachen liefern und damit einhergehend einen weiteren Beitrag zum Verständnis der Erkrankung erbringen.

2.5.2 Fragestellung und Hypothesen

Ausgehend von der wissenschaftlichen Literatur und den Aussagen von BIID-Betroffenen, welche übereinstimmend die Kindheit als wesentlichen Faktor in der Entstehung des Störungsbildes ansehen, lauten die konkreten Fragestellungen und Hypothesen, welche anhand dieser Studie untersucht werden sollen:

Fragestellung: Wie unterscheidet sich das *mütterliche* erinnerte Erziehungsverhalten hinsichtlich emotionaler Wärme sowie Kontrolle und Überbehütung von BIID-Betroffene gegenüber der Normalbevölkerung?

H1a: Das erinnerte mütterliche Erziehungsverhalten von BIID-Betroffenen ist gegenüber der Normalbevölkerung signifikant geringer durch emotionale Wärme geprägt.

H1b: Das erinnerte mütterliche Erziehungsverhalten von BIID-Betroffenen ist gegenüber der Normalbevölkerung signifikant kontrollierender und überbehütender.

Fragestellung: Wie unterscheidet sich das *väterliche* erinnerte Erziehungsverhalten hinsichtlich Ablehnung und Strafe sowie emotionaler Wärme von BIID-Betroffene gegenüber der Normalbevölkerung?

H2a: Das erinnerte väterliche Erziehungsverhalten von BIID-Betroffenen ist gegenüber der Normalbevölkerung signifikant ablehnender und strafender.

H2b: Das erinnerte väterliche Erziehungsverhalten von BIID-Betroffenen ist gegenüber der Normalbevölkerung signifikant geringer durch emotionale Wärme geprägt.

Fragestellung: Wie unterscheiden sich BIID-Betroffene von der Normalbevölkerung hinsichtlich: Nähe, Vertrauen und Angst in engen Beziehungen *außerhalb von Partnerschaften*?

H3a: BIID-Betroffene fühlen sich gegenüber der Normalbevölkerung signifikant unwohler in engen Beziehungen außerhalb von Partnerschaften.

H3b: BIID-Betroffene fühlen sich gegenüber der Normalbevölkerung signifikant ungeliebter und alleingelassen in engen Beziehungen außerhalb von Partnerschaften.

H3c: BIID-Betroffene vertrauen sich gegenüber der Normalbevölkerung signifikant weniger anderen Personen an (außerhalb von Partnerschaften).

Fragestellung: Wie unterscheiden sich BIID-Betroffene von der Normalbevölkerung hinsichtlich ihrer Konfliktbewältigungsstrategien (Reaktionsbildung, Wendung gegen das eigene Ich, Wendung gegen das Objekt, Intellektualisieren, Projektion)?

H4a: BIID-Betroffene *internalisieren* Konflikte signifikant stärker in Form von Wendung gegen das eigene Ich als die Normalbevölkerung.

H4b: BIID-Betroffene *externalisieren* Konflikte signifikant geringer in Form von Wendung gegen das Objekt als die Normalbevölkerung.

H4c: BIID-Betroffene *intellektualisieren* Konflikte signifikant häufiger gegenüber der Normalbevölkerung.

H4d: BIID-Betroffene neigen signifikant häufiger zur Reaktionsbildung gegenüber der Normalbevölkerung.

H4e: BIID-Betroffene neigen signifikant häufiger zur Projektion gegenüber der Normalbevölkerung.

Fragestellung: Besteht ein Zusammenhang zwischen dem erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten, der Enge von Beziehungen außerhalb von Partnerschaften und den Konfliktbewältigungsstrategien?

H5: Die Skalen zum elterlichen Erziehungsverhalten, zum Bindungsverhalten und zu den Konfliktbewältigungsstrategien (im Folgenden Prädiktoren genannt) sind statistisch nicht unabhängig, sondern bilden mehrere Merkmalscluster (Faktoren), wobei insbesondere Skalen, die demselben Fragebogensystem angehören, sich zu einem solchen Cluster verbinden.

H6: Trennscharfe Prädiktoren, also solche, die zwischen klinischer und Eichstichprobe signifikant diskriminieren, gehen auf einen gemeinsamen Faktor zurück.

H7: Zwischen dem Schweregrad von BIID und der Ausprägung in den einzelnen Prädiktoren besteht ein linearer Zusammenhang, der sowohl korrelationsstatistisch als auch über den Vergleich von Mittelwerten ausgedrückt werden kann.

3 Material und Methoden

Die vorliegende Studie hat zum Ziel herauszufinden, welchen Beitrag interpersonelle Faktoren und Konfliktbewältigungsstrategien bei der Entstehung von BIID leisten. Bei der Studie handelt es sich um eine nicht-experimentelle Untersuchung in Form einer Querschnittstudie mit quantitativer Datenerhebung.

Eine Stellungnahme der Ethikkommission seitens der Medical-School Hamburg wurde eingeholt. Zudem wurde die Zustimmung zur Verwendung der drei etablierten Messinstrumente, dem Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE) von Schumacher et al. (2000), der Revised Adult Attachment Scale (AAS-R) von Schmidt et al. (2016) und dem Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS) von Hentschel et al. (1998), seitens der Hogrefe AG eingeholt und Nutzungsverträge abgeschlossen. Die Hogrefe AG willigte freundlicherweise einer kostenlosen Verwendung von 50 elektronischen Testungen im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit zu. Darüber hinaus wurde der Abdruck der Fragebögen in der Printfassung dieser Masterarbeit bewilligt.

3.1 Stichprobe

Bei der Stichprobe handelt es sich um eine klinische Stichprobe, welche sich aus $N = 48$ BIID-Betroffenen zusammensetzt. Eine Versuchsperson musste aufgrund fehlender Angaben von der Untersuchung ausgeschlossen werden. Die Stichprobe beträgt somit $n = 47$. Auf eine Kontrollgruppe wurde verzichtet. Stattdessen wurden die Normwerte aus den Testmanualen mit den Werten der klinischen Stichprobe verglichen.

Die Voraussetzung zur Teilnahme an der Studie ist die Erkrankung an BIID. Die Diagnose wird gestellt anhand des Fragebogens von Fischer, Kasten, & Schnell (2015). Weiteres Einschlusskriterium ist die Volljährigkeit der Versuchspersonen. In Bezug auf das Alter wird ansonsten keine weitere Beschränkung getroffen. Hinsichtlich des Geschlechtes gibt es keine Vorgaben. Ausschlusskriterien sind das Fehlen von Anzeichen einer BIID-Diagnose sowie die nicht erreichte Volljährigkeit. Ansonsten bestehen keine weiteren Teilnahmebeschränkungen. Die Stichprobe von $n = 47$ setzt sich aus 13 weiblichen Teilnehmerinnen (27.7%) und 34 männlichen Teilnehmern (72.3%) zusammen. Das durchschnittliche Alter beträgt 49.6 Jahre ($SD = 11.04$). Die

Altersspanne reicht von 29 bis 81 Jahre. Zum Zeitpunkt der Erhebung ist die Mehrheit (42.6%) verheiratet, 36.2% sind Single, 12.5% leben in einer festen Partnerschaft und 8.5% sind geschieden. Hinsichtlich ihrer sexuellen Orientierung geben 37 Personen heterosexuell (78.7%), 8 Personen homosexuell (17.0%) und 2 Personen bisexuell (4.3%) an.

3.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung fand internetbasiert statt, wozu der Fragebogen mit Hilfe des Programmes Unipark adaptiert wurde. Vor Freischaltung des Fragebogens wurde online ein Pretest durchgeführt, an dem auch ein Vertreter der Hogrefe AG teilnahm und die Zustimmung hinsichtlich Formates und Wortlautes der Fragen erteilte. Der Befragungszeitraum der vorliegenden Studie betrug einen Monat. Im Zeitraum vom 01.11.2017 bis zum 31.11.2017 wurden die Daten erhoben. Die maximale Teilnehmerzahl wurde auf 50 Probanden aufgrund von Lizenzvereinbarungen mit der Hogrefe AG beschränkt. Zur Erhebung wurde der Link zur Studie beim Dachverband für BIID-Betroffene unter: <http://www.biid-dach.org/> gestellt. Auf diese Weise war die Zielgruppe direkt zu erreichen. Darüber hinaus wurden 72 BIID-Betroffene, welche sich in der Behandlung von Herrn Prof. Dr. Kasten befunden hatten, jeweils separat per Mail angeschrieben und gebeten, an der Studie teilzunehmen. Auch ihnen wurde der Link mitgeteilt. Bei zwei Personen kam die Mail als nicht zustellbar zurück.

Die Bearbeitungszeit des Fragebogens betrug durchschnittlich 45 Minuten. Zu Beginn der Befragung wurden alle Teilnehmer über die Intention und den Ablauf der Studie sowie über die Verwendung der Daten und den Umgang damit informiert (Anhang A). Darüber hinaus wurde eine Einverständniserklärung mit der Datenerhebung gefordert (Anhang B).

3.3 Messinstrumente

Zur Diagnose einer BIID Erkrankung sowie von Schweregrad und Intensität wurde der Fragebogen von Fischer et al. (2015) verwendet. Als etabliertes Messinstrument zur Erfassung des Erziehungsverhaltens der Eltern wurde der FEE von Schumacher et al. (2000) angewendet. Hierbei sollen sich die Patienten hinsichtlich ihres erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens auf den Altersbereich

bis 12 Jahre beziehen. Grundlage hierfür ist die bereits beschriebene Annahme über den Zeitpunkt der Erstmanifestation. Darüber hinaus wurde mit Hilfe der AAS-R von Schmidt et al. (2016) die bindungsbezogene Einstellung erfasst, wozu die Close-Relationship-Version genutzt wurde. Die Erfassung der Konfliktbewältigungsstrategien erfolgte anhand des FKBS von Hentschel et al. (1998).

3.3.1 BIID- Screening des Schweregrads und der Intensität

Der Fragebogen „Body Integrity Identity Disorder- Screening des Schweregrades und der Intensität“ von Fischer et al. (2015) wurde im Rahmen einer Abschlussarbeit an der Medical School Hamburg entwickelt. Der Fragebogen basiert auf der aktuellen Literatur und liegt derzeit in den Sprachen Englisch und Deutsch vor. Er besteht aus insgesamt 31 Items, davon 10 Items zu demografischen Angaben, 18 Items bezogen auf die Symptomatik in den letzten 6 Monaten und 3 Items als offene Fragen, welche sich auf die Symptomatik in den letzten 14 Tagen beziehen. Der Fragebogen erfasst somit gewohnheitsmäßige und aktuelle Einstellungen und Gefühle. Die Aussagen zur Schwere der BIID Erkrankung sind auf einer siebenstufigen Likert-Skala einzuschätzen: „stimme gar nicht zu“ (1) bis „stimme voll und ganz zu“ (7), wobei sieben der Items negativ formuliert sind. Die Auswertung hinsichtlich der Schwere erfolgt über das Aufsummieren der Itempunkte. Dividiert wurde dann durch die Anzahl der Items (18), um so einen Gesamtpunktwert zu erhalten. Höhere Werte weisen auf eine schwerere Symptomatik hin. Klassifiziert wird die Schwere in fünf Kategorien (Tabelle 1).

Tabelle 1

Klassifikation des Schweregrades und Intensität von BIID

Schweregrad	Mittelwert	Standardabweichung
Sehr leichte BIID	< 2.6	< - 2
Leichte 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

Anmerkung: Entnommen und übersetzt aus Fischer et al. (2015)

3.3.2 Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens

Die nachfolgenden Informationen basieren auf dem Manual des Fragebogens zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens (FEE) von Schumacher et al. (2000). Bei dem Fragebogen handelt es sich um ein standardisiertes Selbstbeurteilungsinstrument zur rückblickenden Erfassung von subjektiven Erinnerungen an das elterliche Erziehungsverhalten in der Kindheit. Es basiert auf dem von Perris, Jacobsson, & Lindström (1980) entwickelten EMBU-Fragebogen („Egna Minnen Beträffande Uppfostran“ in dt. „Meine Erinnerung an die Erziehung“). Der FEE- Fragebogen erfasst getrennt voneinander das perzipierte elterliche Erziehungsverhaltens von Mutter und Vater. Anwendung findet das Verfahren im Erwachsenenbereich im Alter von 18 bis 92 Jahren. Es besteht aus insgesamt 24 Items pro Elternteil, aufgeteilt auf 3 Skalen mit jeweils 8 Items. Zu beantworten sind diese auf einer vierstufigen Antwortskala („nein, niemals“, „ja, gelegentlich“, „ja, oft“, „ja, ständig“). Die Kodierung erfolgt dabei folgendermaßen: Die Antwortkategorie „nein, niemals“ erhält den Wert 1, „ja, gelegentlich“ den Wert 2, „ja, oft“ den Wert 3 und „ja, ständig“ den Wert 4. Die Skalenwerte können demnach Werte zwischen 8 und 32 annehmen. Die Auswertung der Skalen erfolgt pro Skala und pro Elternteil. Die Rohwerte der Skalen können in Normwerte umgewandelt werden, wobei der „unauffällige“ Normbereich um einen Mittelwert von $T = 50$ und einer Streuung von ± 10 T-Wert-Punkten liegt. Die drei faktoranalytisch ermittelten Skalen des FEE sind folgende: „Ablehnung und Strafe“, „Emotionale Wärme“ und „Kontrolle und Überbehütung“.

Die Dimension „Ablehnung und Strafe“ erfasst ein elterliches Erziehungsverhalten, welches durch Strenge, Tadel und Kritik gekennzeichnet ist und als ungerechtfertigt oder als Ablehnung und Zurückweisung von den Heranwachsenden empfunden wurde. Hohe Werte in dieser Skala bedeuten, dass die Person sich während ihrer Kindheit und Jugend im hohen Maße von dem Elternteil abgelehnt und zurückgewiesen gefühlt hat. Darüber hinaus sind die Erinnerungen an die Eltern durch Strenge und inadäquate Bestrafungen gekennzeichnet. Des Weiteren weisen Personen mit hohen Skalenwerten oftmals ein negatives Selbstkonzept auf, sie fühlen sich ungeliebt, verschlossen und haben des Öfteren interpersonelle Probleme.

Die Skala „Emotionale Wärme“ berücksichtigt elterliches Erziehungsverhalten, welches durch liebevolle Zuwendung, Unterstützung sowie

Lob und Trost gekennzeichnet ist, ohne als übergriffig erlebt zu werden. Hohe Werte dieser Skala bedeuten, dass die Person während ihrer Kindheit und Jugend die Eltern als liebevoll, warmherzig, lobend und fürsorglich empfunden hat. Die Eltern zeigten dieses Verhalten auch in Anwesenheit anderer Personen. Darüber hinaus weisen Personen mit hohen Werten in der Skala nur geringe interpersonelle Probleme auf und verfügen über eine ausreichende soziale Unterstützung.

Die Skala „Kontrolle und Überbehütung“ erfasst Verhaltensmerkmale der Eltern, welche als unverhältnismäßige Fürsorge, Einengung und Einmischung erlebt wurden. Hohe Werte auf dieser Skala deuten auf eine übermäßige Kontrolle und übertriebene Besorgnis seitens der Eltern hin, welche die Autonomieentwicklung der Kinder eingegrenzt hat.

Zwischen den Skalen „Ablehnung und Strafe“ und „Emotionale Wärme“ besteht eine negative Korrelation. Die Skalen „Ablehnung und Strafe“ und „Kontrolle und Überbehütung“ sind dagegen positiv korreliert.

