



MSH Medical School Hamburg

University of Applied Sciences and Medical University

Fakultät Humanwissenschaften

Bachelorstudiengang Psychologie

Bachelorarbeit

*Body Integrity Identity Disorder (BIID) –
Kann eine Operation verschiedene
Lebensbereiche der Betroffenen
verbessern?*

vorgelegt von: Stephanie Herr
Matrikelnummer 130204035

vorgelegt am: 16.02.1016

Erstgutachter: Prof. Dr. Erich Kasten
Zweitgutachter: Lisa Schönberg

Inhaltsverzeichnis

1	Abstract.....	5
2	Einleitung	6
3	Theorieteil.....	8
3.1	Der Begriff BIID, Synonyme und Abgrenzungen.....	10
3.2	Klassifikation	11
3.3	Erklärungsansätze.....	13
3.3.1	<i>Kognitiv-verhaltenstherapeutische Erklärungsansätze.....</i>	<i>13</i>
3.3.2	<i>Psychodynamische Erklärungsansätze.....</i>	<i>14</i>
3.3.3	<i>Neurobiologische Erklärungsansätze</i>	<i>15</i>
3.4	Therapie.....	17
3.4.1	<i>Kognitiv - verhaltenstherapeutische Therapieansätze.....</i>	<i>17</i>
3.4.2	<i>Psychodynamische Therapieansätze</i>	<i>18</i>
3.4.3	<i>Gruppentherapie.....</i>	<i>19</i>
3.4.4	<i>Entspannungsverfahren</i>	<i>19</i>
3.4.5	<i>Körperpsychotherapie.....</i>	<i>19</i>
3.5	Studien zu Therapiemöglichkeiten	20
3.6	Aktueller Forschungsstand zu Operationen und zu den Themen Beruf, Freizeit, Partnerschaft und soziale Kontakte	21
4	Methodik.....	23
4.1	Fragestellung und Hypothesen.....	23
4.1.1	<i>Hypothesen zum Prae-Post Vergleich der BIID-Gruppe</i>	<i>24</i>
4.1.2	<i>Hypothesen zum Vergleich der BIID- und Kontrollgruppe.....</i>	<i>25</i>
4.2	Untersuchungsinstrument.....	27
4.3	Ablauf der Datenerhebung	29
4.4	Stichprobe	29
4.5	Statistik.....	31
5	Ergebnisse	32
5.1	Erste Hypothese	32
5.2	Zweite Hypothese	33
5.3	Dritte Hypothese	33
5.4	Vierte Hypothese.....	34

5.5	Fünfte Hypothese.....	37
5.6	Sechste Hypothese	39
6	Diskussion	43
7	Literaturverzeichnis	48
8	Anhang A Tabellen.....	52
9	Anhang B Fragebogen und Eigenständigkeitserklärung	69

Symbolerklärungen und Abkürzungen

M = Mittelwert

N = Stichprobengröße

SD = Standardabweichung

* = Signifikanz auf einem Niveau von $p < 0,05$ bei einseitiger Testung

** = Signifikanz auf einem Niveau von $p < 0,01$ bei einseitiger Testung

T = Wert des T-Tests

df = Zahl der Freiheitsgrade

Sig. (2-seitig) = Signifikanzniveau bei zweiseitiger Testung

Korr. = Korrelation

F = Wert des Levene-Tests

Tab. = Tabelle

1 Abstract

Bei der *Body Integrity Identity Disorder* leiden Personen unter dem Wunsch, körperlich behindert zu sein. Konkrete Wünsche könnten eine Amputation einer Extremität, eine Querschnittslähmung oder der Verlust eines Sinnes sein. Erst durch die körperliche Behinderung empfinden sie ihr Körperbild als komplett. Da bisherige psychotherapeutische oder psychopharmakologische Therapien keine Verbesserung des Leidens erbracht haben, wurde in dieser Studie untersucht, ob die Erfüllung des Wunsches, also eine Operation, den Leidensdruck mindern könnte. Speziell die Rubriken Beruf, Freizeit, Sexualleben & Partnerschaft und soziale Kontakte wurden mithilfe eines Fragebogens untersucht. Dieser wurde von BIID-Betroffenen ausgefüllt, die noch nicht operiert waren. Die Betroffenen sollten sich in den Zustand nach einer OP hineinversetzen. Der Fragebogen bestand aus den vier genannten Rubriken. Die Fragen wurden jeweils zum Zustand vor und nach einer OP gestellt. Verglichen wurden die Ergebnisse der Experimentalgruppe mit denen einer Kontrollgruppe, die nicht unter BIID leidet und den gleichen Fragebogen ausgefüllt hatte. Es konnte herausgefunden werden, dass die Betroffenen vor einer OP signifikant schlechtere Werte in den Rubriken Beruf, soziale Kontakte und Sexualität & Partnerschaft im Vergleich zur Kontrollgruppe hatten. Beim Vergleich der Werte vor und nach einer OP in der Experimentalgruppe konnten signifikant höhere Werte in allen Rubriken außer der Freizeit nach einer OP festgestellt werden.

2 Einleitung

Thomas is a 39-year-old teacher, married for 15 years with one daughter, who had his left leg electively amputated above the knee 4 years prior to the study interview. Tom has always felt that having two arms and two legs made him 'incomplete' and that the amputation has, paradoxically, finally made him 'feel complete'...Tom recalled first wanting to be an amputee around the age of 8 years, the age that he started folding his leg up in order to pretend that he was an amputee...Tom's desire increased progressively over his early adult years and would intensify when he was under stress...Tom first sought psychological treatment at age 29 years, when his frustration over not being an amputee resulted in his becoming depressed and feeling suicidal. He began weekly insight-oriented psychotherapy (which he experienced as useless) and also was prescribed trials of a variety of antidepressants, anti-OCD medications and antipsychotic medications. He reported that they did not reduce his desire in any way and only made him feel worse. Deciding (after 18 months of treatment) that the psychiatric profession had nothing to offer him, he commenced his quest to find a surgeon who would be willing to do the amputation electively...Four years after the amputation, Tom reports no regrets whatsoever about having had the surgery: 'My only regret is that I did not have it done sooner. (First, 2005, 1f).

Body Integrity Identity Disorder ist eine seltene Krankheit, bei der die betroffenen Personen einen bestimmten Teil ihres Körpers nicht in ihr Körperbild integrieren können. Den einzigen Ausweg sehen die meisten Betroffenen in einer Operation. Dies ist aber aus rechtlichen und ethischen Gründen meist nicht möglich. Da die herkömmlichen Therapieformen bis zu diesem Zeitpunkt keine Heilung erbringen, soll in dieser Arbeit diskutiert werden, ob die Operation verschiedene Lebensbereiche der Betroffenen verbessern würde und ob sie einen Ersatz zu einer Therapie darstellt. Speziell auf die Bereiche Beruf, Freizeit, soziales Netz und Sexualleben & Partnerschaft soll eingegangen werden.

Im Folgenden werden synonyme Begriffe und Klassifikationen vorgestellt, Erklärungsansätze und Therapiemöglichkeiten aus verschiedenen Schulen beleuchtet und der aktuelle Forschungsstand erläutert. Im Anschluss daran folgt die Vorstellung der Hypothesen, die Darstellung des Untersuchungsinstruments und der Datenerhebung, sowie die Beschreibung der Stichprobe. Danach werden die Ergebnisse dargestellt und abschließend diskutiert.

3 Theorieteil

Betroffene, die unter der Body Integrity Identity Disorder (BIID) leiden, haben den Wunsch nach einer Veränderung ihres Körpers. Die Personen empfinden einen bestimmten Teil ihres Körpers oder Funktionen des Körpers als nicht zu sich gehörig. Dieses veränderte Körperbild besteht seit der frühen Jugend. Der Wunsch, die ersehnte Behinderung zu erhalten, wird im Laufe des Lebens immer größer.

In den meisten Fällen handelt es sich um eine Amputation eines Gliedmaßes, oft das Bein. Deshalb wird im Folgenden meistens von Amputation die Rede sein. Es gibt aber auch Fälle, in denen sich Betroffene wünschen, querschnittsgelähmt zu sein, Multiple Sklerose zu haben oder blind zu sein, bzw. andere Sinne zu verlieren. Durch die gewünschte Operation haben die Betroffenen das Gefühl, ihre vollständige körperliche Identität zu erlangen.

Die Meisten haben Angst über ihren Wunsch zu sprechen, da sie glauben, abgelehnt zu werden, weshalb Familie und Angehörige meist nichts davon wissen und es streng geheim gehalten wird. Viele Betroffene führen ein Doppelleben, was den Leidensdruck enorm erhöht. Um dem Wunsch einen Schritt näher zu kommen, beginnen viele Betroffene zu *pretenden* (aus dem engl.: vortäuschen). Dies bedeutet, dass sie sich beispielsweise bei dem Wunsch ein Bein amputiert zu bekommen, das Bein abbinden und Krücken benutzen oder bei einer gewünschten Querschnittslähmung im Rollstuhl sitzen. Viele führen dies nur zuhause aus oder fahren dafür in Städte, in denen sie weitestgehend unbekannt sind, um dort in aller Ruhe das Pretenden ausführen zu können. Der Anblick von unfreiwillig Amputierten lässt die Betroffenen ein Glücksgefühl verspüren, das sie aber auch beschämt, weil diese Reaktion gesellschaftlich nicht akzeptiert ist. Die Erstmanifestation ist meistens im Kindes- und Jugendalter (First, 2005). Die meisten BIID - Erkrankten erzählen davon, dass sie in ihrer frühen Kindheit einen körperbehinderten Menschen gesehen haben und davon sehr fasziniert waren. Die Betroffenen können sich oft an mehr Begegnungen mit körperlich behinderten Menschen in ihrer Kindheit erinnern als Personen ohne BIID.

Diese Erfahrungen sind Trigger für die frühen Konflikte mit dem eigenen Körperbild (Obernolte, Schnell & Kasten, 2015). Die Kinder fangen an, das Behindert sein in ihre Spiele einzubauen, sich beispielsweise ein Bein weg zu binden. Die anfängliche Faszination geht dann irgendwann in den Wunsch über, selbst amputiert zu sein. Ab diesem Zeitpunkt wird der Wunsch immer dringlicher. Die Betroffenen beschäftigen sich sehr viel mit diesem Thema, der Alltag wird dadurch extrem beeinflusst und der Leidensdruck wird sehr stark, da in Deutschland und auch in einigen anderen Ländern nicht die Möglichkeit besteht, ein gesundes Körperteil zu amputieren oder absichtlich andere Behinderungen hervorzurufen. Für manche Betroffenen ist der Zustand so untragbar, dass sie sich selbst so stark verletzen (z.B. Schuss ins Bein, Trockeneis), dass eine Amputation durchgeführt werden muss. Eine exakte Anzahl von Betroffenen ist schwer zu ermitteln, da es eine sehr große Dunkelziffer aufgrund des schambesetzten Themas gibt. Furth und Smith (2000, zitiert nach Stirn, Thiel & Oddo, 2010) schätzten, dass ca. 1-3% der Gesamtbevölkerung betroffen sein könnte. Was die sexuelle Orientierung betrifft, ist die Hälfte bis zwei Drittel der Betroffenen homosexuell (Stirn et al., 2010;First,2005)

3.1 Der Begriff BIID, Synonyme und Abgrenzungen

Eine der ersten Bezeichnungen, die in die Richtung des Begriffes BIID führt, ist die *Apotemnophilia* aus dem Jahre 1977. Aus dem griechischen übersetzt, bedeutet es die „Liebe zum Abschneiden“. Der Wunsch amputiert zu sein entsteht hier rein durch sexuelle Erregung durch ein amputiertes Gliedmaß. Aus diesem Grund kann es nicht ganz mit BIID gleichgesetzt werden, da bei BIID ca. 1/3 der Betroffenen keine sexuellen Gründe für ihren Wunsch haben (First, 2005). Um nun auch die Betroffenen mit einschließen zu können, die den Wunsch außerhalb Gründe sexueller Erregung hatten, führten Furth und Smith (2000, zitiert nach Stirn, Thiel & Oddo, 2010) den Begriff „Amputee Identity Disorder“ ein. In diesem Begriff sollte deutlich werden, dass es sich nicht um eine sexuelle Störung handelt, sondern eher in die Kategorie der Identitätsstörungen fällt. First (2005) brachte den Begriff „Body Integrity Identity Disorder“ ein. Er leitete diesen von dem Begriff der „Gender Identity Disorder“ ab.

Xenomelia ist ein eher neuer Begriff und kann synonym zu BIID verwendet werden. Dieser soll auf das Gefühl eingehen, dass ein Körperteil als fremd und nicht zu sich gehörig angesehen wird (McGeoch, Brang, Song, Lee, Huang & Ramachandran, 2011)

Die Betroffenen beschreiben sich selbst als *Wannabe* (abgeleitet aus dem engl. Wort want to be). Dieser Begriff zeigt ihren Wunsch nach einer Operation. Abzugrenzen vom Begriff BIID ist die *Acrotomophilia*. Diese beschreibt die sexuelle Erregung beim Betrachten einer amputierten Person. Die Personen beschreiben sich als *Devotee* (aus dem engl. devotion), also die sexuelle Leidenschaft gegenüber Amputierten.

3.2 Klassifikation

Da BIID bis jetzt weder in das DSM-5 noch in die ICD-10 aufgenommen wurde, gibt es keine eindeutige Klassifikation. Jedoch ähneln sich alle vorgeschlagenen Klassifikationen sehr. Einerseits ist es schwierig, eine Klassifikation zu erstellen, um wirklich allen Betroffenen gerecht zu werden, andererseits ist es sehr wichtig, um einen Rahmen, beziehungsweise eine Basis für Therapien zu schaffen. Money, Jobaris & Furth (1977) teilten BIID den Paraphilien zu. Bei den Paraphilien handelt es sich um atypische sexuelle Vorlieben. Da es aber durchaus BIID-Betroffene gibt, hinter deren Wunsch keine sexuellen Phantasien stecken, trifft diese Klassifikation nicht auf alle zu. Einen weiteren Versuch zu klassifizieren machten Brang, McGeoch & Ramachandran (2008). BIID wird nach Meinung der Autoren den neurologischen Erkrankungen zugeordnet. Sie gehen davon aus, dass gewisse Teile des Gehirns nicht korrekt funktionieren und es deshalb zu einer Nicht-Identifikation mit einem Körperteil kommt. Da es aber viele Eigenschaften bei dieser Störung gibt, die nicht neurologisch, sondern nur psychologisch erklärt werden können, kann es nicht eine rein neurologische Ursache geben. Es reicht also nicht für eine Klassifikation in dem Bereich der neurologischen Erkrankungen.

Ryan stellte 2009 Kriterien auf, wie sie im DSM aufgeführt werden könnten:

- A. A strong persistent desire for the amputation of a limb.
- B. The primary motivation for the desire is the feeling that being an amputee is one's true and proper identity.
- C. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- D. The disorder is not better explained by another medical or psychiatric syndrome such as somatoparaphrenia, a psychotic disorder or body dysmorphic disorder. (Ryan, 2009, S.22)

Weitere gemeinsame Merkmale sind die frühe Erstmanifestation, ein überdurchschnittliches Bildungsniveau (First, 2005) und eine ähnliche Persönlichkeitsstruktur (Oddo, Möller, Skoruppa & Stirn, 2008). Die Betroffenen sind meistens sehr zielstrebig, ehrgeizig, autonom und stellen sich

sehr gerne Aufgaben und Herausforderungen. Zusätzlich besteht eine Ähnlichkeit in den Familienstrukturen: Vater und Mutter wurden als passiv erlebt, wobei dieses Empfinden meist noch stärker gegenüber des Vaters ausgeprägt ist (Stirn et al., 2010). Das Pretenden oder die Phantasievorstellungen tauchen öfter auf, wenn der Betroffene keine Ablenkung hat und beispielsweise einen ruhigen Abend zuhause verbringt. Aber auch Stress kann durch Pretenden oder Phantasievorstellungen vermindert werden.

Merkmale, die bei jedem BIID-Betroffenen unterschiedlich sind, sind die Offenheit in Bezug auf ihre Krankheit, der Wechsel des Amputationswunsches, die sexuelle Komponente, das Pretenden und das Stadium, in dem sie sich mit ihrem Wunsch befinden (Stirn, 2010). Die Offenheit bezieht sich hierbei auf das Interesse an Psychotherapie, aber auch auf das Sich-Preis-geben im Familien- und Freundeskreis. Bei einigen Personen gibt es durchaus das Phänomen, dass sich der Wunsch beispielsweise von der Amputation des rechten Beines auf eine Amputation des linken Beines ändert (Kasten & Stirn, 2009). Wie schon erwähnt, sehen nur 2/3 der Personen eine sexuelle Begründung in ihrem Wunsch (First, 2005). Nicht jeder Betroffene pretendet. Es gibt einige, die es nicht tun, da es beispielsweise beim Abbinden zu Schmerzen gekommen ist. Mit dem Stadium des Wunsches ist gemeint, dass es Personen gibt, die bereits so fixiert auf eine Amputation sind, dass es ihnen egal ist, wie sie ihr Ziel erreichen und sich teilweise selbst das Bein oder ein anderes Gliedmaß absägen. Dann gibt es aber wieder andere, denen die Vorstellung reicht, amputiert zu sein. Depression ist komorbide mit BIID, was mit dem hohen Leidensdruck erklärt werden könnte (Skoruppa, 2011). Außerdem wurde eine erhöhte Zwanghaftigkeit bei vielen Betroffenen festgestellt. Diese kann durch die ständige Beschäftigung mit dem Thema „OP“ erklärt werden (Stirn et al., 2010). Die Betroffenen sind nicht psychotisch und haben keine Beeinträchtigung in der emotionalen Verarbeitung (Bottini, Brugger & Sedda, 2015). Sie leiden nicht unter Wahnvorstellungen (Kasten, 2012).

3.3 Erklärungsansätze

3.3.1 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Erklärungsansätze

Der kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz wird durch ein multikausales Modell erklärt (Stirn et al., 2010).

Der erste Faktor in diesem Modell ist die neurobiologische Prädisposition. Dies bedeutet, dass das Gehirn anders arbeitet, womöglich einen Defekt hat und es deshalb zu BIID kommen kann. Dieser Faktor wird später noch genauer erläutert.

Der zweite Faktor ist die kindliche Lernerfahrung. Fast alle Betroffenen erleben in der frühen Kindheit ein Schlüsselerlebnis, bei dem sie auf eine amputierte Person treffen, diese Situation extrem positiv bewerten und das Treffen deshalb in guter Erinnerung bleibt.

Für die Verstärkung der Situation gibt es mehrere Möglichkeiten. Eine Möglichkeit wäre, dass durch die neurobiologische Prädisposition die Körperidentität amputierter Menschen als die „richtige“ abgespeichert wird und deshalb eine positive Verstärkung entsteht. Die zweite Möglichkeit wäre, dass die amputierte Person als außergewöhnlich und besonders gesehen wird, es deshalb zu einer großen Anerkennung kommt und das Kind selbst eine Behinderung wünscht. Höchstwahrscheinlich ist es eine Kombination aus beiden Möglichkeiten.

Der dritte Faktor, mit dem die kindliche Lernerfahrung zusammenhängt, ist das elterliche Erziehungsverhalten. Das Kind erfährt emotionale Vernachlässigung, bekommt wenig Aufmerksamkeit. Wenn solch ein Kind sieht, wie viel Zuwendung und Aufmerksamkeit eine amputierte Person bekommt, sieht das Kind dies als Verstärker an. Das Kind sucht Situationen, in denen es die ersehnte Geborgenheit und Bestätigung bekommt. Oft reicht es schon aus, wenn sich die Betroffenen vorstellen, amputiert zu sein, um die positiven Gefühle auszulösen.

Ein weiterer aufrechterhaltender Faktor sind die Amputationsphantasien. Dadurch, dass sie diese häufig haben, und jedes Mal ein psychisches

Wohlbefinden entsteht, wird der Wunsch nach einer Amputation verstärkt. Das Pretenden führt ähnlich wie die Phantasien zu Freude und Entspannung. Die Reaktionen der Umwelt bestätigen sie und geben ihnen Anerkennung. Zusätzlich bietet die körperliche Einschränkung eine Herausforderung, was ihren Selbstwert erhöht, da sie diesen meist nur über Leistung verbessern. Der letzte Faktor ist die Stressverarbeitung. Hier entsteht eine Reiz-Reaktions-Konditionierung: Dadurch, dass in Stresssituationen immer die Phantasien/ das Pretenden auftreten, um den Stress zu reduzieren, führt es zu einer langfristigen Verstärkung der Amputationsphantasien und des Pretendens.

3.3.2 Psychodynamische Erklärungsansätze

Die Betroffenen weisen alle eine ähnliche Struktur auf, unterschiedlich stark ausgeprägt (Stirn et al., 2010). Wie auch schon in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Sichtweise beschrieben, haben die meisten Betroffenen in ihrer Kindheit eine emotionale Vernachlässigung durch die Eltern erlebt. Dadurch, dass es ihnen an Nähe, Anerkennung und Zuwendung fehlte, die sie einerseits jetzt suchen, sie andererseits aber unabhängig sein möchten und zeigen möchten, dass sie jede Schwierigkeit alleine schaffen, entsteht ein Konflikt zwischen Abhängigkeit und Autonomie. Sie besitzen zwanghafte, passiv-aggressive, narzisstische und pseudo-unabhängige Züge (Stirn et al., 2010). Sie sind sehr perfektionistisch und gerechtigkeitsliebend. Durch das Fehlen von Anerkennung und Nähe sind sie frustriert und enttäuscht und es entsteht Wut und eine starke Fixierung auf sich selbst. Sie reagieren sehr verletzlich auf Kritik, da ihr Selbst sehr schwach und klein ist. Dieses kleine, schwache Ich versuchen sie zu stärken, indem sie immer wieder neue Herausforderungen annehmen und immer wieder die beste Leistung erbringen wollen. Dadurch, dass sie ihren unbewussten Wunsch nach Anerkennung und Zuwendung nicht verbalisieren können, wollen sie durch die OP zeigen, was für ein Leid sie tragen und trotzdem allen Herausforderungen gewachsen sind. So sammeln sie Anerkennung und Nähe bei den Außenstehenden. Nach einer OP ist die Abhängigkeit von anderen gerechtfertigt und die Wünsche nach Zuwendung gehen in Erfüllung. So regredieren sie auf die Ebene des Kindes und werden versorgt, wie sie es als

Kind gerne gehabt hätten. Um Sicherheit zu erlangen, versuchen sie sich selbst und ihre Umwelt extrem zu kontrollieren. Die sexuelle Komponente wird durch den Entwurf der „verschobenen Kastration“ erklärt. Hierbei nimmt das amputierte Bein, bzw. der Stumpf die Stelle des Penis ein. Die Sexualität bezieht sich nur auf das Selbst und nicht auf ein Objekt.

3.3.3 Neurobiologische Erklärungsansätze

Bei einem erwachsenen Menschen ist es nicht mehr eindeutig, ob eine genetische Veranlagung zu dem Wunsch nach Amputation führt, oder umgekehrt, dass der Wunsch das Gehirn beeinflusst. Das Schlüsselerlebnis in der Kindheit, welches bereits besprochen wurde, könnte auf eine besondere neuronale Anlage hinweisen, da Betroffene mit extrem positiven Gefühlen auf einen amputierten Menschen reagieren. Menschen ohne BIID hingegen, reagieren eher mit negativen Gefühlen. McGeoch et al. (2011) erklären BIID durch eine neuronale Dysfunktion im rechten superioren Parietallappen. Der superiore Parietallappen trägt zum Aufbau des Körperbildes bei. Durch die Fehlfunktion wird das betroffene Gliedmaß nicht im Körperschema repräsentiert. Die betroffene Person empfindet dieses dann als überflüssig und der Wunsch nach einer Amputation entsteht. Die Autoren vergleichen BIID mit der *Somatophrenie*. Diese entsteht beispielsweise nach einem Schlaganfall. Hierbei empfinden die Betroffenen ein Gliedmaß als fremdartig. Weil die BIID - Betroffenen ganz genau sagen können, ab wo sie ihre Amputation haben möchten und es bei den meisten das linke Bein ist, muss nach Meinung der Autoren eine Störung des rechten superioren Parietallappens vorliegen. Da es aber nur vier Probanden in der Studie waren und man deshalb nichts allgemein Gültiges sagen kann und es nicht nur BIID-Betroffene gibt, die ein Gliedmaß amputiert haben möchten, ist eine rein neurologische Erklärung durch diese Studie nicht wahrscheinlich.

In einer weiteren Studie (Skoruppa, 2011) wurden 11 Probanden mittels fMRT untersucht. Es sollte herausgefunden werden, ob beim Betrachten von Bildern mit dem amputierten Wunschkörper und dem Betrachten des intakten Körpers neuronale Unterschiede aufkommen. Beim Betrachten des intakten Körpers hatte die Versuchsgruppe eine geringere Aktivität als beim Betrachten des

amputierten Körpers. In der Gruppe der BIID-Betroffenen war bei der Betrachtung des eigenen amputierten Körpers das limbische System und Bereiche, die für Belohnung und Euphoriegefühle zuständig sind, aktiviert. Bei manchen Probanden wurden auch Teile, die bei der sexuellen Erregung eine Rolle spielen, aktiviert. Insgesamt war also die emotionale Verarbeitung sehr stark beteiligt. Auch diese Studie unterstützt die Vermutung, dass es keine rein neurologische Ursache haben kann, da sonst nicht das Belohnungssystem und viele emotionale Bereiche beteiligt wären.

Eine weitere Studie, die gegen eine rein neurologische Ursache spricht, ist die von Kasten und Stirn (2009). Sie untersuchten einen Fall, bei dem der Amputationswunsch vom linken Bein auf das Rechte wechselte, was neurologisch nicht zu erklären ist und nicht logisch erscheint.

3.4 Therapie

Bisher wurde noch keine wirkungsvolle Therapie für BIID konzipiert, eventuell auch deshalb, weil bei Fachspezialisten diese Krankheit extrem unbekannt ist. Bei einer Studie konnte herausgefunden werden, dass nur 41% der Therapeuten die richtige Diagnose stellten (Neff und Kasten, 2009). Ein Therapiekonzept ist extrem wichtig, da ein Betroffener die psychischen Prozesse, die mit dem Wunsch der Amputation zusammenhängen, verstehen sollte, um die Krankheit zu verstehen. Erst dann kann der Betroffene von der Wunsch - OP abkommen.

Im Folgenden werden Vorschläge aus einigen Schulen vorgestellt.

3.4.1 Kognitiv - verhaltenstherapeutische Therapieansätze

Ein Therapieansatz ist das Phasenmodell zur Selbstmanagement-Therapie von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2006).

1. *Eingangsphase - Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen*

Wichtig ist, dass der Klient bemerkt, dass der Therapeut auf seiner Seite ist und ihn unterstützen möchte, nicht gegen ihn arbeiten möchte, auch wenn der Therapeut sich klar gegen eine Amputation ausspricht.

2. *Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen*

Der Therapeut muss versuchen, die Veränderungsbereitschaft aufrecht zu erhalten. Es geht darum, die Bereiche zu besprechen, in denen sich der Klient eine Veränderung wünscht, z.B. Reduktion des Pretendens oder eine angemessene Stressbewältigung zu finden.

3. *Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell*

Analyse anhand des Problemverhaltens erstellen, um das BIID-Verhalten besser verstehen zu können und die Gründe dafür herauszuarbeiten.

4. *Vereinbaren therapeutischer Ziele*

Die Ziele müssen mit dem Leben und der Motivation des Klienten vereinbar sein. Erst wenn dem Klienten klar wird, warum und dass die

Amputationsgedanken und das Pretenden nicht förderlich sind, dann kann das Ziel die Reduktion des Verhaltens sein, beispielsweise das Anschauen von BIID-Fotos nur eine Stunde in der Woche.

5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden

In Bezug auf BIID ist es besser, Akzeptanzstrategien anzuwenden, als Veränderungsstrategien (Braam, Visser, Catch & Hoogendijk, 2006). Dazu kommt, dass Veränderungen auf der Verhaltensebene viel besser erreichbar sind, als kognitive Umstrukturierungen.

6. Evaluation therapeutischer Fortschritte

Um festhalten zu können, wie sich der Patient weiterentwickelt, sollten in der Therapie diagnostische Anteile enthalten sein.

7. Endphase - Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie

Hierbei geht es um die Stabilisierung und den Transfer von Erlerntem in den Alltag.

3.4.2 Psychodynamische Therapieansätze

Auch in den psychodynamischen Therapieansätzen ist nicht das Ziel eine Amputation durchzuführen, sondern versuchen, mit der Störung besser leben zu können, beispielsweise herauszufinden, was die Gründe für die Störung sind und die einzelnen Konflikte zu besprechen (Stirn et al., 2010). Es soll ein Umgang damit gefunden werden, wie man die Amputationswünsche und das Pretenden in den Griff bekommen kann, was beispielsweise für ein Symbol hinter dem Wunsch steckt und in welchen Situationen der Wunsch verstärkt auftritt. Die psychodynamischen Ansätze legen vor allem großen Wert auf den Aufbau einer guten Beziehung zum Klienten. Ohne eine solide Beziehung können keine Konflikte besprochen werden und die Therapie gestaltet sich nicht als hilfreich. Es ist wichtig, herauszufinden wie es dem Klienten mit dem Wunsch geht. Meistens ist dieser sehr schambesetzt und es muss herausgefunden werden, was dahinter steckt. Ein großer Teil wird auch der Selbstwertaufbau in der Therapie einnehmen (Stirn et al., 2010).

3.4.3 Gruppentherapie

In einer Gruppe bekommen die Betroffenen das Gefühl, nicht allein mit ihrem Problem zu sein. Sie erleben eine Zugehörigkeit und können in diesem Setting eventuell offener kommunizieren als in einer Einzeltherapie. Durch die Erfahrungen und Berichte anderer können sie ähnliche Verhaltensmuster entdecken und kommen so vielleicht schneller zu Selbsterkenntnissen, wie beispielsweise zur Ursache der Störung. Die gegenseitige Hilfestellung gibt Kraft und auch die Anerkennung der Gruppe bei Erfolgen kann sehr gut für den Therapieverlauf sein. Jedoch gibt es auch Nachteile. Es könnte sein, dass die Betroffenen die Gruppe nutzen, sich gegenseitig Ratschläge zu geben wie man noch besser BIID ausführen könnte, beispielsweise welche Internetseiten gut sind oder wo man eine OP im Ausland machen kann. Natürlich kann es auch passieren, dass sich ein Widerstand gegenüber der Therapie aufbaut und ein Konkurrenzkampf entsteht, wer der Therapie am besten Stand halten kann (Stirn et al., 2010).

3.4.4 Entspannungsverfahren

BIID-Betroffene erhalten Entspannung durch die Beschäftigung mit der Amputation, beispielsweise durch Gedanken oder durch Pretenden. Entspannungsverfahren, wie das autogene Training oder die Progressive Muskelentspannung, sollen die Beschäftigung mit der Amputation ersetzen und einen Zustand der Entspannung erbringen.

3.4.5 Körperpsychotherapie

Die Körperpsychotherapie hat das Ziel, eine ganzheitliche Wahrnehmung von Körper und Seele zu erschaffen. Der Grundgedanke dabei ist, dass die Psyche große Auswirkungen auf den Körper hat und umgekehrt. BIID-Betroffene könnten den Zusammenhang zwischen ihren frühen Frustrationen und dem aktuellen Körperbild erkennen und ein ganzheitliches Körperschema entstehen lassen (Stirn et al., 2010). Beispiele für solche Therapien sind die

Gestalttherapie, Funktionelle Entspannung, Analytische Bewegungs- und Tanztherapie.

3.5 Studien zu Therapiemöglichkeiten

Bisher gibt es sehr wenige Studien zu diesem Thema. Zwei Studien sollen an dieser Stelle vorgestellt werden. Die Erste ist eine Fragebogenstudie von Kröger, Schnell und Kasten (2014). Es wurde ein Fragebogen entwickelt, der die Erfahrungen mit verschiedenen Therapien abfragen sollte. Von den 25 Teilnehmern hatten 32% eine psychopharmakologische Behandlung, 24% eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie, 20% eine psychodynamische Therapie, 20% versuchten sich an einer Entspannungstechnik und 4% probierten Kunst- bzw. Körpertherapien. Im Ergebnis zeigt sich, dass der Wunsch durch die Therapien steigt, wahrscheinlich durch die extreme Beschäftigung mit dem Thema BIID. Je mehr Therapiestunden der Proband wahrgenommen hatte, umso stärker war auch der Anstieg des Wunsches. Die Symptome und der Leidensdruck hingegen, konnten durch alle Therapieformen gelindert werden. Die größte Linderung konnte durch psychodynamische Therapien erfolgen. Braam et al. (2006) untersuchten in ihrer Therapiestudie speziell die Wirkung von kognitiver Verhaltenstherapie und Antidepressiva an einem Patienten. Die SSRI führten zu einer Verringerung stressbedingten Unwohlseins, wie beispielsweise innerer Unruhe. Die Antidepressiva führten aber nicht zu einer Reduktion des Operations-Wunsches. Durch die kognitive Verhaltenstherapie konnte die Häufigkeit des Pretendens verringert werden, der OP-Wunsch wurde abgeschwächt und es wurden neue Handlungsweisen erlernt, die den Leidensdruck reduzierten. Da diese Erkenntnisse nur mit einem Probanden erfolgt sind, ist es schwierig, diese zu generalisieren. Hier ist es wichtig, weitere Therapieformen zu erforschen, um herauszufinden, ob es etwas Passendes für die BIID-Problematik gibt.

3.6 Aktueller Forschungsstand zu Operationen und zu den Themen Beruf, Freizeit, Partnerschaft und soziale Kontakte

Im folgenden Abschnitt werden zwei Fallstudien besprochen, bei denen die Betroffenen eine Amputation durchgeführt haben. In der Studie von Berger, Lehrmann, Larson, Alverno und Tsao (2005) geht es um einen fünfzigjährigen transsexuellen Mann. Mit ungefähr 10 Jahren begann die Bewunderung für körperliche Behinderungen und es entwickelte sich der Wunsch nach einer beidbeinigen Amputation. Diese erreichte er, nachdem er sieben Stunden lang die Beine in Trockeneis gelegt hatte. Nach der Amputation hatte er keinerlei Gewissensbisse und gab an, sehr glücklich und nun vollständig zu sein. Die Fallstudie von Sorene, Heras-Palou und Burke (2006) zeigt ein ähnliches Fallbeispiel. Auch in diesem Fall hatte der 51-Jährige die Amputation selbst herbeigeführt, bei der er eine Hand verlor. Daraufhin führte er sich selbst eine Wundinfektion am Schienbein zu, welches amputiert werden musste. Dies genügte immer noch nicht und er amputierte sich selbst mehrere Finger der noch gesunden Hand, woraufhin diese auch amputiert wurde. Der Wunsch nach weiteren Operationen ist aber sehr selten.

In der Studie von Sarah Noll und Erich Kasten (2014) wurden 21 bereits amputierte BII-Dler mithilfe eines Fragebogens befragt. Dieser beinhaltete Fragen zur Lebensqualität, sozialer Integration, Veränderung der Träume, Wunsch nach einer weiteren OP, zu Phantomschmerzen und zum mentalen Status vor bzw. nach der OP.