Die Zuverlässigkeit des Verfahrens wurde mittels Interner Konsistenz und Testhalbierungs-Reliabilität überprüft. Hierbei liegt die Interne Konsistenz der Skalen des FEE zwischen $\alpha = .72$ und $\alpha = .89$ und ist somit als befriedigend bis gut anzusehen. Die Testhalbierungs-Reliabilität (aufgewertet nach Spearman-Brown) liegt zwischen $r = .70$ und $r = .88$.

3.3.3 Revised Adult Attachment Scale

Die nachfolgenden Informationen basieren auf dem Manual der Revised Adult Attachment Scale (AAS-R) von Schmidt et al. (2016). Bei der revidierten Fassung der AAS (Adult Attachment Scale) handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung dreier grundlegender Dimensionen von Bindung (Nähe, Vertrauen und Angst). Anwendung findet das Verfahren im Jugend- und Erwachsenenbereich ab einem Alter von 14 Jahren. Es liegen zwei Versionen des Fragebogens vor. Zum einen die Version für Partnerschaft und zum anderen die sogenannte Close-Relationship-Version, welche die engen Beziehungen außerhalb von Partnerschaften erfasst. Beide Versionen basieren auf denselben Iteminhalten und ergeben dieselben Skalen. Lediglich einige Formulierungen unterscheiden sich. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 18

Items, welche sich auf die drei Skalen gleichmäßig verteilen. Jedes Item impliziert eine Aussage zu Gedanken, Gefühlen und Reaktionen innerhalb einer Partnerschaft oder einer anderweitigen engen Beziehung. Zu beantworten sind diese auf einer fünfstufigen Antwortskala von „überhaupt nicht zutreffend“ (1) bis „sehr zutreffend“ (5). Wobei 7 Items gespiegelt sind und somit bei der Auswertung umgepolt werden müssen. Die Auswertung erfolgt für jede Skala getrennt. Hierzu werden die Rohpunkte der zugehörigen Items aufsummiert und durch die Anzahl der Items geteilt, sodass sich daraus der Skalenwert ergibt. Im Anschluss können alters- und geschlechtsspezifische Normwerte (Stanine-Werte, Prozentränge) den Normtabellen entnommen werden, wobei der Normwert bei einem Stanine-Wert = 5 liegt.

Die zugrundeliegenden Dimensionen für den Bindungsstil werden als „Nähe“, „Vertrauen“ und „Angst“ bezeichnet. Die Skala „Nähe“ erfasst, inwieweit sich eine Person in Situationen, in denen sie anderen Menschen nahe ist, wohlfühlt, weshalb diese Situationen für sie nicht angstbesetzt sind. Eine niedrige Ausprägung bedeutet dementsprechend, dass die Person sich im Umgang mit Nähe unwohl fühlt, so dass Nähe für angstbesetzt ist.

Die Skala „Vertrauen“ beschreibt, inwieweit eine Person darauf vertraut, dass andere Personen für sie in kritischen Situationen verfügbar sind und sie sich ihnen anvertrauen kann. Eine niedrige Ausprägung deutet darauf hin, dass die Person kein Vertrauen darin besitzt, dass andere Personen ihr in kritischen Situationen zur Seite stehen und sie sich diesen anvertrauen kann.

Die Skala „Angst“ erfasst die Sorge, von wichtigen Bezugspersonen verlassen zu werden. Daraus resultiert der Wunsch nach Nähe bei gleichzeitiger Angst vor Zurückweisung. Eine niedrige Ausprägung drückt aus, dass keine Angst vor dem Alleinsein und dem Verlassenwerden besteht. Hohe Ausprägungen bedeuten hingegen eine große Angst vor dem Verlassenwerden und der Sorge des Alleinseins.

Mit Hilfe der Skalen der AAS-R lassen sich Hinweise auf die Bindungsstile von Personen erzielen. Auf Basis des Konzeptes nach Bartholomew (1990) lassen sich die folgenden vier Bindungsstile laut Collins (2008) unterscheiden. Der „sichere Bindungsstil“ weist hohe Werte auf in den Nähe- und Vertrauensdimensionen und niedrige Werte bezüglich der Dimension Angst. Dem „anklammernd / abhängigen Bindungsstil“ werden hohe Werte auf den Nähe- und

Vertrauensdimensionen sowie hohe Werte in der Dimension Angst zugeschrieben. Der „abweisend / distanzierte Bindungsstil“ zeigt sich in sowohl niedrigen Werten auf den Nähe- und Vertrauensdimensionen als auch auf der Angstdimension. Dem „ängstlich / vermeidenden Bindungsstil“ werden niedrige Werte in den Nähe- und Vertrauensdimensionen und hohe Werte auf der Dimension Angst zugeordnet.

Ein hoher Wert ist hierbei definiert als ein Wert über dem Mittelwert einer fünfstufigen Antwortskala. Ein niedriger Wert liegt hingegen unterhalb davon. Die Zuverlässigkeit des Verfahrens wurde mittels Interner Konsistenz erfasst. Hierbei liegt die Interne Konsistenz der Skala Nähe bei $\alpha = .67$, was ein gerade noch zufrieden stellender Wert ist. Für die Skala Vertrauen ist $\alpha = .81$ und für die Skala Angst bei $\alpha = .85$. Diese Werte sind als gut bis sehr gut zu bewerten.

3.3.4 Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien

Die nachfolgenden Informationen basieren auf dem Manual des Fragebogens zur Erfassung verschiedener Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS) von Hentschel et al. (1998). Bei dem FKBS handelt es sich um ein Verfahren zur Erfassung fünf verschiedener Arten der Konfliktbewältigung ab dem 16. Lebensjahr. Erfasst werden diese als „verinnerlichte Resonanz“, in Form von Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen als Reaktion auf frustrierende Ereignisse im sozialen Kontext. Die Erhebung erfolgt anhand von zehn kurzen Geschichten, wobei davon ausgegangen wird, dass die beschriebenen Geschichten bei allen Personen Ärger und aggressive Verhaltensweisen oder Gedanken auslösen, welche in unterschiedlicher Form abereagiert werden können. Es wird zwischen zwei Antwortebenen unterschieden. Zum einen, wie in der beschriebenen Situation innerlich reagiert wird und zum anderen, welche Verhaltensweisen der Person am nächsten liegen. Zu beantworten sind diese auf einer vierstufigen Antwortskala von „sicher“ (3), „vielleicht“ (2), „eher nicht“ (1) und „keinesfalls“ (0). Das FKBS Testheft liegt in einer Form für männlichen und einer für weibliche Personen vor. Die fünf verschiedenen Konfliktbewältigungscluster, welche hierbei erfasst werden, sind: „Reaktionsbildung“, „Wendung gegen das eigene Ich“, „Wendung gegen das Objekt“, „Intellektualisierung, Rationalisierung, Verniedlichung“ und „Projektion“.

Die Skala „Reaktionsbildung“ schreibt dem Objekt, welches die Frustration auslöst, neutrale oder positive Eigenschaften zu. Die Skala „Wendung gegen das

eigene Ich“ beschreibt, inwieweit sich die Person selbst die Schuld für die frustrierende Situation gibt. Im Gegensatz dazu erfasst die Skala „Wendung gegen das Objekt“ Aggressionen, die nach außen abreagiert werden. Die Skala „Intellektualisierung / Rationalisierung“ beinhaltet die Verniedlichung und Verharmlosung der Frustration sowie die Hinnahme der Folgen als unvermeidbar. Die Skala „Projektion“ unterstellt dem Auslöser der Frustration Böswilligkeit und Absicht. Die genannten Konfliktbewältigungsstrategien haben alle im weiteren Sinne Ähnlichkeit mit Copingstrategien und Abwehrmechanismen. Die Auswertung erfolgt durch das Aufsummieren der Itemwerte zu einem Skalenwert. Die erhaltenen Skalenrohwerte können im Anschluss in T-Werte umgewandelt werden, wobei der Normwert bei einem $T = 50$ und die Standardabweichung bei $SD = 10$ liegt.

Die Zuverlässigkeit des Verfahrens wurde mittels Cronbachs Alpha als Koeffizient für die Interne Konsistenz und Guttmans Split-Half Reliabilitätskoeffizienten erfasst. Die Werte der Skalen liegen für die Interne Konsistenz zwischen $\alpha = .78$ und $\alpha = .90$. Die Split-Half Reliabilität liegt zwischen $r_{tt} = .71$ und $r_{tt} = .84$.

3.4 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der gewonnenen Daten erfolgt unter Verwendung der Software SPSS (Statistical Package for Social Sciences), Version 23. Die Beschreibung der Stichprobe wurde unter Zuhilfenahme deskriptiver Statistiken (Minimum, Maximum, Mittelwert, Standardabweichung sowie Häufigkeiten und Prozentzahlen) vorgenommen. Darüber hinaus erfolgte die Überprüfung des Schweregrades und der Intensität der BIID-Erkrankung über die deskriptive Auswertung des Fragebogens zum Schweregrad und zur Intensität von BIID. Zur Überprüfung der Annahmen, dass ein Unterschied hinsichtlich des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens bei der klinischen Stichprobe im Vergleich zur Normalbevölkerung vorliegt (Hypothesen H1 und H2), wurde der T-Test für Einstichproben durchgeführt. Hierzu wurde der T-Mittelwert der einzelnen Skalen der BIID-Stichprobe mit dem Referenzwert von $T = 50$, welcher aus dem Manual des FEE entnommen wurde, verglichen. Zur Prüfung der Hypothesen H3a, H3b und H3c, wonach ein Unterschied zwischen der BIID-Stichprobe und der Normalbevölkerung besteht (bezüglich der Enge von Beziehungen außerhalb von

Partnerschaften in Form von Nähe, Vertrauen und Angst), wurde der non-parametrische Wilcoxon-Einstichprobentest berechnet. Grund war, dass die Normalverteilungshypothese hatte verworfen werden müssen. Hierzu wurden die Stanine-Werte der einzelnen Skalen mit dem Referenzwert (Stanine = 5) aus dem Manual der AAS-R verglichen. Zur Überprüfung möglicher Unterschiede in den Konfliktbewältigungsstrategien (Hypothesen H4a, H4b, H4c, H4d, H4e) wurde ebenfalls der T-Test für Einstichproben durchgeführt. Die Durchführung des T-Tests für Einstichproben erfolgte durch den Vergleich der T-Mittelwerte der einzelnen Skalen mit dem Referenzwert von $T = 50$.

Das Signifikanzniveau wurde bei allen Testungen auf $\alpha \leq .05$ festgelegt; zudem wurden die Hypothesen einseitig getestet. Die Voraussetzung einer Normalverteilung wurde vorab mittels Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft; bei Nichterfüllung wurde auf ein non-parametrisches Verfahren zurückgegriffen (Hypothesen H3a, H3b, H3c). Zur Berechnung der Effektstärke bei Signifikanz wurde das Programm G*Power eingesetzt und Cohens d oder der Korrelationskoeffizient r von Pearson verwendet.

Zur Prüfung von H5, H6 und H7 wurden die Unterschiede im Schweregrad von BIID *innerhalb* der klinischen Gruppe analysiert. Ausgehend von den Korrelationen zwischen dem elterlichen Erziehungsverhalten, dem Bindungsverhalten und den Konfliktbewältigungsstrategien wurde eine explorative Faktorenanalyse durchgeführt, und zwar auf Basis der Daten innerhalb der klinischen Stichprobe. Neben den 14 Prädiktoren wurde dafür auch die 4stufige BIID-Skala zum Schweregrad berücksichtigt. Hierzu wurden zunächst die Voraussetzungen getestet. Das Kaiser-Meyer-Olkin-Maß der Stichprobeneignung (KMO), zeigte eine adäquate Stichprobeneignung (KMO = .503). Der Bartlett-Test auf Sphärizität wurde signifikant ($p < .001$). Somit waren die Voraussetzungen für eine Faktorenanalyse gegeben. Die Extraktion wurde mittels einer Hauptachsenanalyse durchgeführt. Die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren wurde mittels Kaiser-Guttman-Kriterium entsprechend der Anzahl der Eigenwerte ≥ 1 und den Ergebnissen des Scree-Tests festgelegt. Anschließend wurde eine Varimax-Rotation zur Erlangung einer Einfachstruktur durchgeführt, so dass jeder der Prädiktoren möglichst nur einen Faktor substantiell lädt, die anderen aber null oder in der Nähe von null.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt. Im Anhang befinden sich die Fragebögen (Anhang C), die Kodierung (Anhang D), Tabellen der statistischen Auswertung (Anhang E) sowie relevante Ergebnisse (Anhang F).

4.1 BIID

In Hinsicht auf die BIID-Erkrankung zeigen sich folgende deskriptive Merkmale: Das Erstmanifestationsalter der BIID-Erkrankung liegt im Durchschnitt bei 8.3 Jahren ($SD = 3.42$), wobei das Minimum bei 4 Jahren und das Maximum bei 16 Jahren liegt. In Bezug auf die Symptomatik äußert fast die Hälfte (48.9%) den Wunsch einer Amputation, etwa ein Drittel (34.0%) den Wunsch einer Lähmung, 6.4% den Wunsch nach Blindheit und 10.6% nennen andere Wünsche. Im Durchschnitt verbringen die Versuchspersonen 7 Stunden am Tag ($SD = 6.69$, Min. = 1, Max. = 24) mit Gedanken an die gewünschte Behinderung. Darüber hinaus werden durchschnittlich 3.7 Stunden am Tag ($SD = 5.61$, Min. = 0, Max. = 24) aufgewendet, das Leben mit der gewünschten Behinderung zu üben (Pretending). Durchschnittlich beschäftigen sich die BIID-Betroffenen 2 Stunden am Tag mit einer BIID-bezogenen Operation ($SD = 2.76$, Min. = 0, Max. = 15). Zudem verbringen sie durchschnittlich 2.5 Stunden am Tag mit Gedanken, wie sie in Zukunft selber die gewünschte Behinderung hervorrufen können ($SD = 3.30$, Min. = 0, Max. = 15). Hierauf bezugnehmend beschäftigen sie sich gedanklich im Durchschnitt 1.8 Stunden am Tag mit Methoden der Selbstverstümmelung, um eine Operation zu erzwingen ($SD = 4.4$, Min. = 0, Max. = 24).

Hinsichtlich des Schweregrades der BIID-Erkrankung weisen über die Hälfte (55.32%, 26 Personen) eine mittlere Ausprägung auf; eine schwere Ausprägung liegt dagegen bei 9 Personen vor (19.15%); eine milde Ausprägung der Erkrankung tritt bei 7 Personen auf (14.89%) und bei lediglich 10.64% (5 Personen) eine sehr milde Form (Abbildung 2).

Über zwei Drittel (34 Personen, 72%) geben an, bei beiden Eltern aufgewachsen zu sein; bei 5 Personen (10.6%) ließen sich die Eltern scheiden und sie wuchsen bei einem Elternteil auf, und 8 Personen (17.4%) sind bei anderen Personen aufgewachsen, z. B. bei den Großeltern. In Bezug auf die Geschwisteranzahl gaben 29.79% (14 Personen) der Stichprobe an, keine Geschwister zu haben, die restlichen 72.2% (33 Personen) haben zumindest ein

Geschwister; das Maximum lag bei 4 Geschwistern. Wobei von denen mit Geschwistern über die Hälfte (57.6%) Erstgeborene sind.

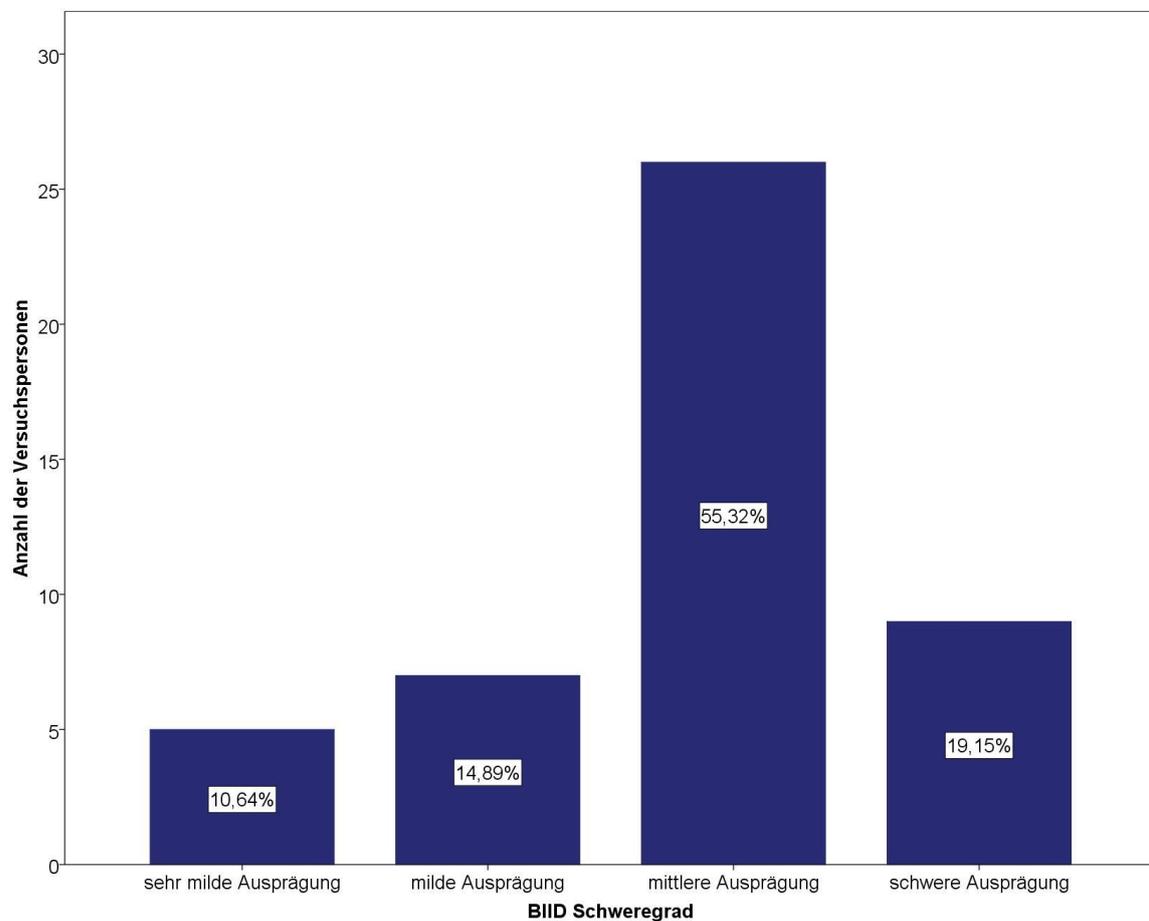


Abbildung 2. Einteilung des Schweregrades der BIID-Erkrankung der klinischen Stichprobe ($n = 47$)

4.2 Erinnerungtes elterliches Erziehungsverhalten

Bezüglich der Fragestellung, wie sich das mütterliche und väterliche erinnerte Erziehungsverhalten von BIID-Betroffenen gegenüber der Normalbevölkerung unterscheidet, lassen sich folgende Ergebnisse feststellen (Tabelle 2 und Tabelle 3), wobei ein Mittelwert von $T = 50$ sowie eine Standardabweichung $SD = 10$ als Referenzwerte in der Normalbevölkerung gelten.

Bezogen auf das erinnerte Erziehungsverhaltens der Mutter weisen die BIID-Betroffenen im deskriptiven Vergleich mit der Normalbevölkerung nur geringfügig höhere Mittelwerte und Standardabweichungen in den Skalen „Emotionale Wärme“ sowie „Kontrolle und Überbehütung“ auf (Emotionale Wärme: $M = 51.23$, $SD = 12.67$; Kontrolle und Überbehütung: $M = 54.34$, $SD = 10.22$). Auf

der Skala „Ablehnung und Strafe“ zeigen sich lediglich geringfügige Abweichungen von der Normalbevölkerung, und zwar nur bezüglich der Standardabweichung ($M = 50.64$, $SD = 8.52$).

Tabelle 2

Statistische Kennwerte der Skalen des FEE, bezogen auf das erinnerte Erziehungsverhalten der Mutter, verglichen mit dem Referenzwert $T = 50$

Skalen FEE	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	p^2	95% CI
Ablehnung und Strafe ¹	47	50.64	8.52	1.24	0.51	46	.305	-1.86 – 3.14
Emotionale Wärme ¹	47	51.23	12.67	1.85	0.67	46	.254	-2.49 – 4.95
Kontrolle und Überbehütung ¹	47	54.34	10.22	1.52	2.85	46	.004**	1.27 – 7.41

Anmerkung: ¹ = T-Mittelwerte, ² = einseitig, p = Signifikanzniveau, ** = signifikantes Ergebnis $\alpha \leq 0.01$, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, SE = Standardfehler des Mittelwertes, n = gültige Daten, t = t-Wert, df = Freiheitsgrade, 95% CI = 95%-Konfidenzintervall

Hinsichtlich des väterlichen erinnerten Erziehungsverhaltens zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede im deskriptiven Vergleich mit der Normalbevölkerung (Ablehnung und Strafe: $M = 49.12$, $SD = 9.30$; Emotionale Wärme: $M = 50.51$, $SD = 12.00$; Kontrolle und Überbehütung: $M = 50.40$, $SD = 11.25$). Das subjektiv erinnerte elterliche Erziehungsverhalten der klinischen Stichprobe weist demnach deskriptiv keine besonderen Ausprägungen der Mittelwerte auf den einzelnen Skalen auf.

Tabelle 3

Statistische Kennwerte der Skalen des FEE, bezogen auf das erinnerte Erziehungsverhalten des Vaters, verglichen mit dem Referenzwert $T = 50$

Skalen FEE	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	p^2	95% CI
Ablehnung und Strafe ¹	47	49.12	9.30	1.36	-0.66	46	.257	-3.62 – 1.84
Emotionale Wärme ¹	47	50.51	12.00	1.75	0.29	46	.386	-3.01 – 4.03
Kontrolle und Überbehütung ¹	47	50.40	11.25	1.64	0.25	46	.403	-2.90 – 3.71

Anmerkung: ¹ = T-Mittelwerte, ² = einseitig, p = Signifikanzniveau, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, SE = Standardfehler des Mittelwertes, n = gültige Daten, t = t-Wert, df = Freiheitsgrade, 95% CI = 95%-Konfidenzintervall

Die Untersuchung der Hypothese H1a, wonach das erinnerte mütterliche Erziehungsverhalten von BIID-Betroffenen gegenüber der Normalbevölkerung signifikant geringer durch emotionale Wärme geprägt ist, ergab bei der inferenzstatistischen Absicherung keine signifikanten Unterschiede ($t_{(46)} = 0.67$, $p = .254$, 95% CI [-2.49, 4.95]). Bezüglich der Hypothese H1b, wonach das erinnerte mütterliche Erziehungsverhalten von BIID-Betroffenen gegenüber der Normalbevölkerung signifikant kontrollierender und überbehütender ist, lassen sich signifikante Unterschiede feststellen ($t_{(46)} = 2.85$, $p = .004$, $d = 0.756$, 95% CI [1.27, 7.41]) (Abbildung 3).

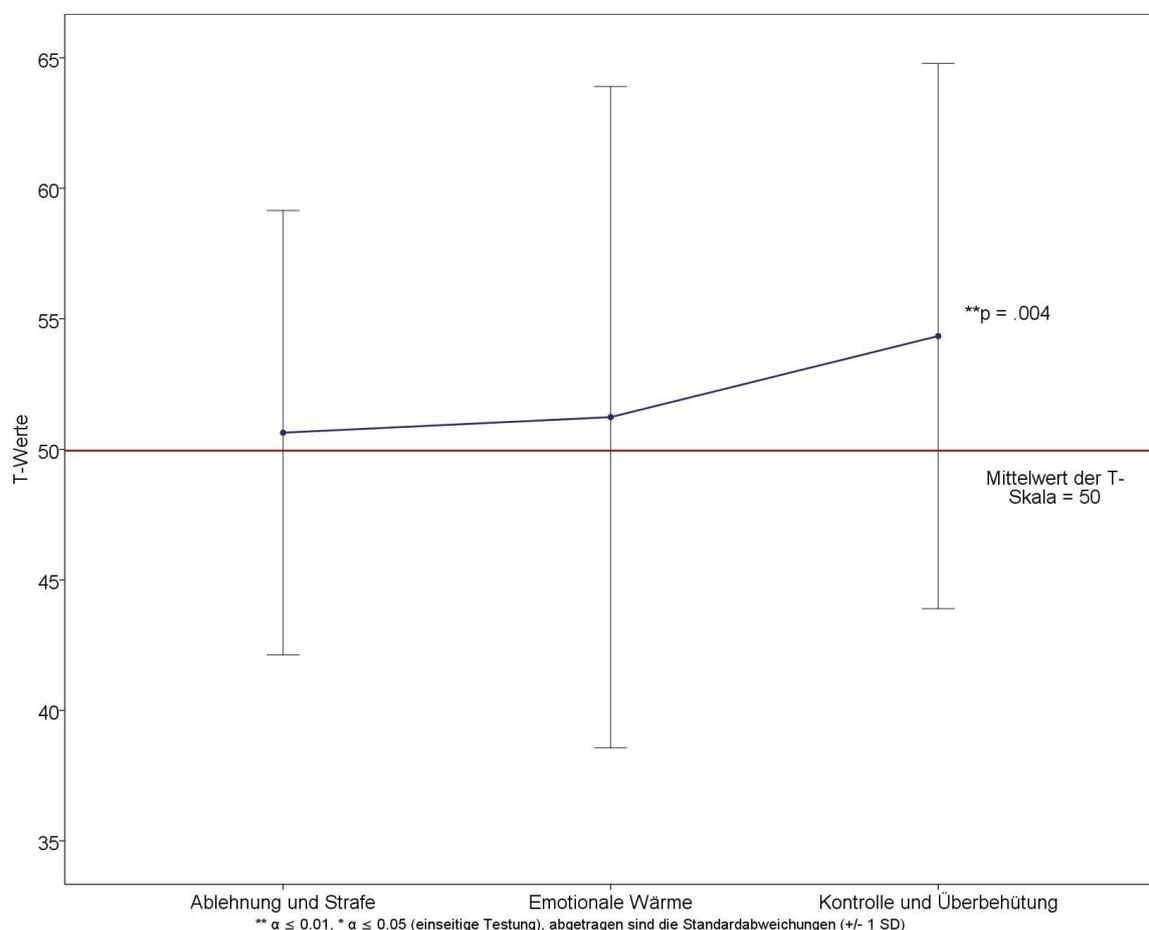


Abbildung 3. Das erinnerte mütterliche Erziehungsverhalten der BIID-Betroffenen ($n = 47$) über die drei Skalen des FEE, verglichen mit dem Referenzwert $T = 50$. ** $\alpha \leq 0.01$, * $\alpha \leq 0.05$ (einseitige Testung), abgetragen sind die Standardabweichungen (+/- 1 SD)

Bezüglich der Hypothese H2a, wonach das erinnerte väterliche Erziehungsverhalten von BIID-Betroffenen gegenüber der Normalbevölkerung signifikant ablehnender und strafender ist, lassen sich in der inferenzstatistischen

Überprüfung keine signifikanten Unterschiede feststellen ($t_{(46)} = -0.66, p = .257, 95\% \text{ CI } [-3.62, 1.84]$). Ebenso wenig lassen sich signifikante Unterschiede hinsichtlich Hypothese H2b feststellen, wonach das erinnerte väterliche Erziehungsverhalten von BIID-Betroffenen gegenüber der Normalbevölkerung signifikant geringer durch emotionale Wärme geprägt ist ($t_{(46)} = 0.29, p = .386, 95\% \text{ CI } [-3.01, 4.03]$) (Tabelle 3).

4.3 Enge Bindungen außerhalb von Partnerschaften

Die Fragestellung, wie sich BIID-Betroffene von der Normalbevölkerung hinsichtlich der Enge von Bindungen außerhalb von Partnerschaften in Bezug auf Nähe, Vertrauen und Angst unterscheiden, weist deskriptiv Abweichungen von der Normalbevölkerung auf (Tabelle 4), wobei in der Eichstichprobe der Mittelwert der Stanine-Skala bei $M = 5$ und die Standardabweichung bei $SD = 2$ liegt. Im deskriptiven Vergleich weisen BIID-Betroffene gegenüber der Normalbevölkerung im Durchschnitt niedrigere Mittelwerte in den Skalen Nähe ($M = 3.29, SD = 2.16$) und Vertrauen ($M = 3.09, SD = 2.02$) auf sowie höhere Werte in der Skala Angst ($M = 6.77, SD = 1.99$). Hohe Ausprägungen in der Skala Angst stehen für eine große Angst vor dem Verlassenwerden und dem Alleinsein; eine niedrige Ausprägung auf der Skala Vertrauen deutet darauf hin, dass die Person kein Vertrauen darin besitzt, dass andere Personen ihr in einer Notsituation zur Seite stehen und sie sich ihnen anvertrauen kann. Eine niedrige Ausprägung auf der Skala Nähe bedeutet, dass die Person sich in der Nähe anderer Menschen unbehaglich fühlen und eine zu große Nähe für sie angstbesetzt ist.

Tabelle 4

Statistische Kennwerte der Skalen der AAS-R, bezogen auf enge Beziehungen außerhalb von Partnerschaften, verglichen mit dem Referenzwert Stanine = 5

Skalen ASS-R	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SE</i>	<i>SD</i>	<i>z</i>	<i>p</i> ²	<i>r_{pb}</i>
Nähe ¹	47	3.00	3.26	0.32	2.16	-4.29	.000**	.63
Angst ¹	47	7.00	6.77	0.29	1.99	4.34	.000**	.63
Vertrauen ¹	47	3.00	3.09	0.29	2.02	-4.67	.000**	.68

Anmerkung: ¹ = Stanine-Mittelwerte, ² = einseitig, *p* = Signifikanzniveau, ** = signifikantes Ergebnis $\alpha \leq 0.01$, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *SE* = Standardfehler des Mittelwertes, *n* = gültige Daten, *Z* = zentrale Tendenz, *r_{pb}* = punktbiserialer Korrelationskoeffizient

Die inferenzstatistische Absicherung der Hypothese H3a, wonach BIID-Betroffene sich gegenüber der Normalbevölkerung signifikant weniger wohl in engen Beziehungen außerhalb von Partnerschaften fühlen, ergab signifikante Unterschiede ($z = -4.29, p < .001, r_{pb} = .63$). Die Hypothese H3b, wonach BIID-Betroffene sich gegenüber der Normalbevölkerung signifikant weniger geliebt und alleingelassen in engen Beziehungen außerhalb von Partnerschaften fühlen, zeigt ebenfalls signifikante Unterschiede ($z = 4.34, p < .001, r_{pb} = .63$). Die Hypothese H3c, wonach BIID-Betroffene gegenüber der Normalbevölkerung signifikant weniger Vertrauen in andere Personen haben (außerhalb von Partnerschaften), ergibt bei der inferenzstatistischen Absicherung ebenfalls einen signifikanten Unterschied ($z = -4.67, p < .001, r_{pb} = .68$) (Abbildung 4).