Die Ergebnisse zeigen, dass keiner der 21 Befragten die OP bereute. Sie fühlen sich nach der OP wohler in ihrem Körper und komplett. Außerdem konnte herausgefunden werden, dass es in allen untersuchten Lebensbereichen eine Verbesserung entstand. Es gab zwar Probleme, den Alltag zu bewältigen, aber diese schienen nichts im Vergleich zu dem Glück und der Zufriedenheit zu sein, die sie nach der OP empfanden. Die meisten Befragten wünschten sich keine weiteren OPs. Wenn ja, dann gaben die Betroffenen an, dass es diesen Wunsch bereits vor der OP gegeben habe und

nicht durch die OP gekommen sei. Der Großteil der Befragten träumte nach der OP von sich als amputierte Person mal mehr, mal weniger schnell. Die Studie zeigte auch, dass Phantomschmerzen bei einigen der Befragten auftauchten. Daraus lässt sich schließen, dass das entsprechende Körperteil im mentalen Schema integriert ist. Viele Befragte berichteten, dass sie sich seit der OP besser auf andere Menschen einlassen könnten und eine Person gab an, sich wieder mehr für die eigene Familie zu interessieren.

In der Studie von First (2005) konnten vor der OP Einschränkungen in den sozialen Kontakten, auch in Bezug auf Partnerschaften festgestellt werden, da Beziehungen die Betroffenen beispielsweise beim Pretenden einschränken würden. Durch das ständige Nachdenken und Grübeln wie ein Leben nach der OP sein könnte, können sie sich schlecht auf ihre Arbeit oder auf Freizeitaktivitäten wie Lesen konzentrieren.

Da es bisher wenige Studien mit operierten Personen gibt und es sehr schwierig ist, operierte BIID-Betroffene zu finden, kann man noch nicht sagen, dass es allen Betroffenen nach der OP besser geht.

4 Methodik

4.1 Fragestellung und Hypothesen

Ist eine Operation also die Lösung für BIID-Erkrankte? Wie bereits erwähnt, gibt es Studien, die zeigen, dass es Betroffenen nach der gewünschten Operation in vielen Lebensbereichen besser geht. Es ist schwierig vorauszusagen, ob die Zufriedenheit, die viele der operierten Betroffenen haben, wirklich bleibt. Auch wenn im ersten Moment der Traum einer OP in Erfüllung geht, kommen doch sehr viele Probleme und Schwierigkeiten auf die Betroffenen zu. Eine körperliche Behinderung ist mit sehr viel Aufwand verbunden. Nicht nur Schmerzen müssen ausgehalten werden, sondern man braucht auch viel Geld, um beispielsweise einen Rollstuhl zu kaufen, Arztbesuche zu bezahlen, eventuelle Pflegehilfe einzustellen. Man kann den Alltag meistens nicht mehr selbst bewältigen und viele Freizeitaktivitäten nur noch erschwert oder gar nicht ausführen, wie beispielsweise verschiedene Sportarten. Die Situation ändert sich nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für ihre Angehörigen. Ob und wie gut diese Hilfe leisten ist sehr unterschiedlich. Es könnte auch sein, dass sich durch die Operation Angehörige abwenden, da sie mit der Belastung nicht zurechtkommen.

Auf der einen Seite gibt es also die Hypothese, dass die Betroffenen nach einer Wunsch-OP zufriedener in vielen Lebensbereichen sind, da sie in Übereinstimmung mit ihrem Körper sind und weniger grübeln und so auch weniger depressiv sind.

Auf der anderen Seite kann es aber auch sein, dass die Betroffenen unzufriedener wären, da durch die motorische Behinderung ein großer Zeit- und Geldaufwand und auch große körperliche Einschränkungen, beispielsweise in der Freizeitgestaltung, entstehen.

Aus diesen Gründen werden meine Hypothesen wie folgt aufgestellt sein:

4.1.1 Hypothesen zum Prae-Post Vergleich der BIID-Gruppe

Die Hypothesen 1-4 werden in zwei unterschiedliche Richtungen getestet, da es für beide Richtungen eine plausible Erklärung gibt. Die a-Hypothesen werden damit begründet, dass die Betroffenen nach einer OP körperlich stark beeinträchtigt sind und den Alltag nur noch schwer bewältigen können. Sie können beispielsweise nicht mehr zu Fuß gehen und brauchen behindertengerechte Zugänge oder sie können ihren Sport nicht mehr ausführen. Hinzu kommt der erhöhte Zeitaufwand. Die sozialen Kontakte könnten insofern darunter leiden, dass die Betroffenen aufgrund der Behinderung nicht mehr bei allen Aktivitäten mitmachen können und eher zuhause bleiben, weil es eventuell zu viel Aufwand für sie wäre, zu der Verabredung zu kommen.

Für die jeweiligen b-Hypothesen spricht, dass durch die OP der Leidensdruck erheblich gesenkt wird. Die Betroffenen sind in Übereinstimmung mit ihrem Körper. Dadurch, dass sie ihren Wunsch erfüllt haben, denken sie weniger über BIID nach und können sich mehr mit anderen Dingen beschäftigen, beispielsweise mit ihren Freunden, neuen Hobbys oder ihrer Familie. Diese Hypothesen werden durch die Studie von Noll & Kasten (2014) bestärkt.

1. Hypothese

H0: Der Beruf würde nach der OP genauso ausgeführt werden wie vor der OP.

H1a: Der Beruf würde nach der OP schlechter ausgeführt werden als vor der OP.

H1b: Der Beruf würde nach der OP besser ausgeführt werden als vor der OP.

2. Hypothese

H0: Das Sexualleben & die Partnerschaft wären genauso wie vor der OP.

H2a: Das Sexualleben & die Partnerschaft wären schlechter als vor der OP.

H2b: Das Sexualleben & die Partnerschaft wären besser als vor der OP.

3. Hypothese

H0: Die sozialen Kontakte wären genauso wie vor der OP

H3a: Die sozialen Kontakte wären schlechter als vor der OP.

H3b: Die sozialen Kontakte wären besser als vor der OP.

4. Hypothese

H0: Die Freizeitgestaltung wäre genauso wie vor der OP.

H4a: Die Freizeitgestaltung wäre schlechter als vor der OP.

H4b: Die Freizeitgestaltung wäre besser als vor der OP.

4.1.2 Hypothesen zum Vergleich der BIID- und Kontrollgruppe

5. Hypothese

H0: Der Beruf, das Sexualleben & die Partnerschaft, die sozialen Kontakte und die Freizeitgestaltung sind vor der OP genauso wie in der Kontrollgruppe.

H5: Der Beruf, das Sexualleben & die Partnerschaft, die sozialen Kontakte und die Freizeitgestaltung sind vor der OP schlechter als bei der Kontrollgruppe.

Diese Hypothese wird aufgestellt, um zu zeigen, dass es den BIID-Betroffenen wirklich schlechter geht als der Normalbevölkerung, da sie einen hohen Leidensdruck durch die ständige Beschäftigung mit BIID haben und unglücklich mit ihrem Leben sind.

6. Hypothese

H0: Der Beruf, das Sexualleben & die Partnerschaft, die sozialen Kontakte und die Freizeitgestaltung sind nach der OP genauso wie in der Kontrollgruppe.

H6a: Der Beruf, das Sexualleben & die Partnerschaft, die sozialen Kontakte und die Freizeitgestaltung sind nach der OP schlechter als bei der Kontrollgruppe.

H6b: Der Beruf, das Sexualleben & die Partnerschaft, die sozialen Kontakte und die Freizeitgestaltung sind nach der OP besser als bei der Kontrollgruppe.

Hypothese H6a soll zeigen, dass durch die motorische Behinderung Einschränkungen in der Freizeitgestaltung und auch in einigen Berufen möglich sind. Zudem könnten sich Freunde oder Bekannte abwenden, die kein Verständnis für die Krankheit haben. Der Partner könnte eventuell Ekel vor dem amputierten Gliedmaß empfinden oder würde mit dem alltäglichen Aufwand nicht zurecht kommen.

Andererseits könnte es auch eine Verbesserung in den Bereichen geben, wie Hypothese H6b postuliert. Betroffene wären nicht mehr depressiv, da der sehnliche Wunsch erfüllt wurde. Dies bestätigt auch die Studie von Noll et al. (2014). Dadurch, dass die operierten Personen nach dem Eingriff nicht mehr über BIID grübeln müssten, könnten sie sich besser konzentrieren. Dies würde nicht nur die Arbeit positiv beeinflussen, sondern die Betroffenen könnten sich eventuell besser auf ihre Freunde, Bekannte und auch auf den Partner/in einlassen.

4.2 Untersuchungsinstrument

Um herauszufinden, ob eine OP eine Alternative zur Therapie darstellt, wurde ein Fragebogen entwickelt, der BIID-Betroffene als Experimentalgruppe und eine Kontrollgruppe in den Bereichen Beruf, Freizeit, Sexualleben & Partnerschaft und soziale Kontakte befragte.

Es sollen die Mittelwerte der angekreuzten Antworten vor und nach der OP innerhalb der BIID-Gruppe verglichen werden und die Mittelwerte der Kontrollgruppe und der BIID-Gruppe.

Ziel des Fragebogens sollte sein, anhand der Meinung von BIID-Betroffenen zu erfahren, wie sie sich ihr Leben nach einer OP vorstellen. Ob eine OP Verbesserungen oder Verschlechterungen in den Bereichen Beruf, Freizeit, Sexualität & Partnerschaft und soziale Kontakte mit sich bringt. Die Werte der Betroffenen sollten mit Werten von Menschen verglichen werden, die nicht an BIID leiden und die sich auch ein Leben nach einer OP vorstellen sollten.

Mithilfe der Brain-Storming-Methode und anhand schon erforschter Erkenntnisse wurden Fragen erstellt, die in den davor erstellten Fragebögen so noch nicht gestellt wurden. Vor allem zu den wenig erforschten Bereichen Beruf, Sexualität & Partnerschaft, Freizeit und soziale Kontakte. Jede gestellte Frage wurde für den Status vor der OP und für den Status nach der OP formuliert. Ein Beispiel hierfür wäre: *Wie gerne sind Sie unter Menschen? Wie gerne wären Sie unter Menschen nach einer OP?*

Der Fragebogen hatte einen einleitenden Text, indem gesagt wurde, dass die Daten allein für Forschungszwecke verwendet werden und diese anonym sind. Danach wurde kurz erklärt, worum es bei der Befragung geht und was es für Antwortmöglichkeiten bei den einzelnen Fragen gibt. Dann folgte eine Beispielfrage.

Im Anschluss folgten allgemeine Fragen zu Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Beruf, sexueller Orientierung und zum familiären Status. Im Fragebogen der BIID-Gruppe folgte dann die Frage, ob die Betroffenen pretenden und ob sie bereits eine OP hinter sich haben. Im Fragebogen der Kontrollgruppe wurde die letzte Frage durch die Frage, ob sie an BIID leiden, ersetzt. Ansonsten

waren die Fragen in der Experimental- und in der Kontrollgruppe gleich. Die Antworten konnten in diesem ersten Abschnitt schriftlich in Felder eingetragen werden.

Danach folgte der erste Teil, der sich ausschließlich mit dem Thema *Beruf* beschäftigte. Die Antwort konnte auf einer elfstufigen Skala gesetzt werden. Diese reichte von 0 *sehr schlecht* bis zu 100 *sehr gut*. Eine Frage hatte eine offene Antwortmöglichkeit.

Hier wurden Fragen gestellt, wie beispielsweise *Wie schätzen Sie ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit ein? Wie würden Sie sie nach einer OP einschätzen?* oder *Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Konzentrationsfähigkeit ein? Wie würden Sie sie nach einer OP einschätzen?* Durch das jeweilige Fragen zum Zustand vor und nach der OP sollte ein Vergleich zu machen sein zwischen den vier Rubriken vor einer OP und danach.

Der nächste Teil beschäftigte sich mit dem Thema *Freizeit*. Beispielsweise lauteten die Fragen *Wie gut können Sie derzeit Sport betreiben? Wie gut könnten Sie nach einer OP Sport betreiben?* oder *Wie gut könnten Sie nach einer OP ihren Hobbys nachgehen?* Die Frage, ob die Befragten Hobbys haben und wenn ja, welche und ob sie Sport treiben, konnte offen beantwortet werden. Die restlichen Fragen hatten als Antwortmöglichkeit die oben genannte elfstufige Skala.

Die dritte Rubrik umfasste die Themen *Partnerschaft & Sexualleben*. Die befragte Person sollte ankreuzen, ob sie in einer Partnerschaft ist oder nicht. Die restlichen Fragen, wie beispielsweise *Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben? Wie zufrieden wären Sie mit Ihrem Sexualleben nach einer OP? Wie glücklich sind Sie zur Zeit in Ihrer Partnerschaft? Wie glücklich wären Sie in ihrer Partnerschaft nach der OP?* konnten wieder mit der elfstufigen Skala beantwortet werden.

Die letzte Rubrik beschrieb das Thema *Soziale Kontakte*. Hier gab es bei allen Fragen nur die Skalen-Antwortmöglichkeit. Die Fragen handelten z.B. darüber, wie die Probanden die Beziehungen zu ihren Freunden und Bekannten vor und nach einer OP beschreiben würden oder wie gerne sie vor und nach einer OP unter Menschen wären.

Der Fragebogen dauerte insgesamt ca. 10-15 Minuten.

4.3 Ablauf der Datenerhebung

Nach der Fertigstellung des Fragebogens wurde dieser an mehrere Personen, unter anderem auch an einen BIID-Betroffenen versandt. Dieser Pretest sollte dazu dienen, Fehler oder Ungereimtheiten aufzuzeigen. Die Ergebnisse des Pretests zeigten, dass manche Fragen nicht verständlich formuliert waren und die Extreme der Antwort-Skala unklar waren. Diese Mängel wurden ausgebessert, wodurch beim nächsten Pretest keine Verwirrung mehr bei den Befragten auftauchte und der Fragebogen als sehr verständlich und klar bezeichnet wurde.

Im Zeitraum vom 1.12.2015-19.12.2015 wurden die Daten der BIID-Gruppe erhoben. Der Zeitraum der Erhebung der Kontrollgruppe war vom 16.12.2015-13.01.2016. Der Fragebogen wurde mit dem Computerprogramm Soscisurvey entwickelt und auch durchgeführt. Vorteile dadurch waren, dass die Bögen schnell an die Versuchspersonen weitergegeben werden konnten. Zusätzlich können durch Online-Befragungen Versuchsleitereinflüsse stark reduziert werden. Die Auswertung ist einfacher und die Personen, die den Fragebogen ausfüllen, können sich Zeit nehmen und sind nicht auf spezielle Termine und zeitliche Beschränkungen angewiesen (Djerkovic, 2009).

Der Link zum Fragebogen für die BIID-Gruppe wurde über den Erstgutachter dieser Arbeit an die Personen per Mail weitergeleitet, da die meisten Betroffenen keinen Kontakt zur Verfasserin wollten. Der Link zum Fragebogen der Kontrollgruppe wurde von der Verfasserin persönlich an die Befragten geschickt. Die Personen der Kontrollgruppe wurden aus dem Freundes-, Familien- und Bekanntenkreis der Verfasserin rekrutiert.

4.4 Stichprobe

Angeklickt wurde der Fragebogen der Experimentalgruppe 114 Mal. Hierzu zählen auch Aufrufe durch Suchmaschinen oder versehentliche doppelte Klicks. Durchgeführt hatten ihn 71 Probanden, wovon aber nur 52 den Fragebogen abgeschlossen hatten. Hiervon wurden nochmals 7 Stück entfernt, die den Fragebogen doppelt ausgefüllt hatten oder wichtige

Informationen fehlten. Letztendlich bestand die Gruppe aus 45 Probanden. Keiner der Probanden war bereits operiert. In der Experimentalgruppe füllten 36 Männer und 9 Frauen den Fragebogen aus. Das Durchschnittsalter lag bei 46 Jahren. Der jüngste Proband war 21 Jahre und der Ältteste 79 Jahre alt. 33 Probanden (73,3%) waren heterosexuell, 8 (17,8%) homosexuell und 4 (8,9%) waren bisexuell. 35 Probanden (77,8%) gaben an, Abitur bzw. eine Fachhochschulreife zu haben. 8 (17,8%) hatten einen Realschulabschluss und 2 (4,4%) einen Hauptschulabschluss. 14 (31,1%) Betroffene befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer Ehe, 25 (55,6%) gaben an, ledig zu sein und 6 (13,3%) waren geschieden. 28 (84,4%) Personen pretendeten und 7 (15,6%) pretendeten nicht.

Der Fragebogen der Kontrollgruppe wurde 91 Mal angeklickt. 65 Probanden füllten den Fragebogen aus, wovon 58 ihn bis zum Ende ausfüllten. Es wurde eine gleichgroße Kontrollgruppe herangezogen und statistische Zwillinge gebildet, die in Bezug auf Alter, Geschlecht und wenn möglich auf sexuelle Orientierung parallelisiert wurden. Wie in der Experimentalgruppe beschrieben, gab es also auch hier 36 Männer und 9 Frauen und auch der Altersdurchschnitt blieb wie in der anderen Gruppe bei 46 Jahren. 39 (86,7%) Probanden gaben an, heterosexuell zu sein, 6 (13,3%) waren homosexuell und keiner bisexuell. 26 (57,8%) Personen hatten mindestens einen Fachhochschulabschluss oder das Abitur, 11 (24,4%) Probanden schlossen die Schule mit einem Realschulabschluss ab und 8 (17,8%) mit einem Hauptschulabschluss. 32 (71,1%) waren verheiratet oder lebten in einer eheähnlichen Gemeinschaft, 11 (24,4%) waren ledig, 1 (2,2%) war geschieden und 1 (2,2%) verwitwet.