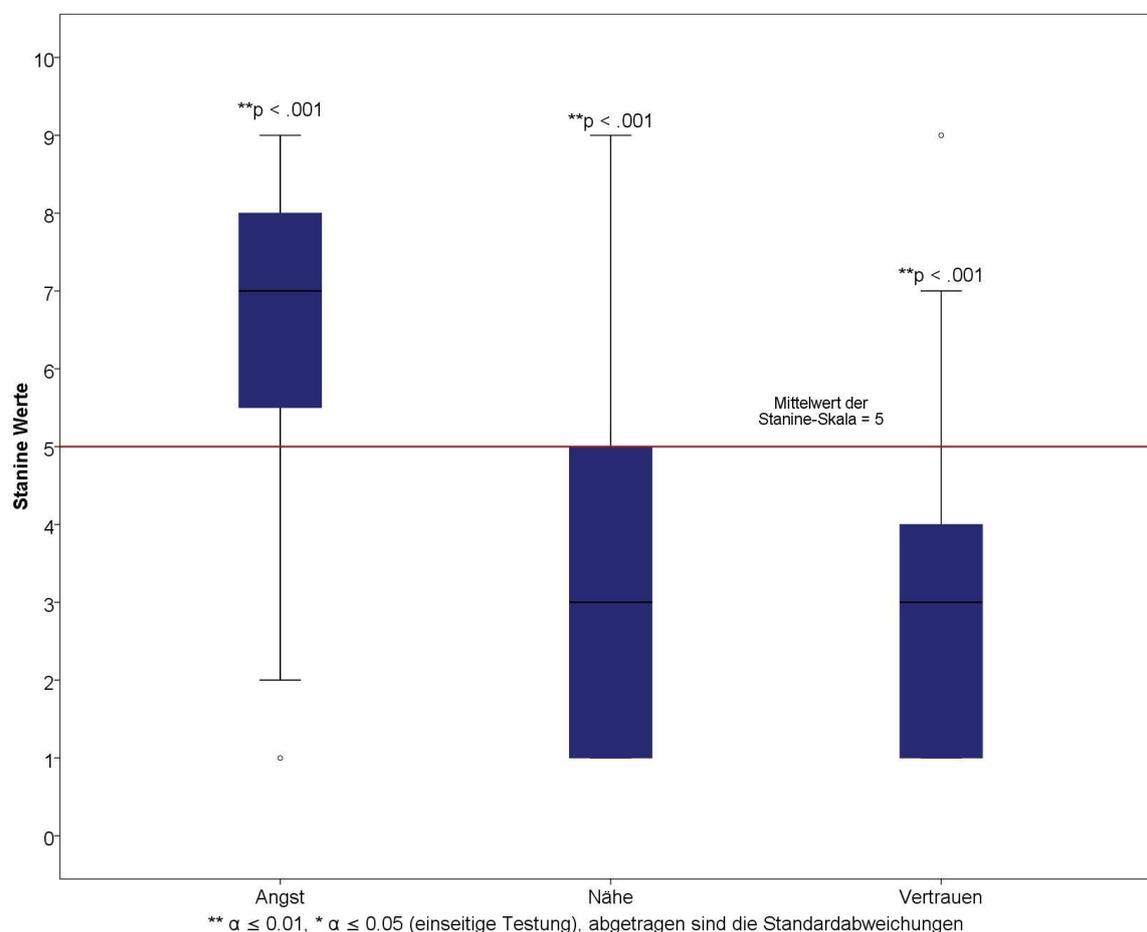


Abbildung 4. Enge Beziehungen außerhalb von Partnerschaften der klinischen Stichprobe, hinsichtlich der drei Dimensionen: Angst, Nähe und Vertrauen ($n = 47$), verglichen mit dem Referenzwert Stanine = 5. ** $\alpha \leq 0.01$, * $\alpha \leq 0.05$ (einseitige Testung), Kreise markieren Ausreißer

4.4 Konfliktbewältigungsstrategien

In Bezug auf die untersuchten Konfliktbewältigungsstrategien von BIID-Betroffenen zeigt die klinische Stichprobe gegenüber der Normalbevölkerung ($T = 50$, $SD = 10$) deskriptiv Auffälligkeiten hauptsächlich auf der Skala Wendung gegen das eigene Ich (TAS) ($M = 57.64$, $SD = 13.03$). Darüber hinaus zeigen sich leicht erhöhte Mittelwerte auf den Skalen Intellektualisierung (INT) ($M = 52.66$, $SD = 9.80$) und Projektion (PRO) ($M = 51.40$, $SD = 13.59$) sowie leicht niedrigere Mittelwerte im Vergleich zur Normalbevölkerung auf den Skalen Reaktionsbildung (REV) ($M = 49.19$, $SD = 12.60$) und Wendung gegen das Objekt (TAO) ($M = 49.04$, $SD = 11.52$), wobei es sich hierbei numerisch um keine klinisch auffälligen Ergebnisse handelt (Tabelle 5).

Tabelle 5

Statistische Kennwerte der Skalen des FKBS, bezogen auf die Konfliktbewältigungsstrategien der Stichprobe ($n = 47$), verglichen mit dem Referenzwert $T = 50$

Skalen FKBS	n	M	SD	SE	t	df	p^2	95% CI
REV ¹	47	49.19	12.60	1.84	-0.44	46	.331	-4.51 – 2.89
TAS ¹	47	57.64	13.03	1.90	4.02	46	.000**	3.81 – 11.47
TAO ¹	47	49.04	11.52	1.68	-0.57	46	.286	-4.34 – 2.42
INT ¹	47	52.66	9.80	1.43	1.86	46	.035*	-0.22 – 5.54
PRO ¹	47	51.40	13.59	1.98	0.71	46	.241	-2.58 – 5.39

Anmerkung: ¹ = T-Mittelwerte, ² = einseitig, p = Signifikanzniveau, ** = signifikantes Ergebnis $\alpha \leq 0.01$, * = signifikantes Ergebnis $\alpha \leq 0.05$, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, SE = Standardfehler des Mittelwertes, n = gültige Daten, t = t-Wert, df = Freiheitsgrade, 95% CI = 95%-Konfidenzintervall, REV = Reaktionsbildung, TAS = Wendung gegen das eigene Ich, TAO = Wendung gegen das Objekt, INT = Intellektualisierung, PRO = Projektion

Die Hypothese H4a, wonach BIID-Betroffene Konflikte signifikant stärker internalisieren in Form von Wendung gegen das eigene Ich als die Normalbevölkerung, ergibt bei der inferenzstatistischen Überprüfung signifikante Ergebnisse ($t_{(46)} = 4.02$, $p < .001$, $d = 0.834$, CI 95% [3.81, 11.47]). Bezogen auf die Hypothese H4b, wonach BIID-Betroffene Konflikte signifikant weniger externalisieren, in Form von Wendung gegen das Objekt als die Normalbevölkerung, lassen sich keine signifikanten Unterschiede erkennen ($t_{(46)} = -0.57$, $p = .286$, CI 95% [-4.34, 2.42]). Hinsichtlich der Hypothese H4c, wonach

BIID-Betroffene Konflikte signifikant häufiger intellektualisieren wurden auf einem Alphaniveau von 5% signifikante Unterschiede gefunden ($t_{(46)} = 1.86, p = .035, d = 0.529, CI\ 95\% [-0.22, 5.54]$). Darüber hinaus lassen sich in Bezug auf die Hypothese H4d, wonach BIID-Betroffene signifikant häufiger zur Reaktionsbildung neigen und die Hypothese H4e, wonach BIID-Betroffene signifikant häufiger zur Projektion neigen, keine signifikanten Unterschiede erkennen (H4d: $t_{(46)} = -0.44, p = .331, CI\ 95\% [-4.51, 2.89]$; H4e: $t_{(46)} = 0.71, p = .241, CI\ 95\% [-2.58, 5.39]$) (Abbildung 5).

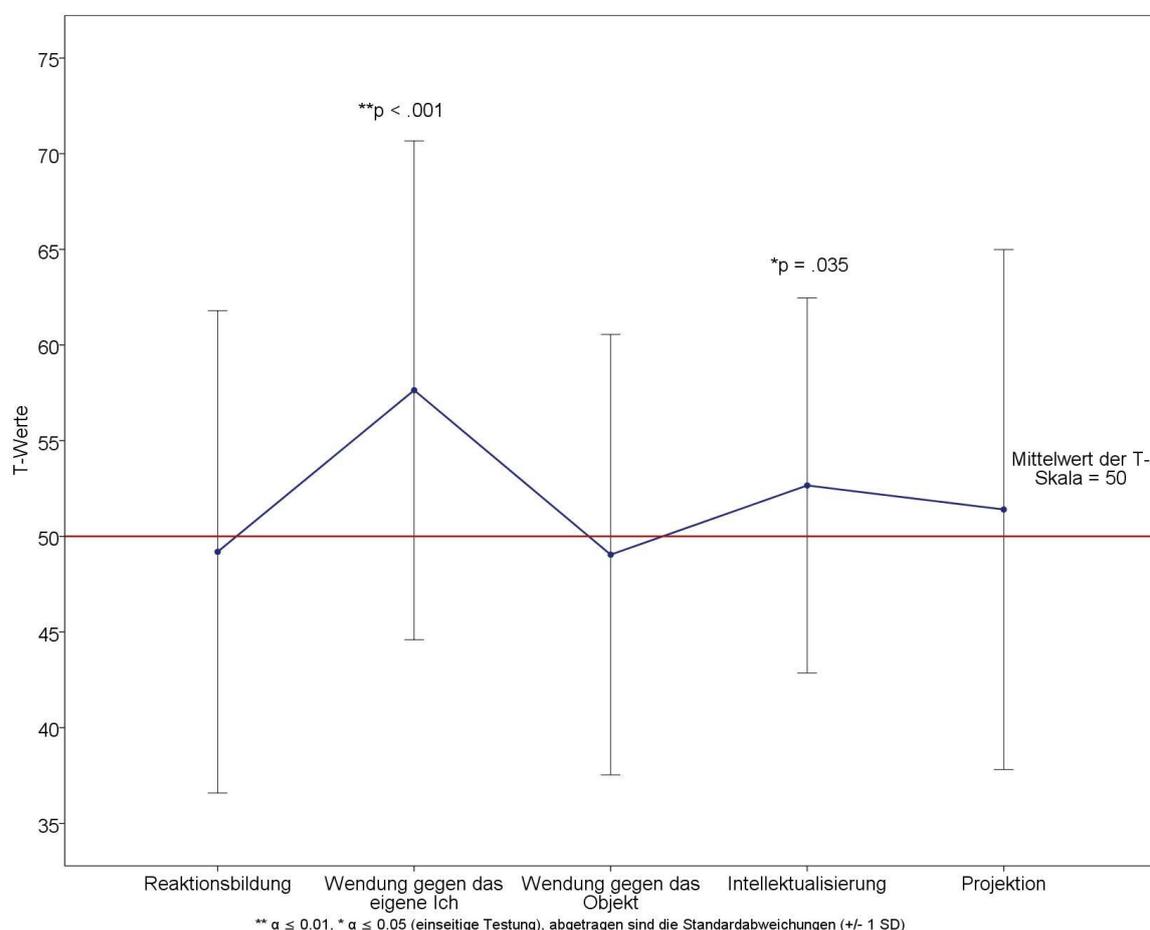


Abbildung 5. Konfliktbewältigungsstrategien der BIID-Betroffenen ($n = 47$), verglichen mit dem Referenzwert $T = 50$. ** $\alpha \leq 0.01$, * $\alpha \leq 0.05$ (einseitige Testung), abgetragen sind die Standardabweichungen (+/- 1 SD)

4.5 Das Zusammenwirken von Erziehungsverhalten, Bindungsverhalten und Konfliktbewältigungsstrategien im Verbund mit dem Schweregrad von BIID

Zur Prüfung von Hypothese 5 wurde ausgehend von den Daten innerhalb der klinischen Stichprobe (mit 14 Prädiktoren und der 4stufigen BIID-Skala zum

Schweregrad als einer weiteren Variablen) an den Daten der 47 Versuchspersonen eine Faktorenanalyse durchgeführt. Basierend auf dem Modell mehrerer gemeinsamer Faktoren (common factors) und unter Anlegung des Kaiser-Guttman-Kriteriums ergaben sich fünf Faktoren, die 74% der Gesamtvarianz erklären. Die anfänglichen Kommunalitäten wurden über die quadrierte multiple Korrelation (SMC) bestimmt. Als Extraktionsmethode wurde eine Hauptachsentransformation gewählt. Die fünf Faktoren wurden nach Einfachstruktur rotiert. Angestrebt wurde, dass jeder der Prädiktoren möglichst nur einen Faktor substantziell lädt, die anderen aber null oder in der Nähe von null. Die varimaxrotierten Faktoren erklären 22, 13, 11, 10 und 8% der totalen Varianz. Tabelle 6 lässt eine nahezu perfekte Einfachstruktur erkennen. (Eine Interpretation der Faktoren wird im Zusammenhang mit der Diskussion vorgenommen.)

Tabelle 6

Faktorenladungen der explorativen Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation

Variablen	Faktoren					h^2
	1	2	3	4	5	
Projektion	.931	-.019	.166	-.025	.025	.896
Wendung gegen das Objekt	.759	-.194	-.063	-.184	-.020	.652
Wendung gegen das eigene Ich	.715	.078	-.143	-.092	-.021	.547
Angst	.711	.327	-.212	.057	.175	.691
Vertrauen	-.607	-.291	.266	.022	-.218	.572
Kontrolle und Überbehütung Vater	.137	.894	.085	-.021	-.247	.887
Kontrolle und Überbehütung Mutter	-.056	.664	-.122	.027	.219	.508
Ablehnung und Strafe Vater	.100	.544	-.189	-.353	.230	.519
Emotionale Wärme Vater	.038	-.110	.827	.197	-.049	.739
Emotionale Wärme Mutter	-.137	.055	.690	.097	-.134	.525
Nähe	-.303	-.233	.409	-.069	-.052	.321
Reaktionsbildung	-.059	-.141	.106	.904	.003	.851
Intellektualisierung/ Rationalisierung	-.489	.075	.154	.597	-.245	.685
Ablehnung und Strafe Mutter	.181	.142	-.161	-.114	.952	.998
BIID Schweregrad	.205	.167	.143	.207	-.190	.169

Anmerkung: h^2 = Kommunalitäten nach Extraktion

Auch die graphische Darstellung (Abbildung 6) der ersten beiden Faktoren im Faktorenraum spiegelt eine prägnante Einfachstruktur wider. Faktor 1 ist der varianzstärkste Faktor. Darin sind vier Skalen (von fünf) zur Konfliktbewältigung und zwei Skalen (von drei) zum Bindungsverhalten hoch geladen. Auf Faktor 2 und 3 sind mehrere Skalen zum elterlichen Erziehungsverhalten zu finden.