4.5 Statistik

Die statistische Analyse wurde mithilfe der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 21 ausgeführt, bei der die Antworten zu davor festgelegten numerischen Werten zugeordnet wurden. Die Antwortskala, die von 0-100 reichte, wurde in die Werte 1-11 umgewandelt. Je höher die Punktzahl, umso positiver die Einstellung zu der jeweiligen Frage.

Es wurden deskriptive Analysen zur Häufigkeit erstellt und verschiedene Signifikanzprüfungen durchgeführt. Für die vier Skalen Arbeit, Partnerschaft & Sexualität, soziale Kontakte und Freizeit wurden in der Experimental- und in der Kontrollgruppe jeweils für die Fragen vor einer OP und für die Fragen nach einer OP Chronbach's Alpha berechnet, um die interne Konsistenz der Skalen herauszufinden und dann Mittelwertvergleiche für die Werte vor der OP und nach der OP durchzuführen. Da Chronbach's Alpha aber manchmal die Höhe der Zusammenhänge überschätzt und um noch genauer auf einzelne Fragestellungen einzugehen, wurden für jede der vier Rubriken Items aus dem Fragebogen entnommen und einzeln t-Tests berechnet. Für die Hypothesen 1-4 wurden t-Tests für abhängige Stichproben für die vier Skalen bei der Experimentalgruppe vor und nach einer OP durchgeführt. Um zu prüfen, ob der Test wirklich verwendet werden darf, wurden bivariate Korrelationen zwischen den Variablenpaaren vor und nach der OP berechnet. Alle Korrelationen hatten einen positiven Zusammenhang, was die Voraussetzung für den Test war, da negative Korrelationen die Teststärke reduzieren würden. Für die Hypothesen 5 und 6 wurde der t-Test für unabhängige Stichproben für die vier Skalen bei Experimental- und Kontrollgruppe verwendet. Die Varianzhomogenität konnte bewiesen werden. Auch hier waren die Werte nicht normalverteilt, was aber nicht problematisch war, da dieser Test bei Stichproben > 30 robust ist. Personen, die ein zu berechnendes Item nicht ausgefüllt hatten, wurden nicht in die Berechnungen mit einbezogen. Da das Rechenprogramm SPSS zweiseitig testet und alle Hypothesen in dieser Arbeit einseitig formuliert worden sind, wurden die p-Werte für die Interpretation der Ergebnisse halbiert.

5 Ergebnisse

5.1 Erste Hypothese

H0: Der Beruf würde nach der OP genauso ausgeführt werden wie vor der OP.

H1a: Der Beruf würde nach der OP schlechter ausgeführt werden als vor der OP.

H1b: Der Beruf würde nach der OP besser ausgeführt werden als vor der OP.

Um einen Mittelwertvergleich durchführen zu können, wurde für die Skalen *Beruf vor der OP* und *Beruf nach der OP* die interne Konsistenz berechnet. Bei der Skala *Beruf vor der OP* betrug diese .91 (Chronbachs α). Für die Skala *Beruf nach der OP* betrug die interne Konsistenz (Chronbachs α) .92 (Tab. 1). Da $\alpha > 0,08$ konnte der Vergleich durchgeführt werden. Es konnte ein höchst signifikanter Unterschied zwischen *Beruf vor der OP* und *Beruf nach der OP* herausgefunden werden ($M_{\text{Beruf vor OP}} = 7,54 \pm 2,24$, $M_{\text{Beruf nach OP}} = 9,38 \pm 1,54$, $p < 0,01$) (Tab. 2).

Zur Überprüfung der Hypothesen in der Experimentalgruppe wurden vier Items herangezogen. Die *Arbeitsfähigkeit*, die *Arbeitszufriedenheit*, die *Konzentrationsfähigkeit* und die *Möglichkeit, den Beruf auszuführen*. Verglichen wurden die Mittelwerte der Items vor der OP und die Mittelwerte der Items nach der OP. Bei den Items zur *Arbeitsfähigkeit*, ($M_{\text{vorOP}} = 8,09 \pm 2,53$, $M_{\text{nachOP}} = 9,3 \pm 1,62$, $p < 0,01$), zur *Arbeitszufriedenheit* ($M_{\text{vorOP}} = 7,33 \pm 2,73$, $M_{\text{nach OP}} = 9,24 \pm 2,07$, $p < 0,01$) sowie zur *Konzentrationsfähigkeit* ($M_{\text{vorOP}} = 6,91 \pm 2,51$, $M_{\text{nachOP}} = 9,80 \pm 1,27$, $p < 0,01$) als auch zu den *Möglichkeiten, den Beruf auszuführen* ($M_{\text{vorOP}} = 8,5 \pm 2,17$, $M_{\text{nachOP}} = 9,41 \pm 1,97$, $p < 0,05$), konnte ein signifikanter bis hoch signifikanter Unterschied errechnet werden. Die Mittelwerte *nach einer OP* waren bei allen Ergebnissen höher. Somit kann die Alternativhypothese H1b angenommen werden. Die genauen Werte können in Tab. 4 und 5 im Anhang A nachgelesen werden.

5.2 Zweite Hypothese

H0: Das Sexualleben & die Partnerschaft wären genauso wie vor der OP.

H2a: Das Sexualleben & die Partnerschaft wären schlechter als vor der OP.

H2b: Das Sexualleben & die Partnerschaft wären besser als vor der OP.

Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sich 25 (55,6%) Probanden der Experimentalgruppe in einer Partnerschaft. Auch hier wurden die Mittelwerte der Items vor der OP mit den Mittelwerten der Items nach der OP verglichen. Hierfür wurden für die Skala *Sexualleben & Partnerschaft vor der OP* und für die Skala *Sexualleben & Partnerschaft nach der OP* die interne Konsistenz mithilfe von Chronbachs α berechnet. Da diese .93 und .90 betragen, konnte ein Mittelwertvergleich herangezogen werden (Tab. 1). Dieser war signifikant ($M_{\text{Sex.+Part. vor OP}} = 6,79 \pm 2,90$, $M_{\text{Sex.+Part. nach OP}} = 7,68 \pm 2,41$, $p < 0,05$) (Tab. 2).

Zum Vergleich der Partnerschaft wurden zwei Items untersucht. Zum einen *wie stark sich die Person auf ihren Partner einlassen kann* ($M_{\text{vorOP}} = 7,82 \pm 2,91$, $M_{\text{nachOP}} = 9,03 \pm 2,78$) und zum anderen *das Glücksempfinden in der Partnerschaft* ($M_{\text{vorOP}} = 8,0 \pm 3,12$, $M_{\text{nachOP}} = 8,53 \pm 3,37$). Das Sexualleben wurde über die *Zufriedenheit mit dem Sexualleben* abgefragt ($M_{\text{vorOP}} = 6,85 \pm 2,94$, $M_{\text{nachOP}} = 8,66 \pm 2,59$). Für die *Zufriedenheit mit dem Sexualleben* und *wie stark sich die Person auf ihren Partner einlassen kann* konnten höchst signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwerten *vor der OP* und den Mittelwerten *nach der OP* errechnet werden ($p < 0,01$). Für das *Glücksempfinden* konnte ein signifikanter Unterschied herausgefunden werden ($p < 0,05$). Die Mittelwerte *nach der OP* waren bei allen T-Tests größer. Somit kann die Alternativhypothese H2b angenommen werden. Alle genauen Werte können in den Tabellen 8 und 9 im Anhang A nachgelesen werden.

5.3 Dritte Hypothese

H0: Die sozialen Kontakte wären genauso wie vor der OP

H3a: Die sozialen Kontakte wären schlechter als vor der OP.

H3b: Die sozialen Kontakte wären besser als vor der OP.

Die Mittelwerte, die verglichen wurden, waren auch hier wieder die der Experimentalgruppe vor einer OP und nach einer OP. Die Skalen *soziale Kontakte vor der OP* und *soziale Kontakte nach der OP* wurden auf interne Konsistenz geprüft. Diese (Chronbachs α) betrug .90 und .91 (Tab. 1). Der T-Test für die beiden Skalen ergab ein hoch signifikantes Ergebnis ($M_{\text{Soz.Kont. vor OP}} = 8,31 \pm 1,48$, $M_{\text{Soz.Kont. nach OP}} = 8,88 \pm 1,61$, $p < 0,01$) (Tab. 2).

Das erste Item, was einzeln berechnet wurde, war *Beziehungen zu Freunden und Bekannten*. Es konnte ein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden ($M_{\text{vorOP}} = 8,8 \pm 2,10$, $M_{\text{nachOP}} = 9,15 \pm 1,89$, $p < 0,05$).

Bei der *sozialen Kompetenz* ($M_{\text{vorOP}} = 8,95 \pm 1,81$, $M_{\text{nachOP}} = 9,30 \pm 1,87$), bei der Frage, wie *kommunikativ sich die Probanden einschätzen* ($M_{\text{vorOP}} = 8,02 \pm 2,40$, $M_{\text{nachOP}} = 8,58 \pm 2,27$), bei dem Item *Einsamkeit* ($M_{\text{vorOP}} = 7,47 \pm 3,14$, $M_{\text{nachOP}} = 8,26 \pm 2,95$) und dem *Spaßfaktor*, den die Probanden mit ihren Freunden haben ($M_{\text{vorOP}} = 8,19 \pm 2,00$, $M_{\text{nachOP}} = 8,88 \pm 2,18$), konnten höchst signifikante Unterschiede erzielt werden ($p < 0,01$). Für die Items *Wie gerne Sind sie unter Menschen? Wie gerne wären Sie unter Menschen nach einer OP?* ($M_{\text{vorOP}} = 8,0 \pm 2,14$, $M_{\text{nachOP}} = 8,77 \pm 2,20$, $p < 0,01$) und auch für die Frage, wie gut sich die Probanden auf ihre *Freunde und Bekannte einlassen* können ($M_{\text{vorOP}} = 8,21 \pm 2,02$, $M_{\text{nachOP}} = 9,40 \pm 1,62$, $p < 0,01$) konnten hoch signifikante Unterschiede nachgewiesen werden. Bei dem Item *Akzeptanz im Freundeskreis* ($M_{\text{vorOP}} = 9,07 \pm 1,99$, $M_{\text{nachOP}} = 9,05 \pm 2,18$) konnte kein signifikanter Unterschied herausgefunden werden. Bei allen signifikanten Ergebnissen waren die Mittelwerte der Fragen nach der OP höher. Somit kann die Alternativhypothese H3b angenommen werden. Alle genauen Werte können in Tab. 10 und 11 im Anhang A nachgelesen werden.

5.4 Vierte Hypothese

H0: Die Freizeitgestaltung wäre genauso wie vor der OP.

H4a: Die Freizeitgestaltung wäre schlechter als vor der OP.

H4b: Die Freizeitgestaltung wäre besser als vor der OP.

Die Skalen *Freizeit vor der OP* und *Freizeit nach der OP* wurden auf interne Konsistenz untersucht. Die Untersuchung mit Chronbach's α ergab eine

interne Konsistenz von .76 für die Skala *Freizeit vor der OP*, welche knapp unter der .8 lag, ab der interne Konsistenz angenommen wird (Tab. 1). Für die Skala *Freizeit nach der OP* konnte eine interne Konsistenz von .90 ermittelt werden. Die interne Konsistenz der Skala *Freizeit vor der OP* war gering, deshalb wurden keine Mittelwertvergleiche der Skalen durchgeführt.

Für die Hypothesen zur Freizeitgestaltung wurden Items zu *Möglichkeiten der Freizeitgestaltung*, *Reisen* und *Sport* getestet. Verglichen wurden die Mittelwerte der Items der Experimentalgruppe vor und nach der OP. Der t-Test für die Variablen *Möglichkeiten der Freizeitgestaltung* ergab keinen signifikanten Unterschied ($M_{\text{vorOP}} = 8,82 \pm 2,17$, $M_{\text{nachOP}} = 8,77 \pm 2,21$). Das Reisen wurde mit den Fragen nach den *körperlichen Möglichkeiten zu verreisen* ($M_{\text{vorOP}} = 10,27 \pm 1,01$, $M_{\text{nachOP}} = 9,38 \pm 1,95$) und *wie gerne der Proband verreisen würde* getestet ($M_{\text{vorOP}} = 9,2 \pm 2,45$, $M_{\text{nachOP}} = 9,27 \pm 2,44$). Bei den Fragen zur *körperlichen Möglichkeit* gab es einen höchst signifikanten Unterschied ($p < 0,01$). Der Mittelwert vor der OP war größer. Bei dem Item, *wie gerne der Proband verreisen würde*, konnte kein signifikanter Unterschied ermittelt werden. Genauso war es bei den Fragen, ob die Probanden vor und nach einer OP *Sport betreiben* können ($M_{\text{vorOP}} = 8,63 \pm 2,27$, $M_{\text{nachOP}} = 8,28 \pm 2,40$). Nur eine Variable spricht für H4a und keine für H4b, deshalb wird die H0 weiter angenommen. Alle Werte können in Tab. 6 und 7 im Anhang A nachgelesen werden.

Tab. 1 *Chronbach's Alpha für die Skalen Arbeit, Freizeit, Sexualität und Partnerschaft, Soziale Kontakte vor und nach einer OP*

Skalen	Chronbach's Alpha	Anzahl der Items
Beruf vor OP	,914	4
Beruf nach OP	,918	4
Freizeit vor OP	,764	4
Freizeit nach OP	,898	6
Sexualleben & Partnerschaft vor OP	,925	4
Sexualleben & Partnerschaft nach OP	,895	7
Soziale Kontakte vor OP	,898	8
Soziale Kontakte nach OP	,907	8

Tab. 2 *T-Test bei abhängigen Stichproben für die Skalen Beruf, Soziale Kontakte und Sexualleben & Partnerschaft vor und nach der OP*

Paare	Korr.	Sig.	T	df	Sig (2-seitig)
Arbeit vor OP & Arbeit nach OP	,101	,524	-4,617	41	,000**
Sex. & Part. vor OP & Sex. & Part. nach OP	,593	,000	-2,381	41	,022**
Soz.Kontakte vor OP & Soz. Kontakte nach OP	,825	,000	-4,073	41	,000**

5.5 Fünfte Hypothese

H0: Der Beruf, das Sexualleben & die Partnerschaft, die sozialen Kontakte und die Freizeitgestaltung sind vor der OP genauso wie in der Kontrollgruppe.

H5: Der Beruf, das Sexualleben & die Partnerschaft, die sozialen Kontakte und die Freizeitgestaltung sind vor der OP schlechter als bei der Kontrollgruppe.

Da in den Hypothesen 1-4 die interne Konsistenz der Skalen berechnet wurde, konnten die Mittelwertvergleiche zwischen *Experimental- und Kontrollgruppe* für alle Skalen außer *Freizeit vor der OP* berechnet werden (Tab. 1).

Es konnte ein hoch signifikanter Unterschied zwischen der *Experimental- und Kontrollgruppe* bei der Skala *Arbeit vor der OP* ($M_{\text{Exp.vorOP}} = 7,54 \pm 2,24$, $M_{\text{Kontroll.vorOP}} = 8,93 \pm 2,40$, $p < 0,01$) festgestellt werden (Tab. 3).

Für die fünfte Hypothese wurden genau die gleichen Items für die t-Tests benutzt wie in den Hypothesen eins bis vier. Der einzige Unterschied war, dass nun die Mittelwerte der *Experimentalgruppe vor der OP* mit den Werten der *Kontrollgruppe vor der OP* verglichen wurden. Die Items zum Thema Arbeit waren *Arbeitsfähigkeit* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 8,07 \pm 2,51$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 9,42 \pm 2,43$), *Arbeitszufriedenheit* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 7,33 \pm 2,73$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 8,13 \pm 2,62$) und wie gut die Probanden *ihren Beruf ausführen können* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 8,50 \pm 2,17$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 9,31 \pm 3,03$). Für den Zustand vor der OP gab es bei der *Arbeitsfähigkeit* einen hoch signifikanten Unterschied ($p < 0,01$). Die Mittelwerte der Kontrollgruppe waren höher. Die Alternativhypothese H5 wird für die Rubrik Beruf angenommen. Alle genauen Werte können in Tab. 12 und 13 im Anhang A nachgelesen werden.

Der Mittelwertvergleich der Skala *Sexualleben und Partnerschaft vor der OP* bei *Experimental- und Kontrollgruppe* ergab einen hoch signifikanten Unterschied ($M_{\text{Exp.vorOP}} = 6,79 \pm 2,90$, $M_{\text{KontollvorOP}} = 8,21 \pm 2,64$, $p < 0,01$) was in Tab. 3 zu sehen ist.

Im Bereich Partnerschaft konnten keine signifikanten Unterschiede bei dem Item *Glücksempfinden* in der Partnerschaft ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 8,00 \pm 3,12$, $M_{\text{Kontroll.}}$

vorOP = $8,69 \pm 2,60$) und bei dem Item *sich auf den Partner einlassen können* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 7,72 \pm 2,94$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 8,42 \pm 3,08$) gefunden werden. Bei der Frage, wie die Probanden ihr *derzeitiges Sexualleben empfinden*, konnte ein hoch signifikanter Unterschied festgestellt werden ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 6,32 \pm 2,84$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 7,82 \pm 3,00$, $p < 0,01$) und ein signifikanter Unterschied bei der *Zufriedenheit mit dem Sexualleben* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 6,71 \pm 3,04$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 7,91 \pm 2,75$, $p < 0,05$). Der Mittelwert der Kontrollgruppe war immer höher. Da die Mittelwerte für die Rubrik Sexualität einen signifikanten Unterschied ergaben und bei den Items zur Partnerschaft eine ähnliche Tendenz festzustellen ist, wird die Alternativhypothese H5 angenommen. Die genauen Werte können in Tab. 16 und 17 im Anhang A nachgelesen werden.