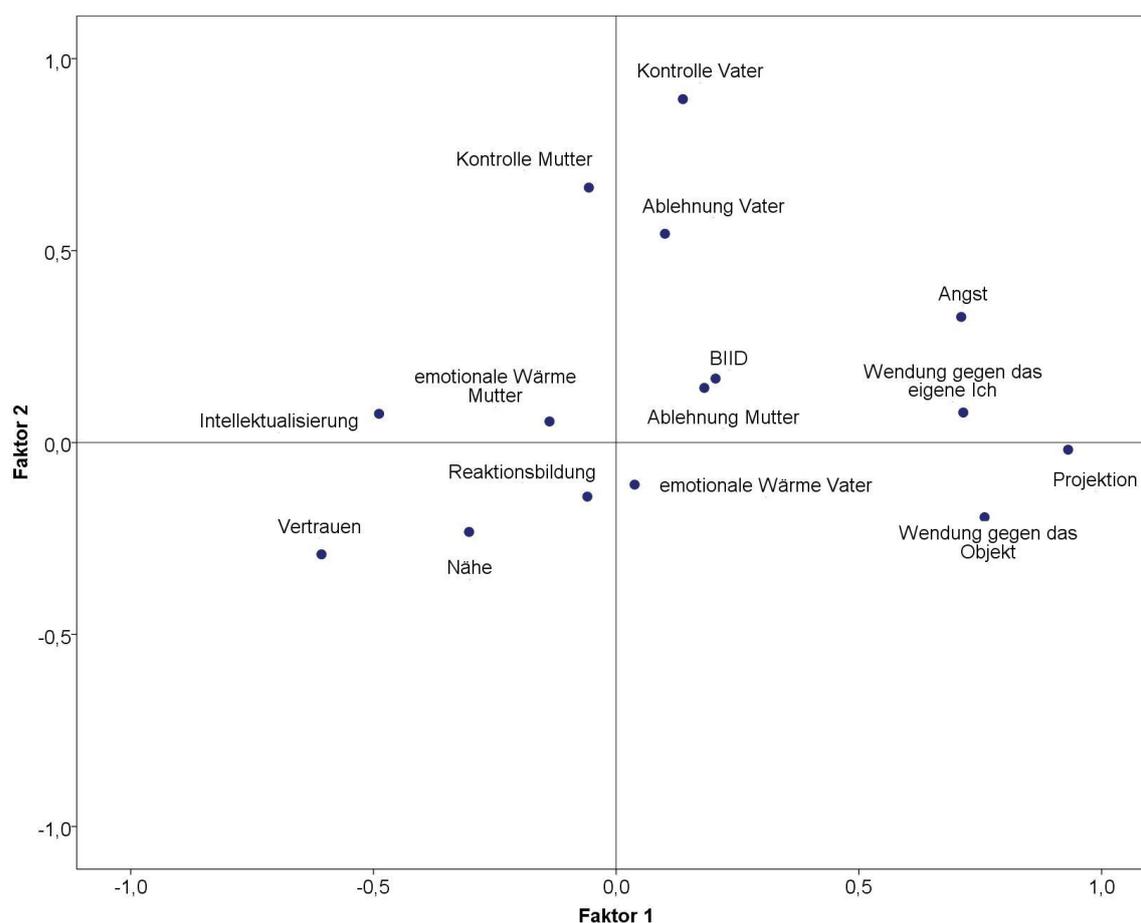


Abbildung 6. Ladungsdiagramm des 1. und 2. Faktors im rotierten Raum

In Hypothese H6 wurde der Vermutung nachgegangen, dass die trennscharfen Skalen (die zwischen klinischer und Eichstichprobe diskriminieren) sich auf einen einzigen Faktor konzentrieren, und zwar deshalb, weil sie alle über ein ihnen gemeinsames Element in der Sozialisationsgeschichte verfügen. Zu diesem Zweck wurde die Ladungsmatrix um eine weitere Ergebnisspalte ergänzt, in der die zugehörigen Alpha-Werte aus den Mittelwertsvergleichen zwischen klinischer und Eichstichprobe aufgeführt sind (Tabelle 7). Die Ergebnisse zeigen, dass die trennscharfen Skalen sich nicht auf einen einzigen Faktor konzentrieren.

Tabelle 7

Ladungsmatrix mit den Alpha-Werten aus den Mittelwerts-vergleichen zwischen klinischer und Eichstichprobe

Variablen	Faktoren					p
	1	2	3	4	5	
Projektion	.931					.241
Wendung gegen das Objekt	.759					.286
Wendung gegen das eigene Ich	.715					.000**
Angst	.711					.000**
Vertrauen	-.607					.000**
Kontrolle und Überbehütung Vater		.894				.403
Kontrolle und Überbehütung Mutter		.664				.004**
Ablehnung und Strafe Vater		.544				.257
Emotionale Wärme Vater			.827			.386
Emotionale Wärme Mutter			.690			.254
Nähe			.409			.000**
Reaktionsbildung				.904		.331
Intellektualisierung/ Rationalisierung				.597		.035*
Ablehnung und Strafe Mutter					.952	.305
BIID	.205	.167	.143	.207	-.190	

Anmerkung: p = Signifikanzniveau, ** $\alpha \leq 0.01$, * $\alpha \leq 0.05$ (einseitige Testung)

Abschließend sollte geprüft werden, ob sich die interindividuellen Unterschiede im Schweregrad auf eine oder mehrere Prädiktoren zurückführen lassen (Hypothese H7). Das Vorgehen unterscheidet sich von dem zuvor angewendeten zur Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen klinischer und Eichstichprobe insofern, als jetzt die Analyse der Varianz *innerhalb* der Stichprobe der BIID-Betroffenen im Mittelpunkt steht. Die 14 Korrelationskoeffizienten zwischen den Prädiktoren und BIID ergab keinerlei Signifikanz. Tatsächlich bewegen sich die Koeffizienten lediglich zwischen -0.20 und 0.21 (Tabelle im Anhang F).

Zu Illustrationszwecken wird am Beispiel der Skala Kontrolle und Überbehütung gezeigt, von welchen Erwartungen im Fall von Hypothese H7 ausgegangen wurde. Durchgeführt wurde eine 4x2 MANOVA mit

Messwiederholung im Faktor 2. Die unabhängige Variable ist BIID. Die beiden abhängigen Variablen sind die Werte von Vater und Mutter im untersuchten Verhalten. Die Graphik zeigt (Abbildung 7), dass sich die Werte in Abhängigkeit vom Schweregrad verändern. Dabei ergibt sich für jeden Elternteil ein monotoner Anstieg der Mittelwerte. Dieses ist das erhoffte Ergebnis. Allerdings sind die Unterschiede fern von einer Signifikanz ($F(3,43) = 0.871$, $p = .464$). Mit zunehmenden Schweregrad wurde eine vermehrte Kontrolle und Überbehütung seitens der Eltern von den BIID-Betroffenen angegeben. Dabei fällt auf, dass sich Vater und Mutter unabhängig davon, wie stark ihre Kinder von der Störung betroffen sind, hinsichtlich Kontrolle und Überbehütung unterscheiden, wobei die Mutter in der Erinnerung generell die höheren Werte aufweist. Dieser Unterschied ist auch statistisch gesichert ($F(1,43) = 6.126$, $p = .017$, $\eta_p^2 = .125$). Für beide anderen Merkmale des Elternverhaltens sind sämtliche Effekte insignifikant.

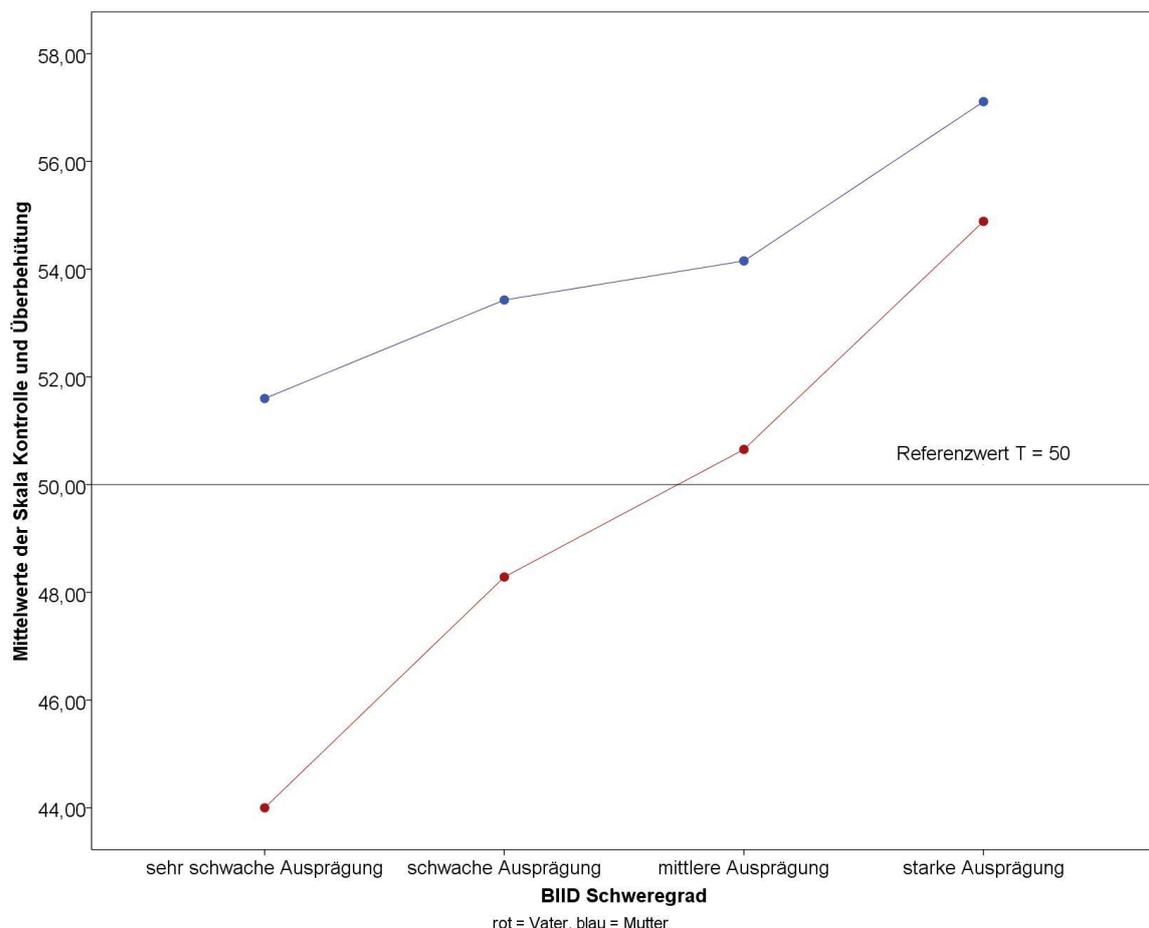


Abbildung 7. Mittelwerte der Skala „Kontrolle und Überbehütung“ von Mutter (blau) und Vater (rot) über den Schweregrad von BIID

5 Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es, anhand einer klinischen Stichprobe von BIID-Betroffenen herauszufinden, ob es Gemeinsamkeiten in deren Kindheit und im interpersonellen Erleben gibt, welche sich von der Normalbevölkerung unterscheiden.

5.1 Ergebnisse

Entgegen der Annahme, dass das elterliche Erziehungsverhalten einen Einfluss auf die Entstehung von BIID hat, konnten die Ergebnisse dieser Studie dies nicht uneingeschränkt belegen. Dies spiegelt möglicherweise die Heterogenität des Störungsbildes wider. So zeigte sich für den FEE entgegen der Annahme, dass sich die Mittelwerte im Normbereich bewegen. Somit wird das durchschnittliche elterliche Erziehungsverhalten von der klinischen Stichprobe nicht als übermäßig ablehnend und streng oder emotional kalt empfunden. Lediglich hinsichtlich Überbehütung und Kontrolle seitens der Mutter ließen sich Abweichungen von der Gesamtbevölkerung feststellen. Die gefundenen Unterschiede sind mit einer Effektstärke von Cohens $d = .756$ nach gängiger Übereinkunft als groß einzuordnen. Für den Vater ließen sich keine signifikanten Unterschiede nachweisen. Diese Ergebnisse sind somit nicht deckungsgleich mit den Selbstäußerungen in den Forumseinträgen, in denen der Vater als abwesend und dominant und die Mutter als anwesend, jedoch eher passiv-depressiv erinnert wird. Eine mangelnde Zuwendung in der Kindheit kann in diesem Fall eher durch Überbehütung und übermäßige Kontrolle seitens der Mutter kompensiert werden. Übereinstimmen die gefundenen Ergebnisse mit der Studie von Obernolte et al. (2015), welche ebenfalls keine signifikanten Unterschiede im maladaptiven Elternverhalten ergab, wobei als ein solches Elternverhalten die emotionale Vernachlässigung galt.

Im Vorfeld der Befragung wurden die Personen darüber informiert, dass die Teilnahme freiwillig ist, außerdem, welchen Zweck die Studie verfolgt. Denkbar ist, dass überwiegend Personen an der Studie teilgenommen haben, welche die Beziehung zu ihren Eltern als positiv und somit die Teilnahme nicht als übermäßig belastend empfanden. Ein anderer Grund für die Ergebnisse könnte auch sein, dass die elterliche Beziehung idealisiert wurde, zur Abwehr aversiver Gefühle in Form einer Art „Selbsttäuschung“.

Hinweise in diese Richtung geben die Konfliktbewältigungsstrategien. Im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung konnten signifikante Unterschiede dahingehend gefunden werden, dass Personen mit BIID Konflikte eher gegen sich selbst richten und vermehrt zur Intellektualisierung neigen. Die Unterschiede sind mit einer Effektstärke entsprechend Cohens $d = .834$ (Wendung gegen das eigene Ich) nach den üblichen Maßstäben als groß einzuordnen. In Bezug auf Intellektualisierung zeigt sich ein mittlerer Effekt ($d = .529$). Danach würden die Ergebnisse darauf hindeuten, dass aversive Gefühle abgewehrt und verinnerlicht werden. Anders als erwartet ließ sich eine geringere Wendung gegen das Objekt in dieser Studie nicht nachweisen. Die Studie von Oddo et al. (2014) konnte dahingehend jedoch signifikante Unterschiede aufzeigen. Zudem ließ sich in dieser Studie eine vermehrte Reaktionsbildung feststellen (Oddo et al., 2014). Die vorliegende Studie fand dagegen keine solchen Auffälligkeiten. Zwar unterscheidet sich die klinische Stichprobe dieser Studie geringfügig von den Referenzwerten (sie tendieren etwas mehr zur Projektion, etwas weniger zur Reaktionsbildung und zur Wendung gegen das Objekt), jedoch nicht signifikant. Mit Ausnahme der Skalen „Intellektualisierung“ und „Wendung gegen das eigene Ich“ entspricht ihre Konfliktbewältigung den Normwerten. Auf diesen beiden Skalen lässt sich eine Verschiebung zu einer „maladaptiven“ Konfliktbewältigung erkennen.

Darauf hinzuweisen ist, dass Selbstbeurteilungsinstrumente nur begrenzt unbewusste Mechanismen abbilden können, da die Abwehrvorgänge zuvor eine Bewusstwerdung erfordern (Davidson & MacGregor, 1998). Aus ökonomischen Gründen wurde dennoch dieses Verfahren gegenüber der Schaffung einer experimentellen Testsituation gewählt. In Ermangelung einer parallelisierten Kontrollgruppe sind der Interpretation von Unterschieden zwischen klinischer und Eichstichprobe aus methodenkritischer Sicht jedoch enge Grenzen gesetzt. So ist das Geschlechterverhältnis in repräsentativ zusammengesetzten Eichstichproben ausgeglichen, während es hier in der klinischen Stichprobe 3:1 zugunsten des männlichen Geschlechts beträgt. Zu Illustrationszwecken soll hier einmal angenommen werden, dass Frauen generell ein besseres Bindungsverhalten an den Tag legen als Männer. Dann wäre zu erwarten, dass der Mittelwert in den Skalen zum Bindungsverhalten wegen der Unterrepräsentation von Frauen in der klinischen Stichprobe geringer ausfällt als in einer repräsentativ

zusammengesetzten Eichstichprobe mit einem ausgeglichenem Geschlechterverhältnis, und zwar auch ohne dass dieses etwas mit der klinischen Symptomatik zu tun hätte.