Für die Skala *soziale Kontakte vor der OP* konnte ein hoch signifikanter Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe festgestellt werden, ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 8,30 \pm 1,48$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 9,20 \pm 1,83$, $p < 0,01$) was in Tab. 3 zu sehen ist.

Im Bereich Soziale Kontakte wurden die Items *Beziehung zu Freunden und Bekannten* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 8,8 \pm 2,11$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 9,40 \pm 2,11$), *Akzeptanz der Person im Freundeskreis* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 9,07 \pm 1,99$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 9,53 \pm 1,98$) und die *soziale Kompetenz* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 8,95 \pm 1,81$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 9,09 \pm 1,67$) getestet. Hierbei konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden werden. Die Items mit einem signifikanten bis hoch signifikanten Unterschied der Mittelwerte waren die *Einsamkeit der Probanden* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 7,47 \pm 3,14$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 9,40 \pm 2,35$, $p < 0,01$), der *Spaßfaktor mit Freunden* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 8,19 \pm 2,00$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 9,42 \pm 2,04$, $p < 0,01$), wie gut sich die Probanden auf *Freunde und Bekannte einlassen können* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 8,21 \pm 2,02$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 9,04 \pm 1,77$, $p < 0,05$), wie *gerne sie unter Menschen sind* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 8,00 \pm 2,14$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 8,96 \pm 2,07$, $p < 0,05$) und wie *kommunikativ* sich die Person einschätzt ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 8,02 \pm 2,40$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 8,89 \pm 2,20$, $p < 0,05$). Die Mittelwerte der Kontrollgruppe waren bei allen signifikanten Unterschieden höher. Einige Itemanalysen wiesen einen signifikanten Unterschied auf und auch nicht signifikante Analysen zeigten eine Tendenz in die gleiche Richtung. Aus diesem Grund wird die

Alternativhypothese H5 angenommen. Die genauen Werte können in Tab. 18 und 19 im Anhang A nachgelesen werden.

Das Thema Freizeit umfasste die Items *Möglichkeiten der Freizeitgestaltung* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 8,82 \pm 2,17$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 8,87 \pm 2,78$), *körperliche Möglichkeiten zu verreisen* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 10,27 \pm 1,01$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 9,78 \pm 2,43$), *wie gerne die Probanden verreisen* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 9,2 \pm 2,45$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 9,16 \pm 2,70$) und *wie gut sie Sport betreiben* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 8,48 \pm 2,45$, $M_{\text{Kontroll. vorOP}} = 8,91 \pm 2,72$). Bei keinem Aspekt wurde ein signifikanter Unterschied gefunden, weshalb weiterhin die Nullhypothese H0 angenommen wird. Alle genauen Werte können in Tab 14 und 15 im Anhang A nachgelesen werden.

5.6 Sechste Hypothese

H0: Der Beruf, das Sexualleben & die Partnerschaft, die sozialen Kontakte und die Freizeitgestaltung sind nach einer OP genauso wie in der Kontrollgruppe.

H6a: Der Beruf, das Sexualleben & die Partnerschaft, die sozialen Kontakte und die Freizeitgestaltung sind nach einer OP schlechter als bei der Kontrollgruppe.

H6b: Der Beruf, das Sexualleben & die Partnerschaft, die sozialen Kontakte und die Freizeitgestaltung sind nach einer OP besser als bei der Kontrollgruppe.

Für die sechste Hypothese wurden T-Tests für die Rubriken Beruf, Partnerschaft & Sexualleben, Freizeitgestaltung und soziale Kontakte bei Experimentalgruppe und Kontrollgruppe nach der OP berechnet.

Für die Skala *Beruf nach OP* konnte ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden ($M_{\text{Exp.nachOP}} = 9,38 \pm 1,54$, $M_{\text{Kontroll.nachOP}} = 6,20 \pm 2,75$, $p < 0,01$) was in Tab. 3 zu sehen ist.

In der Rubrik Beruf konnten hoch signifikante Unterschiede bei den Items der *Arbeitsfähigkeit* ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 9,30 \pm 1,62$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 6,09 \pm 3,20$, $p < 0,01$) und der *Arbeitszufriedenheit* ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 9,24 \pm 2,07$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 5,58 \pm 3,14$, $p < 0,01$) zwischen den Gruppen nachgewiesen werden. Auch bei

dem Item, wie gut die Probanden nach einer OP ihren *Beruf ausführen* könnten, gab es einen höchst signifikanten Unterschied ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 9,29 \pm 2,11$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 5,87 \pm 3,51$, $p < 0,01$). Alle Mittelwerte waren in der Experimentalgruppe höher. Die Alternativhypothese H6b wird für die Rubrik Beruf angenommen. Die genauen Werte können in Tab. 13 und 14 im Anhang A nachgelesen werden.

Für die Skala *Sexualleben & Partnerschaft nach der OP* konnte ein hoch signifikanter Unterschied zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe festgestellt werden, ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 7,68 \pm 2,41$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 6,29 \pm 2,67$, $p < 0,01$) was in Tab. 3 zu sehen ist.

Bei dem Item der *sexuellen Zufriedenheit* ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 8,51 \pm 2,67$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 5,18 \pm 3,09$, $p < 0,01$) nach einer OP und bei dem Item *wie gut die sexuelle Betätigung nach der OP möglich wäre* ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 8,81 \pm 2,75$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 5,32 \pm 2,75$, $p < 0,01$) konnte ein hoch signifikanter Unterschied festgestellt werden. Auch bei dem Item *Wie gut würde Ihr/e Partner/in auf eine OP reagieren* ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 5,48 \pm 3,36$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 7,02 \pm 2,90$, $p < 0,01$) und bei der Frage, wie stark sich die Probanden auf ihren *Partner einlassen* könnten ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 9,03 \pm 2,78$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 7,44 \pm 2,97$, $p < 0,01$), konnte ein hoch signifikanter Unterschied errechnet werden. Keine signifikanten Unterschiede konnten bei dem *Glücksempfinden in der Partnerschaft* ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 8,51 \pm 3,32$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 7,36 \pm 3,18$) und bei dem Item *Wie würde Ihr/e Partner/in auf die Veränderung des Körpers nach einer OP reagieren* ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 6,16 \pm 3,43$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 7,02 \pm 2,95$) herausgefunden werden. Bei allen signifikanten Unterschieden waren die Mittelwerte der Experimentalgruppe höher. Da die Mehrheit der nicht signifikanten Unterschiede eine Tendenz in die gleiche Richtung wie die signifikanten Unterschiede hat, wird die Alternativhypothese H6b für die Rubrik Partnerschaft und Sexualität angenommen. Die genauen Werte können in Tab. 16 und 17 im Anhang A nachgelesen werden.

Der Vergleich der Experimental- und Kontrollgruppe auf der Skala *Soziale Kontakte nach der OP* erbrachte einen hoch signifikanten Unterschied ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 8,88 \pm 1,61$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 7,62 \pm 1,83$, $p < 0,01$) (Tab. 3).

Aus dem Themenkomplex soziale Kontakte wurden hoch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen beim *Spaßfaktor*, den die Personen mit ihren Freunden hätten ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 8,88 \pm 2,18$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 7,04 \pm 2,51$, $p < 0,01$) und bei der *sozialen Kompetenz* ($M_{\text{Exp. vorOP}} = 9,30 \pm 1,87$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 7,58 \pm 2,04$, $p < 0,01$) festgestellt. Des Weiteren bei der Frage, wie gerne die Probanden *unter Menschen* wären ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 8,77 \pm 2,20$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 7,22 \pm 2,30$, $p < 0,01$) und wie gut sie sich auf ihre *Freunde und Bekannte einlassen* könnten ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 9,40 \pm 1,62$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 7,40 \pm 2,24$, $p < 0,01$). Auch bei den *Beziehungen zu Freunden und Bekannten* ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 9,17 \pm 1,85$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 8,13 \pm 2,39$, $p < 0,05$) und bei der *Einsamkeit* ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 8,26 \pm 2,95$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 7,11 \pm 2,62$, $p < 0,05$) konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Keine signifikanten Unterschiede wurden bei der *Akzeptanz im Freundeskreis* ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 9,05 \pm 2,18$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 8,47 \pm 2,40$) und bei dem Item wie *kommunikativ* sich die Personen einschätzen ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 8,58 \pm 2,27$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 7,93 \pm 2,29$) gefunden. Bei allen signifikanten Mittelwertunterschieden waren die Mittelwerte der Experimentalgruppe höher. Da die nicht signifikanten Unterschiede eine Tendenz in die gleiche Richtung angeben wie die signifikanten Unterschiede, wird die Alternativhypothese H6b für die Rubrik soziale Kontakte angenommen. Die genauen Werte sind in Tab. 18 und 19 im Anhang A nachzulesen.

42 (93,3%) sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe gaben an, Hobbys zu haben. In der Experimentalgruppe gaben 29 (64,4%) an, Sport zu treiben. In der Kontrollgruppe waren es 35 (77,8), die sportlich aktiv sind. In der Rubrik Freizeit waren alle Mittelwertvergleiche hoch signifikant ($p < 0,01$). Dies zeigt sich bei *Möglichkeiten der Freizeitgestaltung* ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 8,69 \pm 2,23$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 5,48 \pm 2,37$) und bei *körperlichen Möglichkeiten zu verreisen* ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 9,38 \pm 1,95$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 5,73 \pm 2,54$) und bei der Frage wie *gerne* die Personen *verreisen* ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 9,31 \pm 2,43$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 6,73 \pm 3,17$) und *Sport treiben* würden ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 8,18 \pm 2,45$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 3,77 \pm 2,45$), wie stark die Probanden ihre *Einschränkungen in den Freizeitmöglichkeiten* betrachten ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 7,29 \pm 2,95$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} =$

4,91±2,63) und wie gut sie ihren *Hobbys nachgehen* könnten ($M_{\text{Exp. nachOP}} = 8,93 \pm 2,54$, $M_{\text{Kontroll. nachOP}} = 4,89 \pm 3,0$).

Bei allen Mittelwertvergleichen waren die Mittelwerte der Experimentalgruppe höher. Somit kann die Alternativhypothese H6b für die Rubrik Freizeit angenommen werden.

Tab. 3 *T-Test bei unabhängigen Stichproben für alle Skalen bei Experimental- und Kontrollgruppe*

Paare	Varianz gleich oder ungleich	Levene-Test F	Levene-Test Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)
Arbeit vor OP	Varianzen gleich	,006	,939	-2,800	85	,006**
	Varianzen nicht gleich			-2,806	85,000	,006**
Arbeit nach OP	Varianzen gleich	20,213	,000	6,601	85	,000**
	Varianzen nicht gleich			6,722	70,084	,000**
Sex. & Part. vor OP	Varianzen gleich	1,566	,214	-2,398	85	,019**
	Varianzen nicht gleich			-2,390	82,777	,019**
Sex. & Part. nach OP	Varianzen gleich	,385	,536	2,551	85	,013**
	Varianzen nicht gleich			2,560	84,911	,012**
Soz.Kontakte vor OP	Varianzen gleich	,016	,901	-2,567	85	,012**
	Varianzen nicht gleich			-2,582	84,179	,012**
Soz.Kontakte nach OP	Varianzen gleich	,675	,413	3,409	85	,001**
	Varianzen nicht gleich			3,425	84,680	,001**

6 Diskussion

In dieser Studie sollte herausgefunden werden, ob Personen mit BIID nach einer OP zufriedener in einigen Lebensbereichen wären als vor einer OP. Da bereits Teilbereiche des Lebens in einer anderen Studie (Noll&Kasten, 2014) getestet wurden und dort gezeigt werden konnte, dass sich viele Bereiche verbessern, sollten mit dieser Studie weitere Ergebnisse in diese Richtung gezeigt werden. Dort wurde eher die generelle Lebenssituation untersucht und wenig die einzelnen Teilbereiche. Dies sollte hier noch einmal genauer untergliedert werden. Die vier großen Bereiche waren der Beruf, die Freizeit, die sozialen Kontakte, Partnerschaft & Sexualleben. Diese Studie wurde durchgeführt, um eventuell eine Operation als Lösung anzubieten, da bisherige Therapieversuche keine Verbesserung des Leidensdrucks zeigen.

Ähnlich wie auch schon in anderen Studien (First, 2005) hatten die meisten Probanden einen hohen Schulabschluss und waren in guten beruflichen Positionen, wie beispielsweise Lehrer, Architekten, Ingenieure und Selbstständige. Dies unterstützt die These, dass die meisten BIID-Betroffenen ein überdurchschnittliches Bildungsniveau haben. Die Verteilung der Homosexuellen war nicht ganz 1/3 wie bei First (2005).

Die Ergebnisse bestätigen, dass die getesteten Personen mit einer Body Integrity Identity Disorder nach einer OP in den Bereichen Beruf, Partnerschaft und soziale Kontakte zufriedener wären. Eine Einschränkung in den Freizeitmöglichkeiten sehen sie durch eine körperliche Behinderung nicht. Diese Ergebnisse bestätigen die bisherigen Studien. Auch schon bei Noll und Kasten (2014) konnte gezeigt werden, dass es den Betroffenen nach einer OP im Privatleben und auch im Job besser geht und dass sich die generelle Lebenssituation sehr verbessert.

Beim Vergleich mit einer nicht an BIID erkrankten Kontrollgruppe konnte man sehen, dass die Betroffenen sehr belastet sind, da es ihnen in allen Bereichen außer der Freizeit schlechter geht als der Kontrollgruppe. Ein wichtiger Punkt war beispielsweise die Arbeitsfähigkeit, die bei der Kontrollgruppe wesentlich besser war. Wichtige Komponenten, wie die Einsamkeit und der Spaßfaktor,

waren in der Kontrollgruppe höher. Dadurch, dass sie sich gedanklich so viel mit BIID befassen, haben sie keine Kapazitäten, sich mit Arbeit, Familie oder Freunden zu beschäftigen. Die Lebensqualität wird durch die Grübeleien stark eingeschränkt. Nach einer OP würden diese wegfallen und sie könnten sich besser mit Arbeit, Familie und Freunden beschäftigen und sich wirklich darauf einlassen. Dies konnte man auch sehr gut daran erkennen, dass die Probanden angaben, nach einer OP wesentlich konzentrierter zu sein. Vor allem in Bezug auf die Partnerschaft und Freundschaften gäbe es einen großen Unterschied. Die Probanden wären nach einer OP wesentlich zufriedener mit ihrem Sexualleben und könnten sich viel besser auf den Partner, Freunde und Bekannte einlassen. Die Betroffenen würden sich weniger einsam fühlen, was eventuell das Risiko einer Depression senken würde und die Lebensqualität sehr steigern könnte. Ein wichtiger Punkt sind vor allem auch die Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit. Für die Arbeitswelt und vor allem auch für die finanzielle Lage der Betroffenen würde es keinen Nachteil bringen, weil die Betroffenen nach einer Operation besser arbeiten könnten und zufriedener wären. Zudem wären sie keine finanzielle Belastung für den Staat. Die Betroffenen gaben an, keine Einschränkung in den Freizeitmöglichkeiten zu haben. Die Begründung hierfür könnte sein, dass sie beim Sport Prothesen benutzen oder zu einer anderen Sportart wechseln könnten. Für viele Hobbys, wie beispielsweise Lesen oder Musizieren, wäre eine Operation überhaupt kein Hindernis. Da heutzutage überwiegend alle Einrichtungen barrierefrei sind, sollte es in dieser Hinsicht wenig zu Problemen kommen.

Die Werte der beiden Gruppen bei der sechsten Hypothese gehen in genau gegensätzliche Richtungen, es gibt eine große Diskrepanz. Die wesentlich geringeren Werte nach einer OP bei der Kontrollgruppe sind damit erklärbar, dass sich die Personen der Kontrollgruppe keine körperliche Behinderung wünschen, weil sie nicht denken, dann ein komplettes Selbstbild zu haben. Sie sehen eine Behinderung nicht als Herausforderung, wie es viele der BIID-Betroffenen sehen, sondern als Belastung. Für die BIID-Betroffenen ist eine OP die rettende Lösung, für gesunde Personen wird dadurch das Leben erheblich beeinträchtigt. Die Betroffenen haben einen anderen Blickwinkel auf körperliche Behinderung als die Kontrollgruppe.

Könnte eine Amputation als Lösung von BIID in Frage kommen? Einerseits könnte man diese Frage bejahen, da bisher keine Alternativtherapie gefunden wurde und die Patienten einen sehr hohen Leidensdruck haben und dadurch in ihrer Lebensqualität extrem eingeschränkt sind. Andererseits wurde aber im Bereich der Alternativtherapien noch zu wenig erforscht, um sagen zu können, dass es keine Therapie für BIID gibt. Jede Person hat aber ein Recht auf die freie Gestaltung ihres Körpers. Beispielsweise können Geschlechtsumwandlungen durchgeführt werden oder Tattoos und Piercings gemacht werden. Wo also ist die Grenze dieses Rechts? Bei einem Tattoo, Piercing oder einer Geschlechtsumwandlung bleibt der Körper voll funktionsfähig, bei einer BIID-OP nicht. Das ist wohl der Hauptgrund, weshalb sich auch Ärzte weigern, solche Operationen durchzuführen. Es widerspricht der Moral der Ärzte, die eigentlich die bestmögliche Versorgung eines Patienten erreichen wollen und keinen Schaden anrichten möchten. Widersprüchlich dazu sind Schönheitsoperationen. Ärzte wollen nicht schaden, aber das Risiko einer Schönheitsoperation ist nicht gering.

In der Deklaration von Helsinki wurde festgelegt, dass bei Einwilligung des Patienten neue, noch nicht oft durchgeführte Methoden, angewendet werden dürfen. Vorausgesetzt wird, dass den Patienten nach dem Eingriff ein höheres Wohlbefinden erwartet. Dieses würde bei BIID aller Wahrscheinlichkeit nach vorliegen, was diese Studie bestätigt. Zusätzlich hat jeder Patient ein Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie. Patientenwünsche müssen ernst genommen und nach Möglichkeit erfüllt werden, um ein größtmögliches Wohlbefinden seitens des Patienten zu erreichen. Da aber noch nicht ganz auszuschließen ist, dass BIID eine biologische Komponente hat, wurde die Vermutung aufgestellt, dass Betroffene keine Autonomie in Bezug auf ihre Krankheit haben, weil eine Gehirneffekt für den Wunsch verantwortlich ist. Müller (2009) schlug zwei Prinzipien vor, um Anhaltspunkte für das Pro und Contra einer Operation festzuhalten. Sie stellt das *Prinzip der Benefizienz* vor. Dabei geht es um die Gesundheit und die bestmögliche Betreuung des Patienten. Um diese Aspekte erfüllen zu können, müssen aber drei Bedingungen erfüllt sein: Es sollte ein positiver Effekt nach dem Eingriff zu sehen sein, der wirksam ist und andauert und es sollten keine alternativen Therapiemöglichkeiten bekannt sein. Die letzte Bedingung ist aber für die

Body Integrity Identity Disorder noch zu wenig untersucht und ist deshalb nicht gegeben. Als weiteres besteht das *Prinzip der Nonmalefizienz*. Patienten dürfen keine Schädigung durch den Eingriff erleiden. Diese Bedingung ist bei einer BIID-OP nicht gegeben. Erst wenn man ganz sicher sagen kann, dass nach einer OP die Betroffenen von der Krankheit geheilt sind, würde es dieser Bedingung entsprechen. Was für eine OP sprechen würde, ist die Tatsache, dass viele Betroffene sich selbst verletzen, um die gewünschte Operation zu bekommen. Dies birgt ein hohes gesundheitliches Risiko. Dieses Risiko könnte man minimieren, indem man eine Legalisierung der Operationen durchsetzen würde und der Eingriff kontrolliert ablaufen würde. Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die Kosten, die durch eine Operation entstehen würden. Abhängig davon, welcher Teil des Körpers entfernt wird, beziehungsweise welche Art Eingriff durchgeführt wird, muss das Eigenheim umgebaut werden, eine Pflegehilfe eingestellt werden und die Arztbesuche erhöhen sich. Andererseits sind die Betroffenen mit der Krankheit so belastet, dass sie beispielsweise nicht richtig arbeiten können. Dies könnte durch eine OP verbessert werden, was auch in den Ergebnissen zu sehen war.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass zu dem jetzigen Zeitpunkt wenig Studien mit bereits amputierten Betroffenen durchgeführt wurden. Diese Arbeit zeigt zwar, dass die Betroffenen in vielen Bereichen eine Besserung sehen, aber keiner der Probanden war bereits operiert. Die Probanden konnten sich wahrscheinlich sehr gut in die Situation nach einer OP hineinversetzen, da sie sich sehr viel damit beschäftigen und bestimmt das Für und Wider abgewogen haben. Trotzdem haben bereits Amputierte eventuell einen anderen Eindruck oder eine andere Meinung zu den Themen. Eine Studie mit bereits operierten Betroffenen müsste durchgeführt werden, um festzustellen, ob die Zufriedenheit anhält, die Personen arbeits- und lebensfähig sind und keine große Belastung für das Gesundheitssystem darstellen und ob Symptome der BIID ausbleiben. Weitere Forschungen sind im Bereich alternativer Therapiemöglichkeiten notwendig. Erst dann kann eine Amputation als Lösung in Betracht gezogen werden. Man könnte versuchen, eine Kombination aus mehreren Therapieschulen zu untersuchen. Ein Teil sollte aus Körpertherapie bestehen, um ein besseres Gefühl für den eigenen Körper zu bekommen und eventuell das unerwünschte Körperteil besser in das Körperschema integriert

zu bekommen. Es sollten psychodynamische Anteile in der Therapie vorhanden sein, um die Ursachen der Erkrankung herausfinden zu können. Zur Erlangung einer Stabilität im Verhalten, beispielsweise in Stresssituationen ein anderes Verhalten zu zeigen, wie das Pretenden, sollten Teile der Verhaltenstherapie in das Therapiekonzept integriert werden. Zusätzlich könnte man verschiedene Psychopharmaka als Unterstützung während der Therapie ausprobieren.

7 Literaturverzeichnis

- Bayne, T. & Levy, N. (2005). Amputees by choice: Body Integrity Identity Disorder and the ethics of amputation. *Journal of Applied Psychology*, 22(1), S. 75-85.
- Beckford-Ball, J. (2013). The amputation of healthy limbs is not an opinion. *British Journal of Nursing*, 9(4), S. 188.
doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2000.9.4.6371>
- Berger, B. D., Lehrmann, J. A., Larson, G., Alverno, L. & Tsao, C. I. (2005). Nonpsychotic, nonparaphilic self-amputation and the internet. *Comprehensive Psychiatry*, 46, S. 380-383.
- Blom, R. M., Hennekam, R. C. & Denys, D. (2012). Body Integrity Identity Disorder. *PLoS ONE*, 7(4), S. 1-6. doi: 10.1371/journal.pone.0034702
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bottini, G., Brugger, P. & Sedda, A. (2015). Is the desire for amputation related to disturbed emotion processing? A multiple case study analysis in BIID. *Neurocase*, 21(3), S. 394-402.
doi: 10.1080/13554794.2014.902969
- Braam, A. J., Visser, S., Cath, D. C. & Hoogendijk, W. J. (2006). Investigation of the syndrome of Apotemnophilia and course of a cognitive-behavioral therapy. *Psychopathology*, 39, S. 32-37.
- Brang, D., McGeoch, P. D. & Ramachandran, V. S. (2008). Apotemnophilia: a neurological disorder. *Neuroreport* (19(13)), S. 1305-1306.
doi:10.1097/WNR.0b013e32830abc4d
- Djerkovic, D. (2009). *Online-Fragebögen & andere Internet-Erhebungen im Vergleich zu herkömmlichen Befragungsformen* [PDF]. Abgerufen am 27.01.2016 von: <https://www.uni-goettingen.de/en/112754.html>
- First, M. B. (2005). Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis. or a new type of identity disorder. *Psychological Medicine*, 34, S. 1-10.

doi: 10.1017/S0033291704003320

- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie* (4.Auflage). Heidelberg: Springer.
- Kasten, E. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 77, S. 16-24. doi: 10.1055/s-0028-1100837
- Kasten, E. (2012). Body Integrity Identity Disorder - Körperidentität durch erwünschte Behinderung. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date* , S. 1-10. doi:http://dx.doi.org/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, *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects*, S. 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), S. 55-61. doi: 10.1024/1661-4747.57.1.55
- Kröger, K. (2013). *Entwicklung und Evaluation eines Screeninginstruments zur Erfassung der Therapieerfahrung und des Therapieerfolges von Body Integrity Identity Disorder*. (Bachelorarbeit). MSH Medical School, Hamburg.
- Kröger, K., Schnell, T. & Kasten, E. (2014). Effects of psychotherapy on patients suffering from Body Integrity Identity Disorder (BIID). *American Journal of Applied Psychology*, 3(5), S. 110-115. doi: 10.11648/j.ajap.20140305.11
- Müller, S. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID) Is the Amputation of Healthy Limbs Ethically Justified? *The American Journal of Bioethics*, 9(1), S. 36-43. doi: 10.1080/15265160802588194
- McGeoch, P. D., Brang, D., Song, T., Lee, R. R., Huang, M. & Ramachandran, V. S. (2011). Xenomelia: a new right parietal lobe syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82, S. 1314-1319. doi: 10.1136/jnnp-2011-300224
- Money, J., Jobaris, R., & Furth, G. (1977). Apotemnophilia: Two cases of self-demand amputation as a paraphilia. *The Journal of Sex Research*, 13,

- S. 115-124. doi: 10.1080/00224497709550967
- Neff, D. & Kasten, E. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID): What do health care professionals know? *European Journal of Counselling Psychology*, 1(2), S. 16-30.
- Noll, S. (2011). *Body Integrity Identity Disorder (BIID) - Kann eine Amputation/Operation Betroffenen langfristig helfen?*(Bachelorarbeit). Universität Hildesheim, Hildesheim.
- Noll, S. & Kasten, E. (2014). Body Integrity Identity Disorder (BIID): How Satisfied are Successful Wannabes. *Psychology and Behavioral Sciences*, 3(6), S. 222-232. doi: 10.11648/j.pbs.20140306.17
- Oberholte, K., 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), S. 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 und Psychiatrie*, 82(5), S. 250-260. doi: 10.1055/s-0034-1366245
- Romano, D., Sedda, A., Brugger, P., & Bottini, G. (2015). Body Ownership: When feeling and knowing diverge. *Consciousness and cognition: An International Journal*, 34, S. 140-148. doi: 10.1016/j.concog.2015.04.008
- Ryan, C. J. (2009). Out on a limb: The Ethical Management of Body Integrity Identity Disorder. *Neuroethics*, S. 21-33. doi: 10.1007/s12152-008-9026-4
- Skoruppa, S. (2011). *Body Integrity Identity Disorder: Der Wunsch körperbehindert zu sein - eine fMRT Studie*. (Dissertation). Abgerufen von publikationen.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docid/31437
- Sorensen, E. D., Heras-Palou, C., & Burke, F. D. (2006). Self-Amputation of a Healthy Hand: A Case of Body Integrity Identity Disorder. *Journal of Hand Surgery*, 31(6), S. 593-595.
- Stirn, A., Thiel, A., & Oddo, S. (2010). *Body Integrity Identity Disorder (BIID):*

Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze. Weinheim, Basel: Beltz
Verlag

8 Anhang A Tabellen

Tab. 4 Deskriptive Werte und Korrelation als Voraussetzung für den T-Test der Skala Beruf vor und nach der OP in der Experimentalgruppe

Fragepaare	M	N	SD	Korr. vor und nach OP
1.Arbeitsfähigkeit vor OP	8,09	44	2,532	
1.Arbeitsfähigkeit nach OP	9,30	44	1,622	,146
2.Arbeitszufriedenheit vor OP	7,33	45	2,730	
2.Arbeitszufriedenheit nach OP	9,24	45	2,069	,114
3.Konzentrationsfähigkeit vor OP	6,91	45	2,512	
3.Konzentrationsfähigkeit nach OP	9,80	45	1,272	,208
4.Beruf ausführen vor OP	8,50	44	2,173	
4.Beruf ausführen nach OP	9,41	44	1,969	,114

Tab. 5 T-Test abhängige Stichproben für die Skala Beruf bei der Experimentalgruppe vor und nach der OP

Fragepaare	T	df	Sig. (2-seitig)
1	-2,853	43	,007**
2	-3,967	44	,000**
3	-7,543	44	,000**
4	-2,185	43	,034*

Tab. 6 Deskriptive Werte und Korrelation als Voraussetzung für den T-Test der Skala Freizeit bei der Experimentalgruppe vor und nach der OP

Fragepaare	M	N	SD	Korr. vor und nach OP
1.Möglichkeiten der Freizeitgestaltung vor OP	8,82	44	2,170	
1.Möglichkeiten der Freizeitgestaltung nach OP	8,77	44	2,208	,200
2.Körperliche Möglichkeiten zu verreisen vor OP	10,27	45	1,009	
2.Körperliche Möglichkeiten zu verreisen nach OP	9,38	45	1,946	,156
3.Verreisen Sie gerne?	9,20	44	2,445	
3.Würden Sie nach einer OP genauso gerne verreisen wie davor?	9,27	44	2,443	,936
4.Sport treiben vor OP	8,63	43	2,268	
4.Sport treiben nach OP	8,28	43	2,394	-,011

Tab. 7 T-Test abhängige Stichproben für die Skala Freizeit bei der Experimentalgruppe vor und nach der OP

Fragepaare	T	df	Sig. (2seitig)
1	,109	43	,914
2	2,912	44	,006**
3	-,518	43	,607
4	,690	42	,494

Tab. 8 Deskriptive Werte und Korrelation als Voraussetzung für T-Test der Skala Sexualeben & Partnerschaft bei der Experimentalgruppe vor und nach der OP

Fragepaare	M	N	SD	Korr. vor und nach OP
1.Empfinden des Sexualebens vor OP	6,61	41	2,701	
1.Empfinden des Sexualebens nach OP	7,83	41	2,957	,805
2.Zufriedenheit Sexualeben vor OP	6,85	41	2,937	
2.Zufriedenheit Sexualeben nach OP	8,66	41	2,585	,622
3.Glücksempfinden in Partnerschaft vor OP	8,00	36	3,117	
3.Glücksempfinden in Partnerschaft nach OP	8,53	36	3,368	,896
4.Einlassen können auf Partner vor OP	7,82	38	2,912	
4.Einlassen können auf Partner nach OP	9,03	38	2,775	,626

Tab. 9 T-Test abhängige Stichprobe für die Skala Sexualeben & Partnerschaft bei der Experimentalgruppe vor und nach der OP

Fragepaare	T	df	Sig. (2-seitig)
1	-4,382	40	,000**
2	-4,774	40	,000**
3	-2,108	35	,042*
4	-3,031	37	,004**

Tab. 10 Deskriptive Werte und Korrelation als Voraussetzung für T-Test der Skala Soziale Kontakte bei der Experimentalgruppe vor und nach der OP

Fragepaare	M	N	SD	Korr. vor und nach OP
1.Beziehungen zu Freunden und Bekannten vor OP	8,80	40	2,103	
1.Beziehungen zu Freunden und Bekannten nach OP	9,15	40	1,889	,828
2.Akzeptanz der Person im Freundeskreis vor OP	9,07	43	1,993	
2.Akzeptanz der Person im Freundeskreis nach OP	9,05	43	2,182	,903
3.Wie kommunikativ sich die Person vor OP einschätzt	8,02	43	2,395	
3.Wie kommunikativ sich die Person nach einer OP einschätzt	8,58	43	2,270	,834
4.Wie gerne die Person unter Menschen ist vor OP	8,00	43	2,138	
4.Wie gerne die Person unter Menschen nach einer OP ist	8,77	43	2,202	,799
5.Einsamkeit vor OP	7,47	43	3,135	
5.Einsamkeit nach OP	8,26	43	2,945	,848
6.Spaßfaktor mit Freunden vor OP	8,19	42	2,003	
6.Spaßfaktor mit Freunden nach OP	8,88	42	2,178	,827
7.Soziale	8,95	43	1,812	

Kompetenz vor OP				
7. Soziale Kompetenz	9,30	43	1,871	,910
Kompetenz nach OP				
8. Auf Freunde/Bekannte einlassen vor OP	8,21	43	2,018	
8. Auf Freunde/Bekannte einlassen nach OP	9,40	43	1,620	,578

Tab. 11 *T-Test abhängige Stichproben für die Skala soziale Kontakte in der Experimentalgruppe vor und nach der OP*

Fragepaare	T	df	Sig. (2-seitig)
1	-1,862	39	,070*
2	,163	42	,872
3	-2,710	42	,010**
4	-3,654	42	,001**
5	-3,079	42	,004**
6	-3,611	41	,001**
7	-2,920	42	,006**
8	-4,554	42	,000**

Tab. 12 *Deskriptive Statistik für den T-Test bei unabhängigen Stichproben für die Rubrik Beruf bei Experimental- und Kontrollgruppe*

Frage	Experimentalgruppe oder Kontrollgruppe	N	M	SD
1. Arbeitsfähigkeit vor OP	Experimentalgruppe	45	8,07	2,508
	Kontrollgruppe	45	9,42	2,426
2. Arbeitsfähigkeit nach OP	Experimentalgruppe	44	9,30	1,622
	Kontrollgruppe	45	6,09	3,197
3. Arbeitszufriedenheit vor OP	Experimentalgruppe	45	7,33	2,730
	Kontrollgruppe	45	8,13	2,616

4.Arbeitszufriedenheit nach OP	Experimentalgruppe	45	9,24	2,069
	Kontrollgruppe	45	5,58	3,144
5.Beruf ausführen vor OP	Experimentalgruppe	44	8,50	2,173
	Kontrollgruppe	45	9,31	3,029
6.Beruf ausführen nach OP	Experimentalgruppe	45	9,29	2,107
	Kontrollgruppe	45	5,87	3,507

Tab. 13 T-Test bei unabhängigen Stichproben für die Rubrik Beruf bei Experimental- und Kontrollgruppe

Frage	Varianz gleich oder ungleich	Levene-Test F	Levene-Test Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
1.Arbeitsfähigkeit vor OP	Varianzen sind gleich	574	,451	-2,606	88	,011**
	Varianzen sind nicht gleich			-2,606	87,903	,011**
2.Arbeitsfähigkeit nach OP	Varianzen sind gleich	23,673	,000	5,946	87	,000**
	Varianzen sind nicht gleich			5,987	65,574	,000**
3.Arbeitszufriedenheit vor OP	Varianzen sind gleich	,281	,598	-1,419	88	,159
	Varianzen sind nicht gleich			-1,419	87,841	,159
4.Arbeitszufriedenheit nach OP	Varianzen sind gleich	14,769	,000	6,535	88	,000**
	Varianzen sind nicht gleich			6,535	76,084	,000**
5.Beruf ausführen vor OP	Varianzen sind gleich	1,072	,303	-1,449	87	,151
	Varianzen sind nicht gleich			-1,454	79,866	,150
6.Beruf ausführen nach OP	Varianzen sind gleich	18,000	,000	5,611	88	,000**
	Varianzen sind nicht gleich			5,611	72,091	,000**

Tab. 14 *Deskriptive Statistik für den T-Test bei unabhängigen Stichproben für die Rubrik Freizeit bei Experimental- und Kontrollgruppe*