In mehreren Studien konnte eine Beeinträchtigung des Verhaltens in sozialen und intimen Beziehungen an einer Stichprobe von BIID-Betroffenen nachgewiesen werden (Blom et al., 2012; First, 2005). Bezogen auf bindungsbezogene Einstellungen von Erwachsenen innerhalb von Partnerschaften konnte die Studie von Oddo et al. (2014) keine Unterschiede gegenüber der Norm feststellen. Daher wurden in der vorliegenden Studie bindungsbezogene Einstellungen in engen Beziehungen *außerhalb* von Partnerschaften untersucht. Die Ergebnisse der Studie fielen erwartungskonform aus. Es zeigte sich, dass BIID-Betroffene im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine signifikant größere Angst vor dem Verlassenwerden und dem Alleinsein haben als die Gesamtbevölkerung. Zudem wies die klinische Stichprobe ein überdurchschnittliches Misstrauen gegenüber anderen Personen auf und ein geringes Vertrauen darin, dass andere Personen für sie in belastenden Situationen zur Seite stehen. Obendrein fühlen sich BIID-Betroffene gegenüber der Gesamtbevölkerung signifikant weniger wohl in engen Beziehungen. Die gefundenen Effekte sind nach gängiger Konvention als groß einzuordnen ($r_{pb} = .63$). Inwieweit die BIID-Erkrankung aus Scham oder Angst vor Unverständnis für diese Ergebnisse verantwortlich ist, konnte in der vorliegenden Studie nicht ermittelt werden. Denkbar wäre ebenfalls, dass die Bindungsprobleme aus gemachten Erfahrungen in der Kindheit resultieren. Es zeigte sich eine positive Korrelation zwischen der Überbehütung und Kontrolle seitens der Mutter und einem ängstlichen Verhalten in engen Beziehungen. Zu ähnlichen Ergebnissen kam die Studie von Sousa et al. (2005) (zitiert nach Schmidt et al., (2016)). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zu bindungsbezogenen Einstellungen deuten darüber hinaus darauf hin, dass der Großteil der klinischen Stichprobe (42.6%) einem anklammernd/abhängigen Bindungsstil zugeordnet werden kann, welches ein negatives Selbstbild und ein eher positives Fremdbild beinhaltet, was jedoch dem widerspricht, insofern als sie keine Nähe und kein Vertrauen zulassen.

Ob das elterliche Erziehungsverhalten einen Einfluss auf die bindungsbezogenen Einstellungen von BIID-Betroffenen hat, konnte in dieser Studie nicht hinlänglich untersucht werden. Die Studie von Schumacher et al.

(2004) konnte in einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung jedoch einen Zusammenhang dahingehend feststellen, dass ein positiv erlebtes elterliches Erziehungsverhalten mit einem sicheren partnerbezogenen Bindungsmuster einhergeht, ein negatives elterliches Erziehungsverhalten dagegen mit einem unsicheren Bindungsmuster. Inwieweit diese Ergebnisse auf BIID-Betroffene übertragbar sind, bleibt offen.

Der Zusammenhang zwischen Bindungsverhalten, elterlichem Erziehungsverhalten und Konfliktbewältigungsstrategien wurde mit Hilfe einer explorativen Faktorenanalyse untersucht. Bei der Interpretation der Faktoren dominiert Faktor 1 als der varianzstärkste Faktor. Darin sind drei Skalen (von fünf) zur Konfliktbewältigung und zwei Skalen (von drei) zum Bindungsverhalten hoch geladen. Der Faktor ist bipolar und spiegelt den Gegensatz zwischen Angst und Vertrauen wider, um hier zwei für die Interpretation zwei besonders hoch ladende Skalen zum Bindungsverhalten herauszugreifen (Abbildung 6). Auch wenn die Datenbasis dafür etwas schmal ist, lässt sich inhaltlich vielleicht von Vermeidung oder Konfliktabwehr sprechen. Auf Faktor 2 und Faktor 3 sind mehrere Skalen zum elterlichen Erziehungsverhalten zu finden.

Faktor 2 steht für Kontrolle und Überbehütung seitens Vater und Mutter sowie Ablehnung und Strafe seitens des Vaters. Insgesamt spiegelt sich darin ein direktives Erziehungsverhalten wider, wobei die Markiertvariablen auf eine gewisse Machtausübung hindeuten.

In Faktor 3 vereinigen sich die Skalen zur emotionalen Wärme, jeweils von Seiten des Vaters und der Mutter. Somit handelt es sich hier um ein warmherziges, einfühlsames und fürsorgliches Elternverhalten, was wohl auch die Ladung in der Skala Nähe erklärt. Bei der Deutung lässt sich versuchsweise von Zuwendung und einer positiven Bindungserfahrung sprechen. Dies lässt darauf schließen, dass die von den Eltern vermittelte emotionale Wärme einen Einfluss auf die Entwicklung von Nähe in der Beziehung zu anderen Personen hat.

Faktor 4 hat nur zwei substanzielle Ladungen. Dabei handelt es sich um die restlichen beiden Skalen zur Konfliktbewältigung, nämlich Intellektualisierung und Reaktionsbildung. Interpretiert werden soll der Faktor im Sinne reiferer Konfliktbewältigungsstrategien.

Faktor 5 lädt nur eine einzige Variable substanziell, und zwar Ablehnung und Strafe von Seiten der Mutter. Demzufolge handelt es sich um einen

Eigenfaktor, in dem die spezifische Varianz dieser Skala zum Vorschein kommt. Der Faktor entzieht sich einer weiteren Interpretation.

In jedem Fall zeigt sich, dass es sich bei den verwendeten 14 Prädiktoren nicht um mehr oder weniger unabhängige Skalen handelt, von denen jede etwas völlig anderes erfasst, sondern um ein Konglomerat von Skalen, aus denen sich einige wenige komplexere Varianzkomponenten herauskristallisiert haben. Das ist insofern wichtig, als auf Grund der vorgenommenen faktoranalytischen Datenreduktion nur noch die Ausprägungen in den Faktoren zu betrachten ist (und nicht die in den einzelnen Skalen selbst). Damit findet sich zugleich Hypothese H5 bestätigt.

In Hypothese H6 sollte der Frage nachgegangen werden, ob die Variablen, welche im Mittelwertevergleich Signifikanzen aufwiesen, unterschiedliche Varianzkomponenten von BIID aufklären. Möglich aber auch, dass sie sich auf einen einzigen Faktor konzentrieren, und zwar deshalb, weil sie alle über ein ihnen gemeinsames Element in ihrer Entwicklung verfügen. Die Ergebnisse (Tabelle 7) zeigen, dass die eingesetzten Instrumente nicht auf einen einzigen Faktor zurückzuführen sind und es tatsächlich zu ihrer Erklärung mehrerer Faktoren bedarf. Darüber hinaus zeigt sich, dass von den trennscharfen Variablen, welche zwischen Eich- und klinischer Stichprobe signifikant diskriminieren, nicht alle auf demselben Faktor laden, sondern sich auf verschiedene Faktoren verteilen (Tabelle 7). Allerdings sticht der 1. Faktor mit drei von sechs möglichen Signifikanzen hervor. Auf den anderen Faktoren findet sich jeweils nur eine Signifikanz. Trotz einer gewissen Tendenz lässt sich die Frage, ob die Unterschiede zwischen klinischer und Eichstichprobe nur auf einen Faktor zurückgehen (Hypothese H6) (und damit möglicherweise auch nur eine Ursache haben), nicht abschließend beantworten.

Zum Schluss sollte geprüft werden, ob sich die interindividuellen Unterschiede im Schweregrad auf einen oder mehrere Prädiktoren zurückführen lassen (Hypothese H7). Natürlich lässt sich schon vorab sagen, dass die Unterschiede im Schweregrad innerhalb der Stichprobe der Betroffenen deutlich geringer sein müssen, als wenn man deren Symptomatik mit der einer völlig unauffälligen Normgruppe vergleicht. Insofern waren die Erwartungen von vornherein gedämpft.

Die Betrachtung der 14 Korrelationskoeffizienten zwischen den Prädiktoren und BIID ergab keinerlei Signifikanz (siehe Anhang F). Tatsächlich bewegen sich die Koeffizienten zwischen -0,20 und 0,21, wobei nicht einmal die Richtung in allen Fällen der Erwartung entspricht. Dieser Befund pflanzt sich fort und ist verantwortlich, dass auch die Faktorenladungen für BIID ähnlich niedrig ausgefallen sind (Tabelle 6 und Tabelle 7), und das, obwohl man davon ausgehen darf, dass die Faktoren wegen ihrer inhaltlichen Breite über bessere Messeigenschaften verfügen als die einzelnen Skalen. Nach Maßgabe der Korrelationen ist also Hypothese H7 zurückzuweisen. Die Unterschiede im Schweregrad lassen sich somit nicht mittels der verschiedenen Prädiktoren aufklären.

5.2 Stichprobe

Die vorliegende Studie umfasst eine Stichprobe von $n = 47$. Kritisch anzumerken ist, dass es sich dabei um eine nicht sehr umfangreiche Stichprobe handelt. Im Verhältnis zu anderen BIID-Studien ist ein solcher Stichprobenumfang jedoch durchschnittlich oder sogar überdurchschnittlich groß (Blom et al., 2012; Kroger et al., 2014; Obernolte et al., 2015; Oddo et al., 2014). Ein Grund für die zahlreiche Teilnahme an der Studie liegt möglicherweise darin, dass die BIID-Betroffenen selber ein starkes Interesse daran haben, etwas über mögliche Faktoren der Entstehung zu erfahren. Darüber hinaus könnte ein weiterer Grund darin liegen, durch ein gewisses Maß an Publizität für diese Störung ein Verständnis in der Bevölkerung zu erreichen. Allerdings hat ein nicht unerheblicher Anteil von Personen (16 Versuchspersonen) nach Aufklärung über die Intention der Studie einer Teilnahme nicht zugestimmt. Demnach ist zu vermuten, dass die Thematik von einigen Personen als zu persönlich betrachtet wurde oder eventuell schlechte Erfahrungen mit dieser Form von Untersuchungen abgewehrt werden sollten. Möglich jedoch auch, dass das elterliche Erziehungsverhalten von den Personen als nicht verantwortlich für die Entstehung der Störung empfunden wurde.

Die gewonnene Stichprobe weist eine geringere Homosexualitäts- und Bisexualitätsrate auf (heterosexuell: 78.7%, homosexuelle: 17.0% und bisexuell: 4.3%) als in bereits durchgeführten Studien (Oddo et al., 2014). Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist die Rate jedoch erhöht (Blom et al., 2012; First, 2005). Darüber hinaus weist die Stichprobe Besonderheiten bezüglich ihrer

Lebensumstände auf. Mit insgesamt 55.1 % sind vergleichsweise viele Personen in einer festen Partnerschaft oder Ehe im Vergleich zu anderen BIID-Stichproben. Zudem ist der Frauenanteil mit 27.7% ebenfalls überdurchschnittlich hoch (Blom et al., 2012; Obernolte et al., 2015). Diese Besonderheiten der Stichprobe haben möglicherweise einen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt.

5.3 Methode

Es wurde eine klinische Stichprobe mit der Gesamtbevölkerung auf der Basis mehrerer Fragebogenskalen verglichen, wobei für jede der Skalen der Normwert aus der betreffenden Eichstichprobe zugrunde gelegt wurde. Wegen Besonderheiten in der Zusammensetzung der Stichprobe (Geschlechterverteilung, Alter, sexuellen Orientierung etc.) musste auf eine Kontrollgruppe verzichtet werden. Tatsächlich wäre es unrealistisch gewesen, eine Kontrollgruppe, die unter ähnlichen familiären Bedingungen aufgewachsen ist, zu gewinnen. Womöglich wären die Ergebnisse bei Vorhandensein einer nach Geschlecht, sexueller Orientierung und Elternhaus parallelisierten Kontrollgruppe aber aussagekräftiger gewesen. Auch wäre es denkbar, dass die online durchgeführte Erhebung die Wahrscheinlichkeit erhöht hat, vorzugsweise solche Personen zu gewinnen, die nichts dagegen haben, über ihre familiären Verhältnisse zu berichten, extrovertiert sind und keinerlei Probleme mit Datenschutz und Anonymität haben.

Der Umfang der Studie mit einem Zeitaufwand von insgesamt durchschnittlich 45 Minuten könnte eventuell für einige Personen ein Einwand gewesen sein, nicht an der Erhebung teilzunehmen. So hätte der Stichprobenumfang vielleicht höher ausfallen können, wäre der persönliche Aufwand geringer gewesen.

Darüber hinaus beinhalten retrospektive Erhebungen, wie in der vorliegenden Studie, einige Faktoren, welche sich auf die Zuverlässigkeit der Ergebnisse auswirken können. So wäre es beispielsweise denkbar, dass die Erinnerung an das elterliche Erziehungsverhalten verzerrt worden ist. Daher wäre es in nachfolgenden Studien interessant, das elterliche Erziehungsverhalten sowohl von den BIID- Betroffenen als auch von den Eltern selbst zu erfragen und mit dem der Kinder zu vergleichen. Gegebenenfalls wären auch nahestehende Personen zu befragen.

In der vorliegenden Studie wurden die Probanden gebeten, sich an das Erziehungsverhalten der Eltern, so wie es von diesen bis zum Alter von 12 Jahren gegenüber den Kindern ausgeübt worden war, zu erinnern. Der Grund für diese Einschränkung war, dass das Erstmanifestationsalter der Störung überwiegend vor der Pubertät liegt. In nachfolgenden Studien könnte es aufschlussreich sein, das elterliche Erziehungsverhalten für unterschiedliche Altersspannen zu untersuchen.

6 Schlussbetrachtung: Fazit und Ausblick

Die im theoretischen Teil vermuteten Gemeinsamkeiten hinsichtlich des elterlichen Erziehungsverhaltens in der Kindheit von BIID-Betroffenen konnten in der vorliegenden Studie überwiegend nicht bestätigt werden. Allerdings gibt es deutliche Hinweise darauf, dass die Kontrolle und Überbehütung seitens der Mutter wesentliche Faktoren in der Erziehung darstellen. Die BIID-Betroffenen erinnerten ihre Mutter signifikant kontrollierender und überbehütender. Bezüglich des väterlichen Erziehungsverhaltens konnten keine signifikanten Auffälligkeiten gefunden werden. Bei Betrachtung des Bindungsverhaltens ließen sich signifikante Abweichungen in der interpersonellen Interaktion aufweisen. Zudem wurde eine vermehrte Internalisierung von Konflikten in Form von Wendung gegen das eigene Ich sowie eine häufigere Intellektualisierung belegt. Die Unterschiede sind durchweg hypothesenkonform. Entgegen der Erwartung zeigten sich niedrige und durchweg insignifikante Korrelationen zwischen dem Schweregrad von BIID und den übrigen Prädiktoren. Somit konnte der Schweregrad nicht durch die Prädiktoren erklärt werden. Die Faktorenanalyse ergab fünf Faktoren. Besonders prägnant sind die ersten drei, die versuchsweise im Sinne von Konfliktabwehr, elterlichen Machtausübung und emotionaler Wärme interpretiert werden. Die Erhebung einer Kontrollgruppe könnte insgesamt zu aussagekräftigeren Ergebnissen beitragen.