Frage	Experimental- oder Kontrollgruppe	N	M	SD
1.Nach OP Hobbys nachgehen	Experimentalgruppe	45	8,93	2,544
	Kontrollgruppe	45	4,89	2,994
2.Möglichkeiten Freizeitgestaltung vor OP	Experimentalgruppe	44	8,82	2,170
	Kontrollgruppe	45	8,87	2,777
3.Möglichkeiten Freizeitgestaltung nach OP	Experimentalgruppe	45	8,69	2,255
	Kontrollgruppe	44	5,48	2,367
4.Körperliche Möglichkeiten zu verreisen vor OP	Experimentalgruppe	45	10,27	1,009
	Kontrollgruppe	45	9,78	2,430
5.Körperliche Möglichkeiten zu verreisen nach OP	Experimentalgruppe	45	9,38	1,946
	Kontrollgruppe	45	5,73	2,535
6.Wie gerne die Person verreist vor OP	Experimentalgruppe	44	9,20	2,445
	Kontrollgruppe	44	9,16	2,702
7.Wie gerne die Person verreist nach OP	Experimentalgruppe	45	9,31	2,429
	Kontrollgruppe	45	6,73	3,172
8.Sport vor OP	Experimentalgruppe	44	8,48	2,454
	Kontrollgruppe	43	8,91	2,724
9.Sport nach OP	Experimentalgruppe	44	8,18	2,452
	Kontrollgruppe	44	3,77	2,448
10.Einschränkungen von Freizeitmöglichkeiten nach OP	Experimentalgruppe	45	7,29	2,951
	Kontrollgruppe	45	4,91	2,627

Tab. 15 *T-Test bei unabhängigen Stichproben für die Rubrik Freizeit bei Experimental- und Kontrollgruppe*

Frage	Varianz gleich oder ungleich	Levene-Test F	Levene-Test Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
1.Nach OP Hobbys nachgehen	Varianzen sind gleich	3,550	,063	6,905	88	,000**
	Varianzen sind nicht gleich			6,905	85,765	,000**
2.Möglichkeiten Freizeitgestaltung vor OP	Varianzen sind gleich	1,772	,187	-,092	87	,927
	Varianzen sind nicht gleich			-,092	83,006	,927
3.Möglichkeiten Freizeitgestaltung nach OP	Varianzen sind gleich	,259	,612	6,555	87	,000**
	Varianzen sind nicht gleich			6,551	86,558	,000**
4.Körperliche Möglichkeiten zu verreisen vor OP	Varianzen sind gleich	8,614	,004	1,247	88	,216
	Varianzen sind nicht gleich			1,247	58,738	,218
5.Körperliche Möglichkeiten zu verreisen nach OP	Varianzen sind gleich	3,012	,086	7,650	88	,000**
	Varianzen sind nicht gleich			7,650	82,483	,000**
6.Wie gerne die Person verreist vor OP	Varianzen sind gleich	,667	,416	,083	86	,934
	Varianzen sind nicht gleich			,083	85,160	,934
7.Wie gerne die Person verreist nach OP	Varianzen sind gleich	5,705	,019	4,328	88	,000**
	Varianzen			4,328	82,398	,000**

	sind nicht gleich					
8.Sport vor OP	Varianzen sind gleich	,448	,505	-,773	85	,441
	Varianzen sind nicht gleich			-,772	83,650	,442
9.Sport nach OP	Varianzen sind gleich	,273	,603	8,441	86	,000**
	Varianzen sind nicht gleich			8,441	86,000	,000**
10.Einschränkungen von Freizeitmöglichkeiten nach OP	Varianzen sind gleich	1,141	,288	4,037	88	,000**
	Varianzen sind nicht gleich			4,037	86,834	,000**

Tab. 16 *Deskriptive Statistik für den T-Test bei unabhängigen Stichproben für die Rubrik Sexualeben & Partnerschaft bei Experimental- und Kontrollgruppe*

Frage	Experimental- oder Kontrollgruppe	N	M	SD
1. Sexualeben vor OP	Experimentalgruppe	44	6,32	2,843
	Kontrollgruppe	45	7,82	3,002
2. Sexualeben nach OP	Experimentalgruppe	41	7,83	2,957
	Kontrollgruppe	45	5,02	2,919
3. Sex. Betätigung nach OP	Experimentalgruppe	43	8,81	2,745
	Kontrollgruppe	44	5,32	2,752
4. Sexuelle Zufriedenheit vor OP	Experimentalgruppe	42	6,71	3,039
	Kontrollgruppe	45	7,91	2,745
5. Sexuelle Zufriedenheit nach OP	Experimentalgruppe	43	8,51	2,667
	Kontrollgruppe	45	5,18	3,092
6. Reaktion des Partners nach OP	Experimentalgruppe	40	5,48	3,359
	Kontrollgruppe	44	7,02	2,897
7. Reaktion der Partnerin auf die körperl. Veränderung nach OP	Experimentalgruppe	37	6,16	3,428
	Kontrollgruppe	43	7,02	2,948
8. Glücksempfinden in Partnerschaft vor OP	Experimentalgruppe	36	8,00	3,117
	Kontrollgruppe	45	8,69	2,592
9. Glücksempfinden in Partnerschaft nach OP	Experimentalgruppe	37	8,51	3,322
	Kontrollgruppe	44	7,36	3,178
10. Auf Partner einlassen vor OP	Experimentalgruppe	39	7,72	2,937
	Kontrollgruppe	45	8,42	3,078
11. Auf Partner einlassen nach OP	Experimentalgruppe	38	9,03	2,775
	Kontrollgruppe	45	7,44	2,966

Tab. 17 *T-Test bei unabhängigen Stichproben für die Rubrik Sexualeben & Partnerschaft bei Experimental- und Kontrollgruppe*

Frage	Varianz gleich oder ungleich	Levene-Test F	Levene-Test Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
1.Sexualeben vor OP	Varianzen sind nicht gleich	,001	,972	-2,426	87	,017**
	Varianzen sind gleich			-2,427	86,912	,017**
2.Sexualeben nach OP	Varianzen sind nicht gleich	,019	,891	4,426	84	,000**
	Varianzen sind gleich			4,424	83,047	,000**
3.Sex.Betätigung nach OP	Varianzen sind nicht gleich	,148	,701	5,932	85	,000**
	Varianzen sind gleich			5,932	84,963	,000**
4.Sex.Zufriedenheit vor OP	Varianzen sind nicht gleich	1,749	,190	-1,930	85	,057*
	Varianzen sind gleich			-1,923	82,598	,058*
5.Sex.Zufriedenheit nach OP	Varianzen sind nicht gleich	2,059	,155	5,405	86	,000**
	Varianzen sind gleich			5,424	85,129	,000**
6.Reaktion des Partners nach OP	Varianzen sind nicht gleich	2,193	,142	-2,267	82	,026*
	Varianzen sind gleich			-2,251	77,462	,027*
7.Reaktion der Partnerin auf die körp. Veränderung nach OP	Varianzen sind nicht gleich	,791	,377	-1,208	78	,231
	Varianzen sind gleich			-1,194	71,557	,236
8.Glücksempfinden in Partnerschaft vor OP	Varianzen sind nicht gleich	1,541	,218	-1,086	79	,281
	Varianzen sind gleich			-1,064	67,911	,291
9.Glücksempfinden in Partnerschaft nach OP	Varianzen sind nicht gleich	,000	,990	1,589	79	,116
	Varianzen sind gleich			1,583	75,361	,118

		gleich						
10.Auf	Partner	Varianzen sind	,029	,864	-1,068		82	,289
einlassen vor OP		nicht gleich						
		Varianzen sind			-1,072		81,218	,287
		gleich						
11.Auf	Partner	Varianzen sind	,948	,333	2,493		81	,015**
einlassen nach OP		nicht gleich						
					2,507		80,120	,014**

Tab. 18 *Deskriptive Statistik für den T-Test bei unabhängigen Stichproben für die Rubrik soziale Kontakte bei Experimental- und Kontrollgruppe*

Frage	Experimental- oder Kontrollgruppe	N	M	SD
1.Beziehungen zu Freunden/Bekanntem vor OP	Experimentalgruppe	40	8,80	2,103
	Kontrollgruppe	45	9,40	2,104
2.Beziehungen zu Freunden/Bekanntem nach OP	Experimentalgruppe	42	9,17	1,847
	Kontrollgruppe	45	8,13	2,389
3.Akzeptanz der Person im Freundeskreis vor OP	Experimentalgruppe	43	9,07	1,993
	Kontrollgruppe	45	9,53	1,984
4.Akzeptanz der Person im Freundeskreis nach OP	Experimentalgruppe	43	9,05	2,182
	Kontrollgruppe	45	8,47	2,399
5.Wie kommunikativ vor OP	Experimentalgruppe	43	8,02	2,395
	Kontrollgruppe	45	8,89	2,197
6.Wie kommunikativ nach OP	Experimentalgruppe	43	8,58	2,270
	Kontrollgruppe	45	7,93	2,290
7.Wie gerne unter Menschen vor OP	Experimentalgruppe	43	8,00	2,138
	Kontrollgruppe	45	8,96	2,067
8.Wie gerne unter	Experimentalgruppe	43	8,77	2,202
	Kontrollgruppe	45	8,77	2,202

Menschen nach OP				
	Kontrollgruppe	45	7,22	2,295
9.Einsamkeit vor OP	Experimentalgruppe	43	7,47	3,135
	Kontrollgruppe	45	9,40	2,349
10.Einsamkeit nach OP	Experimentalgruppe	43	8,26	2,945
	Kontrollgruppe	44	7,11	2,617
11.Spaßfaktor mit Freunden vor OP	Experimentalgruppe	42	8,19	2,003
	Kontrollgruppe	45	9,42	2,039
12.Spaßfaktor mit Freunden nach OP	Experimentalgruppe	42	8,88	2,178
	Kontrollgruppe	45	7,04	2,513
13.Soziale Kompetenz vor OP	Experimentalgruppe	43	8,95	1,812
	Kontrollgruppe	44	9,09	1,668
14.Soziale Kompetenz nach OP	Experimentalgruppe	43	9,30	1,871
	Kontrollgruppe	43	7,58	2,038
15.Auf Freunde einlassen vor OP	Experimentalgruppe	43	8,21	2,018
	Kontrollgruppe	45	9,04	1,770
16.Auf Freunde einlassen nach OP	Experimentalgruppe	43	9,40	1,620
	Kontrollgruppe	45	7,40	2,240

Tab. 19 *T-Test bei unabhängigen Stichproben für die Rubrik soziale Kontakte bei Experimental- und Kontrollgruppe*

Frage	Varianz gleich oder ungleich	Levene Test F	Levene-Test Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
1.Beziehungen zu Freunden/Bekanntem vor OP	Varianzen sind gleich	,324	,570	-1,313	83	,193
	Varianzen sind nicht gleich			-1,313	81,850	,193
2.Beziehungen zu Freunden/Bekanntem nach OP	Varianzen sind gleich	4,029	,048	2,246	85	,027*
	Varianzen sind nicht gleich			2,265	82,208	,026*

3.Akzeptanz der Person im Freundeskreis vor OP	Varianzen sind gleich	,001	,976	-1,093	86	,277
	Varianzen sind nicht gleich			-1,093	85,782	,277
4.Akzeptanz der Person im Freundeskreis nach OP	Varianzen sind gleich	,350	,556	1,185	86	,239
	Varianzen sind nicht gleich			1,187	85,796	,238
5.Wie kommunikativ vor OP	Varianzen sind gleich	1,769	,187	-1,768	86	,081*
	Varianzen sind nicht gleich			-1,764	84,530	,081*
6.Wie kommunikativ nach OP	Varianzen sind gleich	,000	,984	1,333	86	,186
	Varianzen sind nicht gleich			1,333	85,881	,186
7.Wie gerne unter Menschen vor OP	Varianzen sind gleich	,862	,356	-2,132	86	,036*
	Varianzen sind nicht gleich			-2,130	85,453	,036*
8.Wie gerne unter Menschen nach OP	Varianzen sind gleich	,325	,570	3,220	86	,002**
	Varianzen sind nicht gleich			3,223	85,998	,002**
9.Einsamkeit vor OP	Varianzen sind gleich	8,511	,005	-3,286	86	,001**
	Varianzen sind nicht gleich			-3,265	77,789	,002**
10.Einsamkeit nach OP	Varianzen sind gleich	1,055	,307	1,913	85	,059*
	Varianzen sind nicht gleich			1,911	83,352	,059*
11.Spaßfaktor mit	Varianzen	,675	,414	-2,840	85	,006**

Freunden vor OP	sind gleich					
	Varianzen			-2,841	84,772	,006**
	sind nicht gleich					
12.Spaßfaktor mit Freunden nach OP	sind gleich	,260	,612	3,631	85	,000**
	Varianzen			3,649	84,547	,000**
	sind nicht gleich					
13.Soziale Kompetenz vor OP	sind gleich	,000	,995	-,368	85	,714
	Varianzen			,368	84,059	,714
	sind nicht gleich					
14.Soziale Kompetenz nach OP	sind gleich	1,110	,295	4,079	84	,000**
	Varianzen			4,079	83,395	,000**
	sind nicht gleich					
15.Auf Freunde einlassen vor OP	sind gleich	1,897	,172	-2,066	86	,042*
	Varianzen			-2,060	83,417	,043*
	sind nicht gleich					
16.Auf Freunde einlassen nach OP	sind gleich	9,245	,003	4,769	86	,000**
	Varianzen			4,803	80,190	,000**
	sind nicht gleich					

Tab. 20 *Deskriptive Statistik für den T-Test bei abhängigen Stichproben für alle Skalen vor und nach der OP*

Paare	M	N	SD
Arbeit vor OP	7,5377	42	2,23805
Arbeit nach OP	9,3790	42	1,53893
Freizeit vor OP	9,0952	42	1,28897
Freizeit nach OP	8,6206	42	1,64954
Sexualleben&Partnerschaft vor OP	6,7857	42	2,90320
Sexualleben&Partnerschaft nach OP	7,6807	42	2,40649
Soz. Kontakte vor OP	8,3048	42	1,48096
Soz. Kontakte nach OP	8,8835	42	1,60759

Tab. 21 *Deskriptive Statistik für den T-Test bei unabhängigen Stichproben für alle Skalen bei Experimental- und Kontrollgruppe*

Paare	Experimental- oder Kontrollgruppe	M	N	SD
Arbeit vor OP	Experimentalgruppe	7,5377	42	2,23805
	Kontrollgruppe	8,9333	45	2,40052
Arbeit nach OP	Experimentalgruppe	9,3790	42	1,53893
	Kontrollgruppe	6,1981	45	2,74565
Freizeit vor OP	Experimentalgruppe	9,0952	42	1,28897
	Kontrollgruppe	9,1222	45	2,29786
Freizeit nach OP	Experimentalgruppe	8,6206	42	1,64954
	Kontrollgruppe	5,2793	45	2,12198
Sexualleben & Partnerschaft vor OP	Experimentalgruppe	6,7857	42	2,90320
	Kontrollgruppe	8,2111	45	2,64089
Sexualleben & Partnerschaft nach OP	Experimentalgruppe	7,6807	42	2,40649
	Kontrollgruppe	6,2884	45	2,66572
Soziale Kontakte vor OP	Experimentalgruppe	8,3048	42	1,48096
	Kontrollgruppe	9,2016	45	1,75416
Soziale Kontakte nach OP	Experimentalgruppe	8,8835	42	1,60759
	Kontrollgruppe	7,6194	45	1,83363

9 Anhang B Fragebogen und Eigenständigkeitserklärung

Fragebogen der Experimentalgruppe ohne Operation



0% ausgefüllt

Fragebogen zur Arbeit, Freizeit, Partnerschaft und Sozialleben nach einer Operaton bei BIID

Der folgende Fragebogen wurde in Rahmen einer Bachelorarbeit entwickelt. Ziel der Untersuchung ist es, herauszufinden, ob eine Operation bei der BIID-Erkrankung eine sinnvolle Alternative zur Therapie darstellt.

Nach einem kurzen allgemeinen Teil folgen Fragen zum Thema Arbeit und Beruf. Im Anschluss daran folgt ein Teil mit Fragen zu Hobbys und Freizeitbeschäftigung. Der dritte Teil befragt Sie zu den Themen Sexualleben und Partnerschaft. Die letzten Fragen beschäftigen sich mit dem Thema soziale Kontakte. Die Antwortmöglichkeiten sind als Zahlenwerte dargestellt, wobei die Spanne von 0-100 reicht und in 10-er Stufen dargestellt ist. Jedem Zahlenwert kann eine Aussage zugeteilt werden. 0 steht hierbei für gar nicht oder sehr schlecht und 100 für sehr stark oder sehr gut.

Lesen Sie die einzelnen Fragen aufmerksam durch und nehmen Sie sich ausreichend Zeit. Pro Frage kann nur eine Zahl angekreuzt werden. Bitte versuchen Sie alle Fragen zu beantworten.

Mit dem Ausfüllen erklären Sie sich einverstanden, dass wir Ihre Daten wissenschaftlich auswerten und in Fachzeitschriften publizieren. Hierbei werden in der Regel nur Mittelwerte genannt. Ihre persönlichen Angaben bleiben auf jeden Fall anonym.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Beispiel-Item



Auf der nächsten Seite finden Sie ein Beispiel für die Frage und die Antwortmöglichkeiten.

Bitte kreuzen Sie keine Antwort an, es dient nur zur Veranschaulichung.

Weiter

[Stephanie Herr](#), MSH Medical School Hamburg – 2015

Achtung nur Beispiel!

Wie ist die Arbeitsfähigkeit nach der OP?

0 sehr schlecht	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100 sehr gut
<input type="radio"/>										

Weiter

[Stephanie Herr](#), MSH Medical School Hamburg – 2015

Die Befragung beginnt!



Ab hier sind es keine Beispiele mehr.
Bitte kreuzen Sie folgende Fragen an.