Die vorliegende Studie verdeutlicht die Notwendigkeit, interpersonelle Faktoren bei der Entstehung von BIID zu betrachten. Insgesamt sollten zukünftige Studien aufgrund der vermuteten multifaktoriellen Entstehung der Störung und den zahlreichen mit dem elterlichen Erziehungsverhalten interagierenden Faktoren zusätzliche Aspekte erheben. Hierzu zählen vor allem Inkonsistenz im Erziehungsverhalten, unterschiedliche Zeitpunkte der retrospektiven Erinnerung des elterlichen Erziehungsverhaltens und die Geschwisteranzahl oder Geschwisterreihenfolge. Obwohl Unterschiede im Schweregrad durch die herangezogenen Prädiktoren nicht aufgedeckt werden konnten, so konnte die vorliegende Studie dennoch zu einem erweiterten Verständnis von BIID beitragen, insbesondere im Hinblick auf die gefundenen Effekte im mütterlichen Erziehungsverhalten und dem Bindungsverhalten der Kinder.

Abschließend soll noch darauf hingewiesen werden, dass die weitere Erforschung von Beziehungsproblemen außerhalb von Partnerschaften auch in

Hinblick auf die Patienten-Therapeuten Beziehung von Relevanz sein könnte. Dazu hätte man sich vorzustellen, dass die Bindungserfahrungen, die jemand macht, auch in die Beziehung zum Therapeuten eingehen und so wiederum die Therapie beeinflussen können.

Literaturverzeichnis

- Berger, B. D., Lehrmann, J. A., Larson, G., Alverno, L., & Tsao, C. I. (2005). Nonpsychotic, nonparaphilic self-amputation and the internet. *Comprehensive Psychiatry*, 46(5), 380–383. DOI: 10.1016/j.comppsy.2004.12.003
- Blom, R. M., Hennekam, R. C., & Denys, D. (2012). Body Integrity Identity Disorder. *PLoS ONE*, 7(4), e34702–e34702. DOI:10.1371/journal.pone.0034702
- Blom, R. M., van Wingen, G. A., van der Wal, S. J., Luigjes, J., van Dijk, M. T., Scholte, H. S., & Denys, D. (2016). The Desire for Amputation or Paralyzation: Evidence for Structural Brain Anomalies in Body Integrity Identity Disorder (BIID). *PLoS ONE*, 11(11), e0165789. DOI:10.1371/journal.pone.0165789
- Boll-Klatt, A., & Kohrs, M. (2014). *Praxis der psychodynamischen Psychotherapie Grundlagen - Modelle - Konzepte*. Stuttgart: Schattauer.
- Bruno, R. L. (1997). Devotees, pretenders and wannabes: two cases of factitious disability disorder. *Sexuality and Disability*, 15(4), 243–260. DOI:10.1023/A:1024769330761
- 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. (2011). Body integrity identity disorder: The persistent desire to acquire a physical disability. *Psychopathology*, 45(1), 3-14. DOI:10.1159/000330503
- Fischer, M., Kasten, E., & Schnell, T. (2015). Body Integrity Identity Disorder: Development and Evaluation of an Inventory for the Assessment of the Severity. *American Journal of Applied Psychology*, 4(3), 76-82. DOI:10.11648/j.ajap.20150403.15
- Furth, G., & Smith, R. (2000). *Apotemnophilia Information, questions, answers and recommendations about self-demand amputation*. Bloomington: 1stBooks Library.
- Hentschel, U., Kießling, M., & Wiemers, M. (1998). *FKBS Fragebogen zu*

- Konfliktbewältigungsstrategien. Manual.* (1. Auflage). Göttingen: Beltz.
- Ihle, W., Jahnke, D., Heerwagen, A., & Neuperdt, C. (2005). Depression, Angst und Essstörungssymptomatik und erinnertes elterliches Erziehungsverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), 30-38. DOI: 10.1026/0942-5403.14.1.30
- Kasten, E. (2009). Body Integrity Identity Disorder(BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze. *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie*, 77(1), 16-24. DOI: 10.1055/s-0028-1100837
- Kasten, E. (2012). Body Integrity Identity Disorder - Körperidentität durch erwünschte Behinderung. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 6(3), 165-177. DOI: 10.1055/s-0031-1298957
- Kasten, E., & Spithaler, F. (2009). Body Integrity Identity Disorder: Personality profiles and investigation of motives. In A. Stirn, A. Thiel, & S. Oddo (Eds.), *Body Integrity Identity Disorder*. (pp. 20–40). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kasten, E., & Stirn, A. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID) wechselnder Amputationswunsch vom linken auf das rechte Bein. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(1), 55–61. DOI:10.1024/1661-4747.57.1.55
- Khalil, R. B., & Richa, S. (2012). Apotemnophilia or body integrity identity disorder: a case report review. *The international journal of lower extremity wounds*, 11(4), 313–319. DOI:10.1177/1534734612464714
- Kriz, J. (2007). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz PVU.
- Kroger, 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
- Neff, D., & Kasten, E. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID): What do health care professionals know? *The European Journal of Counselling Psychology*, 1(1/2), 16-31. DOI: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

- Obernolte, C., Schnell, T., & Kasten, E. (2015). The role of specific experiences in childhood and youth in the development of body integrity identity disorder (BIID). *American Journal of Applied Psychology*, 4(1), 1–8. DOI:10.11648/j.ajap.20150401.11
- Oddo, S., Möller, J., Skoruppa, S., & Stirn, A. (2014). Psychische Merkmale von Body Integrity Identity Disorder (BIID): Persönlichkeitseigenschaften, Interpersonale Aspekte, Copingmechanismen bei Stress und Konflikten, Körpererleben. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 82(5), 250–260. DOI:10.1055/s-0034-1366245
- Oddo, S., Thiel, A., Skoruppa, S., Klinger, D., Steis, N., Markowitsch, H. J., & Stirn, A. (2009). Neurobiological and psychological aspects of BIID- An integrative approach. In A. Stirn, A. Thiel, & S. Oddo (Eds.), *Body integrity identity disorder : psychological, neurobiological, ethical and legal aspects* (pp. 238–245). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Ramachandran, V. S., & McGeoch, P. (2007). Can vestibular caloric stimulation be used to treat apotemnophilia? *Medical hypotheses*, 69(2), 250–252. DOI:10.1016/j.mehy.2006.12.013
- Schmidt, S., Muehlan, H., & Brähler, E. (2016). *AAS-R Revised Adult Attachment Scale. Deutsche Version. Manual*. (1. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J., Eisemann, M. R., & Brähler, E. (2000). *FEE- Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten. Manual*. Bern. Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Schumacher, J., Eisemann, M., Strauß, B., & Brähler, E. (1999). Erinnerungen älterer Menschen an das Erziehungsverhalten ihrer Eltern und Indikatoren des aktuellen Wohlbefindens. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und - Psychiatrie*, 12(1), 20–39. DOI:10.1024//1011-6877.12.1.20
- Schumacher, J., Stöbel-Richter, Y., Strauß, B., & Brähler, E. (2004). Perzipiertes elterliches Erziehungsverhalten und partnerbezogene Bindungsmuster im Erwachsenenalter. *PPmP- Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54(3/4), 148–154. DOI:10.1055/s-2003-814788
- 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) : Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze*. Weinheim: Beltz.
- van Dijk, M. T., van Wingen, G. A., van Lammeren, A., Blom, R. M., de Kwaasteniet, B. P., Scholte, H. S., & Denys, D. (2013). Neural Basis of Limb Ownership in Individuals with Body Integrity Identity Disorder. *PLoS ONE*, 8(8), e72212. DOI:10.1371/journal.pone.0072212
- Wöller, W., & Kruse, J. (2010). Die Abwehr wird gelockert. Abwehranalyse bei Konfliktpathologien. In W. Wöller & J. Kruse (Hrsg.), *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden*. (S. 163–170). Stuttgart: Schattauer.

Anhang

- A. Allgemeine Teilnehmerinformation über die Untersuchung
- B. Einwilligung
- C. Fragebögen
- D. Codierung
- E. Tabellen der statistischen Auswertung
- F. Ergebnisse

Eigenständigkeitserklärung

Anhang A: Allgemeine Teilnehmerinformation über die Untersuchung

Titel der Studie: Die Bedeutung interpersoneller Faktoren und Konfliktbewältigungsstrategien bei Body Integrity Identity Disorder

Forschungsinstitut/ Forschungszentrum: MSH Medical School Hamburg – University of Applied Sciences and Medical University

Name des Projektleiters: Prof. Dr. Erich Kasten

Telefonnummer des Projektleiters: 040 / 361 2264 9341

Kontakt: erich.kasten@medicalschooll-hamburg.de

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Untersuchung von interpersonellen Faktoren und Konfliktbewältigungsstrategien bei BIID. Wir untersuchen mit dieser Studie mögliche Aspekte, die zur Entstehung von BIID beitragen könnten. Aufgrund der Tatsache, dass noch nicht abschließend alle Ursachen und deren Zusammenwirken für die Entstehung geklärt sind, soll im Rahmen dieser Untersuchung ein weiterer Beitrag zur Erforschung sowie zum Verständnis geleistet werden. Hinweise deuten darauf hin, dass bereits Erlebnisse im Kindesalter von Bedeutung sein könnten. Wesentlicher Fokus der Studie liegt daher in der Kindheit und der erinnerten elterlichen Bindung.

Ablauf der Studie

In der Studie werden Sie gebeten mehrere Fragebögen auszufüllen. Es werden von Ihnen keine personenbezogenen Daten erhoben, außer Angaben zu Alter, Geschlecht, Krankheitsdauer, Art der Störung sowie aktuellen oder früheren psychiatrischen Erkrankungen. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich damit bitte an den Versuchsleiter.

Freiwilligkeit und Anonymität

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an dieser Studie beenden, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Die im Rahmen dieser Studie erhobenen, oben beschriebenen Daten und persönlichen Mitteilungen werden vertraulich behandelt. So unterliegen diejenigen Projektmitarbeiter, die durch direkten Kontakt mit Ihnen über personenbezogene Daten verfügen, der Schweigepflicht. Des Weiteren wird

die Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie in anonymisierter Form erfolgen, d. h. ohne dass Ihre Daten Ihrer Person zugeordnet werden können.

Datenschutz

Die Erhebung Ihrer oben beschriebenen persönlichen Daten erfolgt vollständig anonymisiert, d. h. an keiner Stelle wird Ihr Name erfragt. Ihre Antworten und Ergebnisse werden unter einem persönlichen Codewort gespeichert, das Sie selbst anhand einer Regel erstellt haben und das außer Ihnen niemand kennt. Das heißt, es ist niemandem möglich, Ihre Daten mit Ihrem Namen in Verbindung zu bringen. Die anonymisierten Daten werden mindestens 10 Jahre auf einem passwordgeschützten PC in der Medical School Hamburg gespeichert. Sie können allerdings, wenn immer Sie dies möchten, die Löschung der von Ihnen erhobenen Daten verlangen. Dazu müssen Sie uns nicht Ihren Namen verraten, sondern nur Ihr Codewort. Für die Erstellung Ihres Codeworts erhalten Sie die Anleitung „Wie erstellen Sie Ihr persönliches Codewort?“. Bewahren Sie es bitte sorgfältig auf, damit Sie ggf. später die Löschung Ihrer Daten verlangen können.

Vergütung

Für die Teilnahme an der Studie erhalten Sie keine Vergütung.

Wenn Sie bei der Beantwortung des Fragebogens feststellen, dass Sie psychologische Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an einen geeigneten Arzt oder eine Klinik. Darüber hinaus können Sie sich bei Fragen auch an den Versuchsleiter wenden. erich.kasten@medicalschooI-hamburg.de

Anhang B: Einwilligungserklärung

Ich bin über die Studie und den Versuchsablauf aufgeklärt worden. Ich habe alle Informationen vollständig gelesen und verstanden. Sofern ich Fragen zu dieser vorgesehenen Studie hatte, wurden sie von den Versuchsleitern vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Mit der beschriebenen Erhebung und Verarbeitung der Daten, bin ich einverstanden. Die Aufzeichnung und Auswertung der Daten erfolgt anonymisiert in der Medical School Hamburg d. h. unter Verwendung eines persönlichen Codewortes, das ich selbst erstellt habe und das nur ich kenne. Das heißt, es ist niemandem möglich, meine Daten mit meinem Namen in Verbindung zu bringen. Das Blatt, auf dem ich dieses Codewort erstellt habe, befindet sich in meinem Besitz. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung meiner Daten widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit eine Löschung all meiner Daten verlangen kann. Ich bin einverstanden, dass meine anonymisierten Daten zu Forschungszwecken weiter verwendet werden können und mindestens 10 Jahre gespeichert bleiben. Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung und bin bereit, an der o.g. Studie teilzunehmen. Ich weiß, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und ich die Teilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen beenden kann, ohne dass mir Nachteile daraus entstehen. Die Teilnehmerinformation ist Teil dieser Einwilligungserklärung. Durch die Anonymisierung meiner Daten sind keine Rückschlüsse auf meine Person möglich. Das Codewort verbleibt in meinem Besitz und ist nur mir bekannt. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten verschlossen aufbewahrt werden.

Mit der beschriebenen Erhebung und Verarbeitung der Daten, bin ich einverstanden. Ich stimme der anonymisierten Datenerhebung im Rahmen dieser Studie zu.

Anhang C: Fragebögen

Aufgrund von Copyrightrechten ausschließlich in der Printversion dieser Masterarbeit vorliegend.

Anhang D: Codierung

Tabelle 1-D

Codierung der Items

Item	Merkmal	Kodierung
Geschlecht	weiblich	1
	männlich	2
Sex. Orientierung	heterosexuell	1
	homosexuell	2
	bisexuell	3
Familienstand	single	1
	verheiratet	2
	geschieden	3
	verwitwet	4
	feste Partnerschaft	5
Wunsch der Behinderung	Amputation	1
	Lähmung	2
	Blindheit	3
	Taubheit	4
	Andere	5
Geschwisteranzahl	Keins	0
	Eins	1
	Zwei	2
	Drei	3
	Vier	4
Geschwisterreihenfolge	Erster	1
	Zweiter	2
	Dritter	3
	Vierter	4
BIID Fragebogen ¹	stimme gar nicht zu	1
	stimme nicht zu	2
	stimme eher nicht zu	3
	teils, teils	4
	stimme eher zu	5
	stimme zu	6
	stimme voll und ganz zu	7
FEE	nein, niemals	1
	ja, gelegentlich	2
	ja, oft	3
	ja, ständig	4
AAS-R ²	überhaupt nicht zutreffend	1
		2
		3
		4
	sehr zutreffend	5
FKBS	keinesfalls	0
	eher nicht	1
	vielleicht	2
	sicher	3

Anmerkung: ¹Items: 10,11,20,23,25,26,32 wurden umcodiert, ²Items: 2,7,8,13,16,17,18 wurden umcodiert

Anhang E: Tabellen der statistischen Auswertung

Tabelle 1-E

relevante soziodemografische Daten der 47 Versuchspersonen (Vps.)

Vps.	♀/♂	Alter	Sex. Orient	Familien- stand	Gewünschte Behinderung	Alter bei Beginn	Geschwister- anzahl	Geschwister- reihenfolge
1	2	69	1	2	1	13	2	3
2	1	56	1	2	2	5	0	0
3	2	67	1	2	2	7	0	0
4	2	39	1	1	2	8	2	3
5	1	46	1	1	2	6	1	1
6	2	57	1	2	1	7	1	2
7	2	52	2	1	1	7	1	2
8	2	62	1	2	1	5	1	2
9	2	43	1	2	1	12	2	2
10	1	56	1	2	1	10	1	1
11	2	55	1	1	5	8	0	0
12	1	41	1	1	1	15	1	1
13	2	33	1	5	2	16	1	1
14	2	48	1	2	2	8	0	0
15	2	44	1	1	2	5	1	1
16	2	40	2	1	1	10	1	2
17	2	53	1	1	2	10	1	1
18	1	40	1	2	3	4	1	2
19	2	81	1	3	1	11	1	1
20	1	44	1	2	1	10	0	0
21	1	36	1	2	2	4	2	1
22	2	47	2	5	2	6	0	0
23	2	59	1	5	1	6	1	1
24	2	54	1	2	3	9	0	0
25	2	36	2	5	1	14	1	1
26	2	34	1	5	1	8	1	2
27	1	49	1	2	1	16	1	1
28	2	54	2	2	5	4	1	1
29	2	57	1	1	1	4	4	4
30	2	53	1	3	1	8	0	0
31	2	71	1	2	1	9	0	0
32	2	52	2	1	1	10	0	0
33	2	29	1	1	5	6	1	2
34	2	61	1	2	5	7	0	0
35	1	67	3	2	1	16	2	1
36	2	45	1	5	2	12	0	0
37	2	43	1	1	2	10	0	0
38	2	41	1	1	1	8	1	1
39	2	47	1	2	1	4	2	2
40	1	38	2	1	2	6	2	3
41	1	49	1	3	3	10	1	1
42	2	54	3	1	1	5	0	0
43	1	46	1	3	2	6	1	2
44	2	33	1	1	2	7	2	1
45	2	58	2	2	1	8	2	1
46	1	49	1	2	2	4	3	1
47	2	43	1	1	5	5	2	1

Tabelle 2-E

Schweregrad und Intensität der BIID-Erkrankung der Vps. (n = 47)

Rohwerte BIID	Schweregrad Mittelwerte	Klassifikation in Gruppen¹
33,00	1,83	1,00
50,00	2,78	2,00
105,00	5,83	4,00
86,00	4,78	3,00
94,00	5,22	3,00
52,00	2,89	2,00
67,00	3,72	3,00
83,00	4,61	3,00
106,00	5,89	4,00
78,00	4,33	3,00
71,00	3,94	3,00
103,00	5,72	4,00
59,00	3,28	2,00
44,00	2,44	1,00
33,00	1,83	1,00
100,00	5,56	4,00
87,00	4,83	3,00
62,00	3,44	2,00
63,00	3,50	2,00
102,00	5,67	4,00
43,00	2,39	1,00
94,00	5,22	3,00
81,00	4,50	3,00
29,00	1,61	1,00
94,00	5,22	3,00
105,00	5,83	4,00
89,00	4,94	3,00
90,00	5,00	3,00
87,00	4,83	3,00
81,00	4,50	3,00
67,00	3,72	3,00
107,00	5,94	4,00
86,00	4,78	3,00
66,00	3,67	3,00
84,00	4,67	3,00
59,00	3,28	2,00
92,00	5,11	3,00
104,00	5,78	4,00
90,00	5,00	3,00
95,00	5,28	3,00
65,00	3,61	3,00
96,00	5,33	3,00
100,00	5,56	4,00
61,00	3,39	2,00
87,00	4,83	3,00
86,00	4,78	3,00
78,00	4,33	3,00

Anmerkung: ¹ 1 = sehr milde Ausprägung, 2 = milde Ausprägung, 3 = mittlere Ausprägung, 4 = schwere Ausprägung

Tabelle 3-E

T-Werte der klinischen Stichprobe (n = 47) in den Skalen des FEE

Mutter			Vater		
Ablehnung und Strafe	Emotionale Wärme	Kontrolle/Überbehütung	Ablehnung und Strafe	Emotionale Wärme	Kontrolle/Überbehütung
49,00	42,00	47,00	39,00	49,00	39,00
40,00	69,00	64,00	57,00	35,00	70,00
40,00	48,00	61,00	39,00	47,00	60,00
49,00	58,00	49,00	55,00	63,00	58,00
53,00	72,00	34,00	39,00	74,00	31,00
40,00	51,00	47,00	39,00	54,00	39,00
58,00	52,00	59,00	45,00	42,00	48,00
58,00	42,00	54,00	61,00	33,00	60,00
63,00	48,00	57,00	69,00	35,00	51,00
67,00	42,00	61,00	39,00	58,00	42,00
53,00	42,00	54,00	45,00	47,00	45,00
45,00	60,00	68,00	45,00	60,00	70,00
60,00	60,00	64,00	61,00	60,00	65,00
58,00	47,00	47,00	58,00	47,00	39,00
58,00	48,00	59,00	63,00	47,00	58,00
49,00	68,00	49,00	39,00	47,00	45,00
49,00	47,00	47,00	49,00	47,00	39,00
69,00	37,00	54,00	39,00	63,00	35,00
45,00	51,00	41,00	45,00	56,00	42,00
49,00	34,00	66,00	58,00	37,00	56,00
60,00	40,00	44,00	39,00	29,00	31,00
57,00	27,00	52,00	39,00	45,00	48,00
40,00	69,00	41,00	39,00	72,00	42,00
58,00	52,00	61,00	58,00	33,00	53,00
40,00	68,00	44,00	39,00	67,00	42,00
45,00	77,00	47,00	49,00	52,00	42,00
49,00	31,00	64,00	49,00	38,00	65,00
40,00	45,00	41,00	39,00	37,00	39,00
63,00	31,00	79,00	60,00	38,00	58,00
53,00	37,00	66,00	49,00	33,00	45,00
40,00	58,00	54,00	54,00	49,00	56,00
40,00	65,00	68,00	39,00	65,00	65,00
45,00	29,00	29,00	52,00	54,00	69,00
53,00	63,00	52,00	52,00	67,00	58,00
40,00	31,00	47,00	52,00	40,00	39,00
45,00	58,00	57,00	39,00	63,00	39,00
49,00	69,00	59,00	49,00	72,00	58,00
58,00	63,00	64,00	57,00	67,00	66,00
57,00	47,00	54,00	55,00	40,00	35,00
40,00	63,00	54,00	39,00	67,00	58,00
53,00	45,00	52,00	68,00	47,00	56,00
45,00	52,00	68,00	52,00	47,00	66,00
40,00	60,00	34,00	39,00	58,00	39,00
40,00	42,00	47,00	39,00	45,00	48,00
58,00	58,00	66,00	58,00	47,00	58,00
63,00	55,00	64,00	57,00	54,00	42,00
57,00	55,00	64,00	63,00	47,00	60,00

Tabelle 4-E

Stanine- Werte der klinischen Stichprobe (n = 47) in den Skalen der AAS-R

Nähe	Vertrauen	Angst
6,00	3,00	6,00
5,00	6,00	6,00
4,00	4,00	5,00
1,00	3,00	8,00
6,00	5,00	4,00
7,00	9,00	2,00
7,00	5,00	8,00
1,00	1,00	9,00
2,00	1,00	9,00
4,00	1,00	8,00
4,00	1,00	6,00
1,00	1,00	8,00
4,00	1,00	8,00
2,00	2,00	9,00
3,00	2,00	9,00
2,00	1,00	9,00
3,00	7,00	5,00
1,00	1,00	7,00
8,00	4,00	5,00
1,00	1,00	8,00
1,00	4,00	5,00
3,00	1,00	9,00
3,00	4,00	6,00
1,00	1,00	8,00
9,00	3,00	8,00
1,00	4,00	5,00
1,00	2,00	9,00
1,00	5,00	7,00
2,00	4,00	5,00
1,00	2,00	6,00
6,00	7,00	2,00
3,00	3,00	6,00
2,00	1,00	8,00
5,00	5,00	4,00
3,00	2,00	8,00
4,00	6,00	1,00
3,00	4,00	8,00
5,00	2,00	8,00
1,00	1,00	7,00
1,00	1,00	9,00
5,00	1,00	8,00
1,00	2,00	7,00
5,00	6,00	5,00
3,00	3,00	7,00
5,00	4,00	8,00
5,00	4,00	8,00
1,00	4,00	7,00

Tabelle 5-E

T-Werte der klinischen Stichprobe (n = 47) in den Skalen des FKBS

REV	TAS	TAO	INT	PRO
57,00	56,00	38,00	58,00	54,00
55,00	53,00	36,00	65,00	43,00
52,00	53,00	37,00	63,00	41,00
55,00	69,00	64,00	44,00	65,00
31,00	52,00	50,00	43,00	61,00
51,00	53,00	44,00	55,00	42,00
52,00	60,00	41,00	49,00	47,00
32,00	80,00	65,00	39,00	61,00
43,00	70,00	59,00	46,00	65,00
51,00	31,00	64,00	53,00	52,00
34,00	62,00	44,00	39,00	51,00
56,00	45,00	44,00	56,00	60,00
43,00	56,00	41,00	40,00	57,00
55,00	80,00	53,00	52,00	52,00
39,00	71,00	53,00	47,00	57,00
43,00	65,00	71,00	40,00	82,00
42,00	47,00	62,00	37,00	43,00
54,00	51,00	59,00	52,00	56,00
61,00	67,00	51,00	65,00	55,00
38,00	76,00	64,00	46,00	61,00
56,00	41,00	37,00	51,00	32,00
59,00	63,00	44,00	44,00	61,00
67,00	38,00	31,00	63,00	38,00
34,00	69,00	57,00	43,00	66,00
53,00	61,00	51,00	55,00	60,00
68,00	29,00	32,00	60,00	36,00
47,00	52,00	37,00	53,00	45,00
73,00	57,00	41,00	62,00	36,00
44,00	58,00	46,00	50,00	52,00
53,00	59,00	50,00	57,00	40,00
19,00	29,00	31,00	66,00	17,00
53,00	57,00	48,00	62,00	52,00
43,00	74,00	68,00	58,00	68,00
52,00	57,00	50,00	56,00	56,00
43,00	61,00	62,00	50,00	61,00
56,00	36,00	36,00	69,00	32,00
61,00	70,00	54,00	60,00	62,00
76,00	63,00	32,00	74,00	54,00
38,00	73,00	51,00	41,00	56,00
37,00	77,00	63,00	36,00	77,00
12,00	41,00	34,00	34,00	24,00
45,00	45,00	33,00	68,00	26,00
60,00	52,00	55,00	60,00	38,00
60,00	67,00	64,00	60,00	62,00
49,00	68,00	65,00	47,00	65,00
62,00	55,00	43,00	58,00	39,00
48,00	60,00	50,00	49,00	56,00

Anhang F: Ergebnisse

Tabelle 1-F

Korrelationsmatrix der 14 Prädiktoren und dem Schweregrad von BIID

	BIID	Nähe	Vertrauen	Angst	A_V	EW_V	K_V	A_M	EW_M	K_M	REV	TAS	TAO	INT	PRO
BIID	1	-0,192	-0,139	0,176	-0,094	0,215	0,197	-0,201	0,169	0,094	0,138	0,013	0,123	0,05	0,145
Nähe	0,47	1	0,478**	-0,354*	-0,192	0,354*	-0,175	-0,184	0,293*	-0,225	0,03	-0,173	-0,235	0,238	-0,166
Vertrauen	0,197	0,001	1	0,014	0,197	0,015	0,239	0,216	0,046	0,128	0,841	0,244	0,111	0,107	0,266
Angst	0,47	0,47	0,47	1	0,337*	-0,179	0,311*	0,341*	-0,209	0,18	-0,035	0,567**	0,413**	-0,414**	0,560**
A_V	0,35	0,001	0	0	1	0,354*	0,102	0,006	0,02	0,162	0,136	0,005	0,027	0,005	0
EW_V	0,176	-0,354*	-0,762**	0,337*	0,337*	1	0,311*	0,341*	-0,209	0,18	-0,035	0,567**	0,413**	-0,414**	0,560**
K_V	0,237	0,014	0	0,23	0,02	0,23	0,033	0,019	0,159	0,227	0,813	0	0,004	0,004	0
A_M	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47
EW_M	0,197	-0,175	-0,242	0,311*	0,456**	0,004	0,004	0,403**	-0,104	0,403**	-0,402**	0,300*	0,056	-0,274	0,032
K_M	0,184	0,239	0,102	0,033	0,001	0,977	0,47	0,526	0,623	0	0,318	0,205	0,712	0,063	0,832
REV	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47
TAS	0,215	-0,184	-0,393**	0,341*	0,417**	-0,193	-0,095	1	-0,298*	0,344*	-0,125	0,144	0,162	-0,400**	0,184
TAO	0,175	0,216	0,006	0,019	0,004	0,193	0,526	0,018	0,042	0,018	0,403	0,335	0,278	0,005	0,215
INT	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47
PRO	0,169	0,293*	0,338*	-0,209	-0,104	0,589**	0,073	-0,063	1	-0,063	0,193	-0,216	-0,204	0,219	-0,006
	0,257	0,046	0,02	0,159	0,623	0	0,676	0,193	0,676	0,193	0,145	0,169	0,169	0,139	0,968
	0,094	-0,225	-0,208	0,18	0,403**	-0,221	0,543**	0,344*	-0,063	1	-0,081	0,001	-0,165	0,023	-0,026
	0,531	0,128	0,162	0,227	0,005	0,136	0	0,018	0,676	0,676	0,588	0,994	0,269	0,879	0,863
	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47
	0,138	0,03	0,221	-0,035	-0,402**	0,24	-0,149	-0,125	0,193	-0,081	1	-0,08	-0,197	0,622**	-0,033
	0,355	0,841	0,136	0,813	0,005	0,104	0,318	0,403	0,193	0,588	0,588	0,595	0,185	0	0,825
	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47
	0,013	-0,173	-0,406**	0,567**	0,300*	-0,174	0,188	0,144	-0,216	0,001	-0,08	1	0,606**	-0,359*	0,725**
	0,93	0,244	0,005	0	0,041	0,243	0,205	0,335	0,145	0,994	0,595	0	0	0,013	0
	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47
	0,123	-0,235	-0,323*	0,413**	0,056	-0,04	-0,055	0,162	-0,204	-0,165	0,606**	0,606**	1	-0,478**	0,749**
	0,411	0,111	0,027	0,004	0,71	0,788	0,712	0,278	0,169	0,269	0,185	0	0,001	0,001	0
	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47
	0,05	0,238	0,400**	-0,414**	-0,274	0,231	0,104	-0,400**	0,219	0,023	0,622**	-0,359*	-0,478**	1	-0,441**
	0,736	0,107	0,005	0,004	0,063	0,118	0,486	0,005	0,139	0,879	0	0,013	0,001	0,002	0,002
	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47
	0,145	-0,166	-0,497**	0,560**	0,032	0,134	0,151	0,184	-0,006	-0,026	-0,033	0,725**	0,749**	-0,441**	1
	0,33	0,266	0	0	0,832	0,368	0,311	0,215	0,968	0,863	0,825	0	0	0,002	0,002
	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47

Anmerkung: * $\alpha \leq 0,05$, ** $\alpha \leq 0,01$

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: Mia Sophie Langbehn

Matrikelnummer: 162604034

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 Masterarbeit in der Bibliothek der MSH den Nutzern zur Verfügung steht.

ja

nein

Ort, Datum Hamburg, den 02.02.18



Unterschrift