Weiter

Wie alt sind sie?

Was ist Ihr Geschlecht?

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

Was ist Ihr jetziger Beruf?

Welche sexuelle Orientierung haben Sie?

Was ist Ihr familiärer Status?

Pretenden Sie?

1. Hatten Sie bereits eine OP in Bezug auf BIID?

Ja

Nein

Weiter



Einige der folgenden Fragen werden auf die Situation NACH einer Wunsch-OP ausgerichtet sein. Versuchen Sie, sich so gut es geht in die Lage hineinzusetzen.

Weiter

Was arbeiten Sie?

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit ein?(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie würden Sie Ihre Arbeitsfähigkeit nach einer OP einschätzen?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie ist ihre derzeitige Arbeitszufriedenheit?(0=sehr niedrig,100=sehr hoch)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie würden Sie Ihre Arbeitszufriedenheit nach einer OP einschätzen?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wenn Sie Frührentner aufgrund ihrer Krankheit sind, wie würden Sie Ihre Arbeitsfähigkeit nach einer OP einschätzen?(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie würden Sie ihre derzeitige Konzentrationsfähigkeit einschätzen?(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie würden Sie Ihre Konzentrationsfähigkeit nach einer OP einschätzen?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie gut können Sie Ihren derzeitigen Beruf ausführen?(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie gut könnten Sie ihren derzeitigen Beruf nach einer OP ausführen?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Haben Sie Hobbys?

Wenn ja, welche?

Treiben Sie Sport?

Wie gut könnten Sie nach einer OP Ihren Hobbys nachgehen?(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie derzeit die Möglichkeiten Ihrer Freizeitgestaltung einschätzen?(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie die Möglichkeiten Ihrer Freizeitgestaltung nach einer OP einschätzen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie gut sind zur Zeit Ihre körperlichen Möglichkeiten zu verreisen?(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie gut wären Ihre körperlichen Möglichkeiten nach einer OP zu verreisen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Verreisen Sie gerne?(0=gar nicht gerne,100=sehr gerne)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Würden Sie nach einer OP genauso gerne verreisen wie davor?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie gut können Sie derzeit Sport betreiben?(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie gut könnten Sie nach einer OP Sport treiben?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie würden Sie die Einschränkung von Freizeitmöglichkeiten nach einer OP einschätzen?(0=starke Einschränkung, 100=keine Einschränkung)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Leben Sie in einer Partnerschaft?

- Ja
 Nein

Wie empfinden Sie Ihr derzeitiges Sexualleben?(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie wäre Ihr Sexualleben nach einer OP?(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie wäre die sexuelle Betätigung nach der OP möglich?(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?(0=gar nicht zufrieden,100=sehr zufrieden)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie zufrieden wären Sie nach der OP mit Ihrem Sexualleben?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie würde Ihr/e Partner/In auf eine Operation reagieren?(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie würde Ihr/e Partner/In auf die Veränderung des Körpers nach einer OP in Bezug auf das Sexualleben reagieren?(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie glücklich sind Sie zur Zeit in Ihrer Partnerschaft?(0=gar nicht,100=sehr)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie glücklich wären Sie nach einer OP in Ihrer Partnerschaft?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie stark können Sie sich auf Ihre/n Partner/In vor der OP einlassen?(0=gar nicht,100=sehr)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie stark könnten Sie sich auf Ihre/n Partner/In nach einer OP einlassen?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie würden Sie Ihre derzeitigen Beziehungen zu Ihren Freunden und Bekannten beschreiben?
(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie würden Sie Ihre Beziehungen zu Ihren Freunden nach einer OP beschreiben?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie akzeptiert fühlen Sie sich im Kreis Ihrer Freunde und Bekannte?(0=nicht akzeptiert,100=sehr akzeptiert)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie akzeptiert würden Sie sich im Kreis Ihrer Freunde und Bekannte nach einer OP fühlen?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie kommunikativ schätzen Sie sich ein?(0=gar nicht kommunikativ, 100=sehr kommunikativ)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie kommunikativ schätzen Sie sich nach einer OP ein?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Fragebogen der Experimentalgruppe mit Operation



26% ausgefüllt

2. Wann hatten Sie die OP? Was genau wurde verändert?

Weiter

[Stephanie Herr](#), MSH Medical School Hamburg – 2015

3. Was arbeiten Sie?

Wie war die Arbeitsfähigkeit VOR der OP?(0=sehr schlecht, 100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie ist die Arbeitsfähigkeit NACH der OP?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie würden Sie Ihre Arbeitszufriedenheit VOR der OP einschätzen?(0=sehr niedrig, 100= sehr hoch)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie würden Sie Ihre Arbeitszufriedenheit NACH der OP einschätzen?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wenn Sie Frührentner aufgrund ihrer Krankheit sind, wie würden Sie Ihre Arbeitsfähigkeit nach der OP einschätzen?(0=sehr schlecht, 100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie würden Sie ihre Konzentrationsfähigkeit VOR der OP einschätzen?(0=sehr schlecht, 100= sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie würden Sie Ihre Konzentrationsfähigkeit NACH der OP einschätzen?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie gut konnten Sie Ihren Beruf VOR der OP ausführen? (0=sehr schlecht, 100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie gut können Sie ihren Beruf NACH der OP ausführen?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Haben Sie Hobbys?

Wenn ja, welche?

Haben Sie vor der OP Sport getrieben?

Wie gut können Sie nach der OP Ihren Hobbys nachgehen?(0=sehr schlecht, 100= sehr gut)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie die Möglichkeiten Ihrer Freizeitgestaltung VOR der OP einschätzen? (0=sehr schlecht, 100=sehr gut)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie die Möglichkeiten Ihrer Freizeitgestaltung NACH der OP einschätzen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie gut konnten Sie, körperlich gesehen, VOR der OP verreisen?(0=sehr schlecht, 100=sehr gut)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie gut können Sie, körperlich gesehen, NACH der OP verreisen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Sind Sie VOR der OP gerne verreist?(0=gar nicht gerne, 100= sehr gerne)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Verreisen Sie NACH der OP noch gerne?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie gut konnten Sie VOR der OP Sport treiben?(0=sehr schlecht, 100= sehr gut)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie gut können Sie NACH der OP Sport treiben?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie die Einschränkung von Freizeitmöglichkeiten NACH der OP einschätzen? (0=sehr starke Einschränkung, 100= gar keine Einschränkung)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

4. Leben Sie in einer Partnerschaft?

Ja

Nein

Wie war Ihr Sexualeben VOR der OP?(0=sehr schlecht, 100=sehr gut)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie ist Ihr Sexualeben NACH der OP?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie ist die sexuelle Betätigung NACH der OP möglich?(0=sehr schlecht, 100= sehr gut)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie zufrieden waren Sie VOR der OP mit Ihrem Sexualeben?(0=gar nicht, 100=sehr)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie zufrieden sind Sie NACH der OP mit Ihrem Sexualeben?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie hat Ihr/e Partner/In auf die Operation reagiert?(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie reagiert Ihr/e Partner/In auf die Veränderung in Bezug auf das Sexualleben?(0=sehr schlecht, 100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie glücklich waren Sie VOR der OP in Ihrer Partnerschaft?(0= gar nicht, 100=sehr)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie glücklich sind Sie NACH der OP in Ihrer Partnerschaft?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie stark konnten Sie sich auf Ihre/n Partner/In VOR der OP einlassen?(0=gar nicht, 100=sehr)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie stark können Sie sich NACH der OP auf Ihre/n Partner/In einlassen?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie gut würden Sie Ihre Beziehungen zu Ihren Freunden und Bekannten VOR der OP beschreiben?
(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie gut sind Ihre Beziehungen zu Ihren Freunden und Bekannten NACH der OP?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie akzeptiert fühlen Sie sich im Kreis Ihrer Freunde VOR der OP?(0=gar nicht akzeptiert, 100=sehr akzeptiert)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie akzeptiert fühlen Sie sich im Kreis Ihrer Freunde NACH der OP?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie kommunikativ schätzen Sie sich VOR der OP ein?(0=gar nicht, 100= sehr)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie kommunikativ schätzen Sie sich NACH der OP ein?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie gerne waren Sie unter Menschen VOR der OP?(0=gar nicht gerne, 100= sehr gerne)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie gerne sind Sie unter Menschen NACH der OP?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie einsam fühlten Sie sich VOR der OP?(0= gar nicht einsam, 100= sehr einsam)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie einsam fühlten Sie sich NACH der OP?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie war der Spaßfaktor, den Sie VOR der OP mit Ihren Freunden/Bekannten hatten?(0=sehr niedrig, 100= sehr hoch)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie ist der Spaßfaktor, den Sie NACH der OP mit Ihren Freunden/Bekannten haben?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie schätzen Sie Ihre soziale Kompetenz VOR der OP ein?(0=sehr niedrig, 100= sehr hoch)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie schätzen Sie Ihre soziale Kompetenz NACH der OP ein?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie stark konnten Sie sich VOR der OP auf Ihre Freunde einlassen?(0=gar nicht, 100= sehr)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie stark können Sie sich NACH der OP auf Ihre Freunde einlassen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Fragebogen der Kontrollgruppe



0% ausgefüllt

Fragebogen zur Arbeit, Freizeit, Partnerschaft und Sozialleben nach einer Operation bei BIID

Der folgende Fragebogen wurde im Rahmen einer Bachelorarbeit entwickelt. Dieser befasst sich mit der Body Integrity Identity Disorder (BIID).

BIID-Betroffene empfinden einen bestimmten Teil ihres Körpers als nicht zu sich gehörig. Seit der Kindheit haben sie den Wunsch beispielsweise ein Bein amputiert zu bekommen, querschnittsgelähmt, taub oder blind zu sein.

Ziel der Untersuchung ist es, herauszufinden, ob eine Operation bei BIID eine sinnvolle Alternative zur Therapie darstellt.

Sie füllen den Fragebogen der Kontrollgruppe aus.

Nach einem kurzen allgemeinen Teil folgen Fragen zum Thema Arbeit und Beruf. Im Anschluss daran folgt ein Teil mit Fragen zu Hobbys und Freizeitbeschäftigung. Der dritte Teil befragt Sie zu den Themen Sexualleben und Partnerschaft. Die letzten Fragen beschäftigen sich mit dem Thema soziale Kontakte. Die Antwortmöglichkeiten sind als Zahlenwerte dargestellt, wobei die Spanne von 0-100 reicht und in 10-er Stufen dargestellt ist. Jedem Zahlenwert kann eine Aussage zugeteilt werden. 0 steht hierbei für gar nicht oder sehr schlecht und 100 für sehr stark oder sehr gut.

Lesen Sie die einzelnen Fragen aufmerksam durch und nehmen Sie sich ausreichend Zeit. Pro Frage kann nur eine Zahl angekreuzt werden. Bitte versuchen Sie alle Fragen zu beantworten.

Mit dem Ausfüllen erklären Sie sich einverstanden, dass wir Ihre Daten wissenschaftlich auswerten und in Fachzeitschriften publizieren. Hierbei werden in der Regel nur Mittelwerte genannt. Ihre persönlichen Angaben bleiben auf jeden Fall anonym.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Beispiel-Item



Auf der nächsten Seite finden Sie ein Beispiel für die Frage und die Antwortmöglichkeiten.

Bitte kreuzen Sie keine Antwort an, es dient nur zur Veranschaulichung.

11% ausgefüllt

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit ein (0=sehr schlecht, 100=sehr gut)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Weiter

[Stephanie Herr](#), MSH Medical School Hamburg – 2015

22% ausgefüllt

Die Befragung beginnt!



Ab hier sind es keine Beispiele mehr.
Bitte kreuzen Sie folgende Fragen an.

Weiter

[Stephanie Herr](#), MSH Medical School Hamburg – 2015

33% ausgefüllt

Wie alt sind Sie?

Was ist Ihr
Geschlecht?

Was ist ihr höchster
Schulabschluss?

Welchen Beruf haben
Sie erlernt?

Was ist Ihr jetziger
Beruf?

Welche sexuelle
Orientierung haben
Sie?

Was ist Ihr familiärer
Status?

Leiden Sie an Body
Integrity Identity
Disorder?

Weiter

[Stephanie Herr](#), MSH Medical School Hamburg – 2015

44% ausgefüllt



Einige der folgenden Fragen werden auf die Situation nach einer OP ausgerichtet sein. Mit OP ist hier eine Amputation, beispielsweise des Beines oder eine Querschnittslähmung gemeint.

Versuchen Sie, sich so gut es geht in die Lage hineinzusetzen.

Weiter

[Stephanie Herr](#), MSH Medical School Hamburg – 2015

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit ein? (0=sehr schlecht, 100=sehr gut)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie Ihre Arbeitsfähigkeit nach einer OP einschätzen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie ist Ihre derzeitige Arbeitszufriedenheit? (0=sehr niedrig, 100=sehr hoch)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie Ihre Arbeitszufriedenheit nach einer OP einschätzen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie Ihre derzeitige Konzentrationsfähigkeit einschätzen (0=sehr schlecht, 100=sehr gut)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie ihre Konzentrationsfähigkeit nach einer OP einschätzen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie Ihre derzeitige Konzentrationsfähigkeit einschätzen (0=sehr schlecht, 100=sehr gut)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie ihre Konzentrationsfähigkeit nach einer OP einschätzen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie gut können Sie Ihren derzeitigen Beruf ausführen (0=sehr schlecht, 100= sehr gut)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie gut könnten Sie Ihren derzeitigen Beruf nach einer OP ausführen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Haben Sie Hobbys?

Wenn ja, welche?

Treiben Sie Sport?

Wie gut könnten Sie nach einer OP ihren Hobbys nachgehen (0=sehr schlecht, 100=sehr gut)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie derzeit die Möglichkeiten Ihrer Freizeitgestaltung einschätzen (0=sehr schlecht, 100=sehr gut)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie die Möglichkeiten Ihrer Freizeitgestaltung nach einer OP einschätzen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie gut sind zur Zeit Ihre körperlichen Möglichkeiten zu verreisen (0=sehr schlecht, 100=sehr gut)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie gut wären Ihre körperlichen Möglichkeiten zu verreisen nach einer OP?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Verreisen Sie gerne (0=sehr schlecht, 100= sehr gut)?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Würden Sie nach einer OP genauso gerne verreisen wie davor?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie gut können Sie derzeit Sport betreiben (0=sehr schlecht, 100=sehr gut)?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie gut könnten Sie nach einer OP Sport treiben?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

Wie würden Sie die Einschränkung von Freizeitmöglichkeiten nach einer OP einschätzen (0=starke Einschränkung, 100= keine Einschränkung)?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>										

1. Leben Sie in einer Partnerschaft?

- Ja
 Nein

Wie empfinden Sie Ihr derzeitiges Sexualleben(0=sehr schlecht, 100= sehr gut)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie wäre Ihr Sexualleben nach einer OP(0=sehr schlecht, 100=sehr gut)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie wäre die sexuelle Betätigung nach der OP möglich (0=sehr schlecht, 100=sehr gut)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben (0=gar nicht zufrieden, 100=sehr zufrieden)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie zufrieden wären Sie nach einer OP mit ihrem Sexualleben?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würde Ihr/e Partner/In auf eine Operation reagieren?(0=sehr schlecht, 100=sehr gut)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würde Ihr/e Partner/In auf die Veränderung des Körpers nach einer OP in Bezug auf das Sexualleben reagieren(0=Sehr schlecht, 100=sehr gut)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie glücklich sind Sie zur Zeit in Ihrer Partnerschaft(0=gar nicht, 100=sehr)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie glücklich wären Sie nach einer OP in Ihrer Partnerschaft?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie stark können Sie sich auf Ihre/n Partner/In einlassen(0=gar nicht, 100=sehr)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie stark könnten Sie sich auf Ihre/n Partner/In nach einer OP einlassen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie Ihre derzeitigen Beziehungen zu Ihren Freunden und Bekannten beschreiben?
(0=sehr schlecht,100=sehr gut)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie Ihre Beziehungen zu Ihren Freunden nach einer OP beschreiben?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie akzeptiert fühlen Sie sich im Kreis Ihrer Freunde und Bekannte?(0=nicht akzeptiert,100=sehr akzeptiert)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie akzeptiert würden Sie sich im Kreis Ihrer Freunde und Bekannte nach einer OP fühlen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie kommunikativ schätzen Sie sich ein?(0=gar nicht kommunikativ, 100=sehr kommunikativ)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie kommunikativ schätzen Sie sich nach einer OP ein?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie gerne sind Sie unter Menschen?(0=gar nicht gerne, 100=sehr gerne)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie gerne wären Sie unter Menschen nach einer OP?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie einsam fühlen Sie sich zur Zeit?(0=sehr einsam, 100= gar nicht einsam)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie einsam würden Sie sich nach einer OP fühlen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie ist der Spaßfaktor, den Sie mit Ihren Freunden/Bekannten haben?(0=sehr niedrig,100=sehr hoch)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie wäre der Spaßfaktor, den Sie nach einer OP mit Ihren Freunden/Bekannten hätten?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie Ihre soziale Kompetenz derzeit einschätzen? (0=sehr niedrig, 100=sehr hoch)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie würden Sie Ihre soziale Kompetenz nach einer OP einschätzen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie stark können Sie sich zur Zeit auf Ihre Freunde/Bekannte einlassen?(0=gar nicht,100=sehr)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie stark könnten Sie sich auf Ihre Freunde/Bekannte nach einer OP einlassen?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: Herr, Stephanie

Matrikelnummer: 130204035

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

Ort, Datum: Hamburg, 16.02.2016

Unterschrift:
