

Body Integrity Identity Disorder (BIID)

Sarah Eurich
Soziale Arbeit, 6. Semester
Modul 22: Zwischen Partizipation und
Diskriminierung - Migration und Integration im
nationalen und internationalen Vergleich
bei Herrn Volker Kaufmann

Gliederung

Umfrage I

1. Einführung in BIID

Umfrage II

2. Diagnostik & Differenzialdiagnostik
3. Erklärungsansätze bezüglich BIID
 - 3.1. kognitive-verhaltenstherapeutische Erklärungsansätze
 - 3.2. psychodynamische Erklärungsansätze
 - 3.3. psychologische Erklärungsansätze
 - 3.4. neurologische Erklärungsansätze
4. aktueller Forschungsstand
5. Therapien
 - 5.1. kognitive-verhaltenstherapeutische Ansätze
 - 5.2. psychodynamische Therapieansätze
 - 5.3. sonstige Therapieansätze

Umfrage III

6. Amputation als Lösung?
7. Fazit

Umfrage: Runde 1

https://erhebung.de/zu/OTXh0KFKVZ/Body_Integrity_Identity_Disorder_BIID_Runde_1



1. Einführung in BIID



Body Integrity Identity Disorder - Was ist das?

- dauerhaft präsender Wunsch nach einer Amputation eines gesunden Körperteiles (v. a. Beinamputationen)
- Ziel: Vervollständigung der Identität; Weiterführung des bisherigen, meist aktiven Lebens mit der Herausforderung der Behinderung
- Entstehung: umstritten
 - überwiegend präpubertär
 - Schlüsselerlebnis in der Kindheit
 - distanzierte Beziehung zu den Eltern
- Vorstellung alltägliche Dinge mit Körperbehinderung durchzuführen → Glücksgefühle
- Schuldgefühle & Faszination gegenüber unfreiwillige amputierten Menschen
- Verwirklichung des Wunsches: illegale Amputation, Trockeneis, Abschnüren, Zertrümmern, bewusst erzeugte Infektionen, Motorsägen, Bahngleis ...

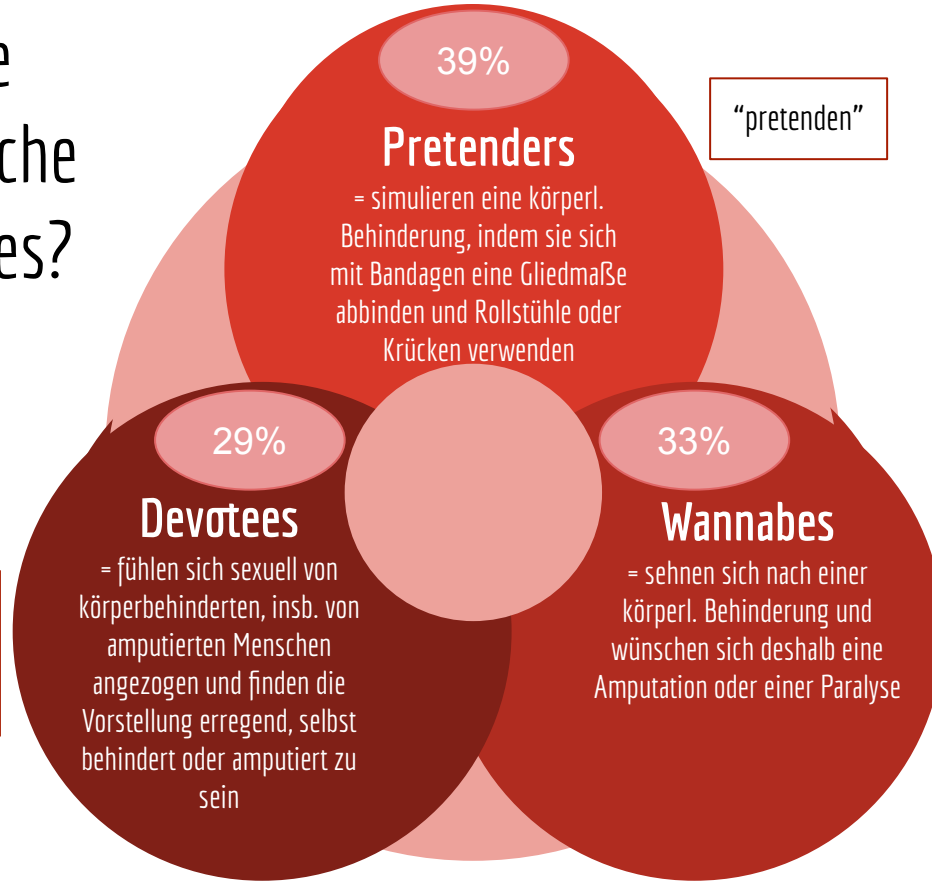
Body Integrity Identity Disorder - Was ist das?

- Betroffene: möglicherweise mehrere Tausend weltweit/ 1-3% der Gesamtbevölkerung
 - überwiegend Männer & überwiegend homosexuelle Orientierung
 - Menschen mit überdurchschnittlichem Bildungsniveau & in Führungspositionen
 - Alltag mit hohen Anforderungen & extremen Stressniveaus
 - Persönlichkeitsmerkmale: autonom, zielstrebig, gewissenhaft, streben nach Herausforderungen, Besonderheit, Einzigartigkeit & Bewunderung, differenziert, strukturiert → narzisstische Persönlichkeitsstruktur
- Zivilisations-/ Wohlstandskrankheit, nicht psychotisch!
- hoher Leidensdruck
- Begleiterkrankung Depressionen bei ca. 20% der Betroffenen
- bisher noch nicht in klinisch relevante Klassifikationssysteme aufgenommen - Unklarheiten welche Art von Störung/ Krankheit
- mangelnde Krankheitseinsicht

BIID - Welche unterschiedliche Formen gibt es?

nach Richard Bruno (1997)

“Apotemnophilie”/
“Apotemnophilia”
= Liebe zum Abschneiden



Umfrage: Runde 2

https://erhebung.de/zu/OTXhOKFKVZ/Body_Integrity_Identity_Disorder_BIID_Runde_2



2. Diagnostik & Differentialdiagnostik



Diagnostik von BIID

- keine verbindlichen klinischen oder forschungsbezogenen Diagnosekriterien
- Screening-Fragebogen (15 Fragen):
 - Haben Sie den Wunsch nach einer Behinderung?
 - Ist dieser Wunsch nach einer Behinderung fast täglich vorhanden?
 - Trat der Wunsch erstmalig vor der Pubertät auf?
 - Leiden Sie darunter, dass Sie den Wunsch nicht einfach umsetzen können?
 - Wird eine Realisation des Wunsches langfristig angestrebt?
 - Hat die Intensität des Wunsches in den letzten Jahren zugenommen?
 - Haben Sie jemals pretendet, d. h. eine Behinderung nachgeahmt?
 - Pretenden Sie regelmäßig?
 - Verspüren Sie eine sexuelle Erregung, wenn Sie sich ihre Wunschbehinderung vorstellen?
 - Sprechen Sie mit Freunden oder Angehörigen offen über Ihren Wunsch?
 - Fühlen Sie sich mit Ihrem Wunsch zeitweise alleine und einsam?
 - Kennen Sie andere BIID-Betroffene?
 - Haben Sie Kontakt zu anderen BIID-Betroffenen?
 - Schwankt Ihr Wunsch nach Behinderung in Abhängigkeit von bestimmten Situationen?
 - Haben Sie in der Kindheit einen behinderten Menschen gesehen, der Sie fasziniert hat?

Differentialdiagnostik von BIID

körperdysmorphe Störung (BDD)	<ul style="list-style-type: none">➤ Betroffene sind davon überzeugt, dass ein Teil ihres äußerlichen Erscheinungsbildes deformiert ist➤ typisches Verhalten: Verstecken des vermeintlich missgestalteten Körperteils, Vergleichen des eigenen betroffenen Körperteils mit dem anderer Personen, ständige Suche nach Bestätigung der normalen äußeren Erscheinung, sozialer und gesellschaftlicher Rückzug➤ Scham und nicht auffallen wollen
selbstverletzendes Verhalten (SVV)	<ul style="list-style-type: none">➤ absichtliche Zufügen einer Verletzung ohne suizidale Absicht➤ regulative Funktion beim Abbau negativer Emotionen → Aufrechterhalten einer glücklichen Fassade➤ Entspannung bei der Selbstverletzung, danach Scham➤ Ziel: Aufmerksamkeit der Bezugspersonen auf sich lenken➤ Krankheitseinsicht
artifizielle Störung	<ul style="list-style-type: none">➤ Betroffene erzeugen bei sich selbst Erkrankungen, indem sie sich Verletzungen zufügen oder giftige Substanzen zu sich nehmen, damit sie regelmäßig und hochfrequent medizinische Hilfe aufsuchen können, Simulation von Krankheiten➤ Ziel: Aufmerksamkeit und Zuwendung, Patientenrolle einnehmen und deren Vorzüge genießen

psychiatrischer Erklärungsansatz

Differentialdiagnostik von BIID

	gender identity disorder (GID)	body integrity identity disorder (BIID)
Fokus	Geschlechtsmerkmale	Extremitäten
Affekt	hassen zum teil die vorhandene Geschlechtsmerkmale	stehen vorhandenen Extremitäten gleichgültig gegenüber
Ziel	Körper des Identitätsgeschlechts	körperliche Behinderung
Gesellschaft	Passing im Identitätsgeschlecht	Teil der Gemeinschaft körperlich behinderter Menschen sein
Bedeutung	Männer und Frauen bilden je etwa zur Hälfte unsere Gesellschaft	Körperlich behinderte Menschen sind keine Minderheit
äußere Erscheinung	zum Teil Ähnlichkeit mit dem Identitätsgeschlecht	keine dysfunktionalen oder deformierten Extremitäten
Erstmanifestation	Kindheit, Adoleszenz und Erwachsenenalter	Kindheit und frühe Adoleszenz

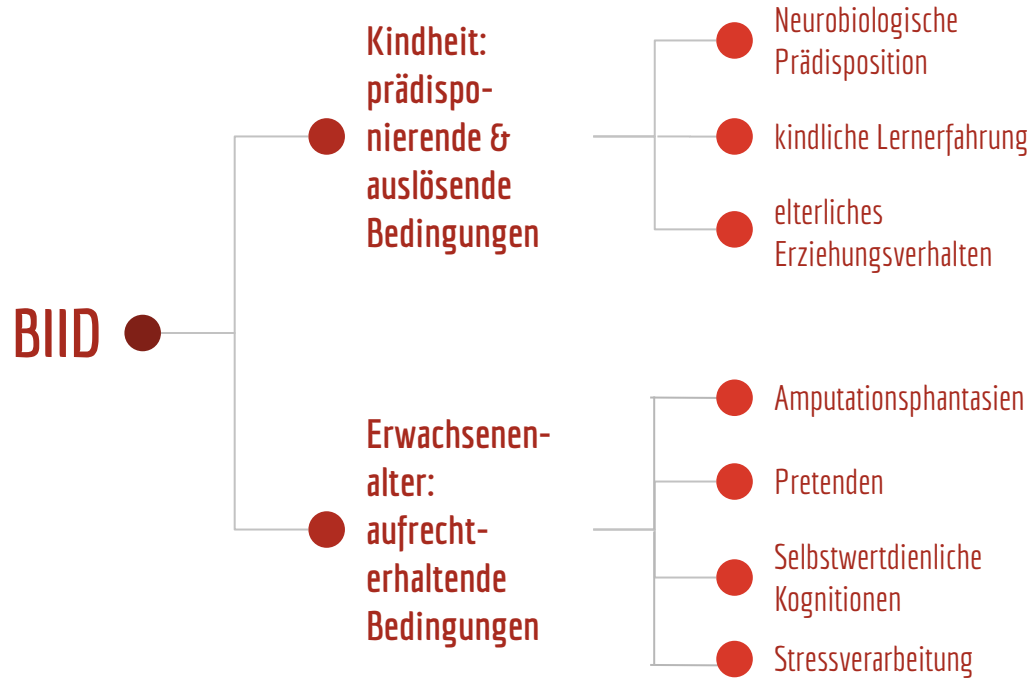
psychiatrischer Erklärungsansatz



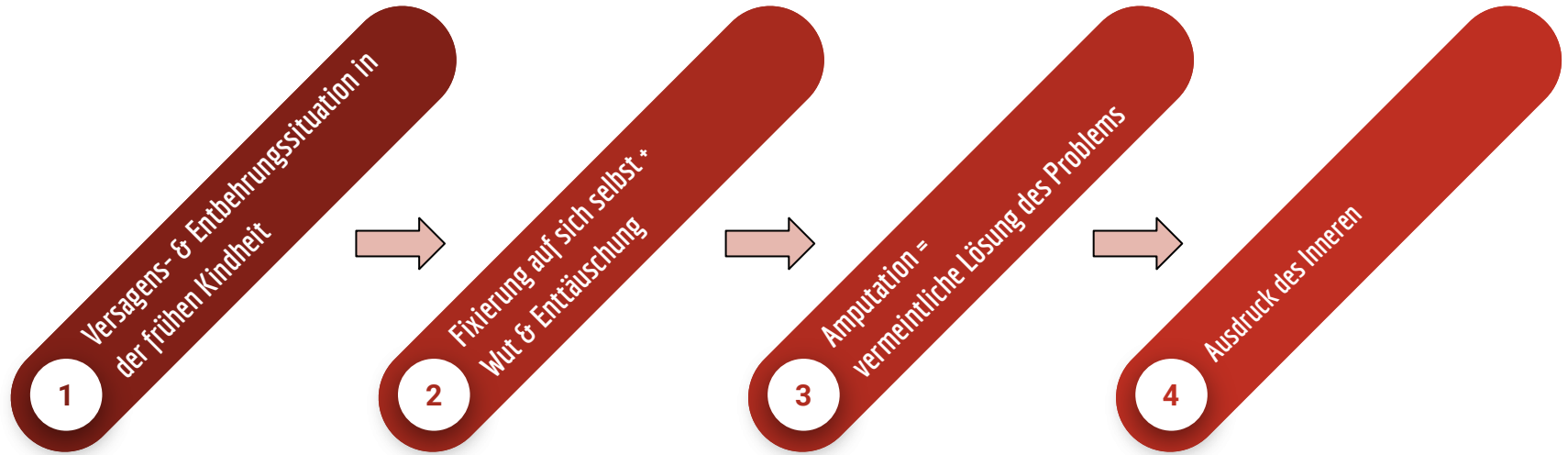
3. Erklärungsansätze bezüglich BIID



3.1 kognitive-verhaltenstherapeutische Ansätze



3.2 psychodynamische Erklärungsansätze



3.3 psychologische Erklärungsansätze

➤ entwicklungspsychologischer Ansatz

- Störung des Körperschemas zu einem frühen Zeitpunkt der kindlichen Entwicklung
- + nachweislich häufig Erkrankung des entsprechenden Körperteils in einer frühen Entwicklungsphase
- - spielt eine Rolle dabei, was amputiert werden soll, aber erklärt nicht, warum etwas amputiert werden soll

➤ Paraphilie

- sexueller Aspekt von BILD als primäre Motivation
- + tritt hauptsächlich bei Männern auf, laut Forschungen hat auch fast ein Drittel min. eine weitere Paraphilie
- - erklärt nur die Gruppe der Devotees

➤ Factitious Disability Disorder

- psychische Störung, bei der eine Behinderung vorgetäuscht wird, um Aufmerksamkeit zu erhalten
- + nachweislich häufig kalte, ridige, sexualfeindliche, streng religiös Elternhäuser

nach Richard Bruno (1997)

		Erscheinungsbild Behinderte/r		
		Ja	Nein	
Bewusstsein	Ja	erfolgreicher Wannabe	Pretender	Wannabe
	Nein	Factitious Disability		Devotee

3.4 neurologische Erklärungsansätze

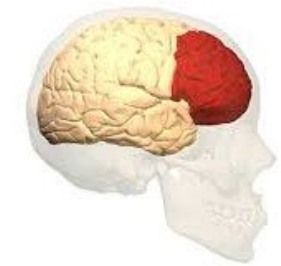
- **Periphere Störung durch Ruhigstellung oder Verletzung der Gliedmaßen**
 - viele Betroffene berichten von einer zeitweiligen Lähmung oder Verletzung mit anschließender Ruhigstellung in der Vergangenheit
 - Bewegungstherapie = Versuch der Reintegration
- **angeborene neuronale Dysfunktion des rechten suprioren Pariettallappens**
 - = spielt eine essenzielle Rolle in der Konstruktion eines dynamischen Körperbildes
 - fehlende Integration bestimmter Bereiche der linken Körperhälfte im Körperschema
 - ähnlich Somatoparaphrenie
 - kann kurzzeitig durch eine Vestibularstimulation mit Hilfe einer Kaltwasserspülung gemildert werden
- **Pötzl-Syndrom**
 - Tumor oder Gehirnschlag im rechten Parietallappen bewirkt, dass die linke Körperseite (zum Teil) ignoriert oder als fremd/ unwirklich/ einer anderen Person zugehörig wahrgenommen wird
- **Fremde-Hand-Syndrom**
 - Hand wird nicht mehr als dem Körper zugehörig empfunden und entzieht sich willentlicher Kontrolle/ bewegt sich scheinbar autonom
 - Auslöser: Schlaganfall, Tumor, Blutung im Corpus callosum oder im frontalen Cortex
- **angeborener Mismatch**
 - bestehende Diskrepanz zwischen physischem Körper und Körperbild



Parietal Lobe | Function, Position, Anatomy, Diseases & Syndrome (human-memory.net)



Corpus Callosum | Function, Etymology, Location & Anatomical Structure (human-memory.net)



Blog (pinnaclegeist.com)



4. aktueller Forschungsstand



aktueller Forschungsstand

Einzelfallstudien

- Fallstudie von Money et al. (1977) über zwei Patienten mit Apotemnophilie
- Fallstudie von Bruno (1997) über zwei weibliche Betroffene → vier Ausprägungen (Factitious Disability Disorders)
- Fallstudie eines transsexuellen Amputierten von Berger, Lehrmann, Larson, Alverno & Tsao (2005)
- Fallstudie eines mehrfach Amputierten von Sorene, Heras-Palou & Burke (2006)
- Psychotherapiebericht von Braam et al. (2006)
- Einzelfallstudie von Kasten & Stirn (2009) bei einem Betroffenen, dessen Amputationswunsch vom linken auf das rechte Bein wechselte
- Fallbericht zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen von Thiel, Ehni, Oddo & Stirn (2011)

Gruppenstudien

- Telefoninterviewstudie von Michael First (2005) mit 52 Betroffenen
- Fragebogenstudie von Kasten (2009) mit 9 Betroffenen aus Deutschland
- Telefoninterviewstudie von Blanke et al. (2009) mit 20 Betroffenen
- klinische Interviews und Fragebögen von Thiel, Ehni, Oddo & Stirn (2009 - Teilergebnisse veröffentlicht) mit 30 Betroffenen aus Deutschland
- Fragenbogenstudie von Blom, Hennekam & Denys (2012) mit 54 Betroffenen

Neurowissenschaftliche Studien

- Brang, McGeoch & Ramachandran (2008/2009) → Hautleitfähigkeitsmessung bei 2 BILDlern & 5 Kontrollpersonen
- McGoach, Brang, Song, Lee, Huang & Ramachandran (2009) → Magnetenzehalogramm bei 4 BILDlern & 4 Kontrollpersonen
- Thiel, Ehni, Oddo & Stirn (2009) → funktionelle Magnetresonanztomographie mit 12 BILDlern & 12 Kontrollpersonen



5. Therapien



5.1 kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze

Phasenmodell zur Selbstmanagement-Therapie von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2006)

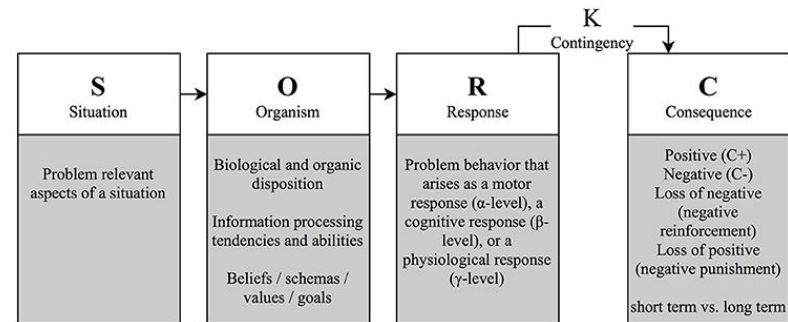
1. Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
2. Aufbau von Veränderungsmotivation & vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen
3. Verhaltensanalyse & funktionelles Bedingungsmodell
4. Vereinbaren therapeutischer Ziele
5. Planung, Auswahl & Durchführung spezieller Methoden
 - Aufrechterhaltung der Therapiemotivation: Pro-Konta-Liste
 - Diagnostik: Selbstbeobachtung, Problem- & Verursachungsanalyse
 - Verhaltensmodifikation: Stimuluskontrolle, Problemlösetraining, Einsatz von Belohnung
 - kognitive Umstrukturierung: imagines Exposé, Gedankenstopp-Methode, achtsame Aufmerksamkeit
6. Evaluation therapeutischer Fortschritte
7. Erfolgsoptimierung & Abschluss der Therapie

→ im Einzelfall kann eine sehr deutliche Reduktion der Symptomatik erreicht und der enorme Leidensdruck deutlich reduziert werden!
→ bisher ist kein Fall bekannt, bei dem mit psychotherapeutischen Mitteln eine vollständige Reduktion der BPD Symptomatik erzielt wurde (kein Amputationswunsch mehr)!

5.1 kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze

Phasenmodell zur Selbstmanagement-Therapie von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2006)

1. Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
 - a. kooperative therapeutische Allianz zwischen KlientIn und TherapeutIn etablieren
 - b. deutlich machen der Haltung: Amputation nicht Therapieziel
 - c. alternative Kontaktformen, um lange Anfahrtswege zu ersparen
2. Aufbau von Veränderungsmotivation & vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen
 - a. kritische Prüfung der Motivationsbedingungen
 - b. vorsichtig-optimistische Grundhaltung von TherapeutIn und Vermittlung einer Zukunftsperspektive
 - c. Änderungsbereiche z. B. Reduktion der Amputationsphantasien & des Pretending-Verhaltens, Abbau dysfunktionaler Kognitionen, Förderung einer adäquateren Stressbewältigung, Förderung von Konfliktbearbeitung-Strategien
3. Verhaltensanalyse & funktionelles Bedingungsmodell
 - a. Verhaltensanalyse durch z. B. SORKC-Schema
 - b. Gesamtkontext berücksichtigen



5.1 kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze

4. Vereinbaren therapeutischer Ziele
 - a. Vereinbarkeit mit Veränderungsmotivation und Lebenssituation des/der KlientIn berücksichtigen
 - b. mögliche BIID-spezifische Therapieziele: Begrenzung des Anschauen von Fotos amputierter Personen auf bestimmten Zeitraum; Reduktion des Pretender-Verhaltens auf eine bestimmte Dauer pro Monat; Begrenzung der gedankliche Auseinandersetzung mit dem Amputationswunsch auf bestimmten Zeitraum; kritisches Hinterfragen der eigenen Leistungsansprüche, ggf. Reduzierung; Verbesserung der Problem- und Konfliktlösefähigkeit (hinsichtlich beruflicher Probleme und Konflikte); Entwicklung, Überprüfung, Umsetzung und Aufrechterhaltung alternativer Freizeitbeschäftigungen
5. Planung, Auswahl & Durchführung spezieller Methoden
 - a. Therapiemethoden zur Aufrechterhaltung der Therapiemotivation: Pro-Kontra-Liste, Zeitprojektion
 - b. Diagnostische Therapiemethoden: Selbstbeobachtung, Problem- und Verhaltensanalyse, Tagesprotokoll negativer Gedanken
 - c. Therapiemethoden zur Verhaltensmodifikation: Stimuluskontrolle, Ablenkung, Aufstellen eines Notfallplans, Aktivitätenliste, Selbstbelohnung, Problemlösetraining, Einsatz von Entspannungsverfahren
 - d. Therapiemethoden zur kognitiven Umstrukturierung: Imaginative Verfahren, Kognitive Neubewertung, Aufbau eines positiven Selbstkonzepts, Gedankenstopp-Methode, Achtsamkeitsbasierende Behandlungselemente
6. Evaluation therapeutischer Fortschritte
 - a. therapiebegleitende Diagnostik mit allg. psychometrischen Testverfahren (störungsspezifisches Messinstrument für BIID noch nicht existent)
 - b. zielabhängige Evaluation (orientiert sich am Goal Attainment Scaling (GAS)/ Zielerreichungsskalen)
7. Erfolgsoptimierung & Abschluss der Therapie
 - a. Stabilisierung und der Transfer von Veränderungen
 - b. Stärkung der Problemlöse- und Selbstmanagement-Kompetenzen

5.2 psychodynamische Therapieansätze

- **Kontaktaufnahme und Ablauf einer positiven Übertragungsbeziehung** besonders wichtig wegen hoher Scham/ Angst
- **KlientInnen-Aufklärung** (unklar ob das Ziel BIID vollständig zu überwinden erreicht werden kann), **Klärung des Behandlungsrahmens** (Langzeitbehandlung mit einer gewissen Anzahl an Sitzungen), **Therapieziele** festlegen (konkrete **Distanzierung von der Umsetzung der Amputation** während der Therapie, Rücksprache mit TherapeutIn bei Planung der konkreten Umsetzung während der Therapie)
- **Umgang mit geplanter Amputation:** keine Unterstützung bei Umsetzung der Amputation, Selbstgefährdung nach §10 FrhEntzG HE
- **Umgang mit Pretenden:** **dahinter liegende Motive betrachten und nutzen** → Hemmt oder verstärkt Drang zur Umsetzung einer Amputation?
- **Diagnostik:** Gespräch + Fragebögen* → Welche Art von Behinderung wird angestrebt (Wunsch nach einer Behinderung mehrere)? Ist bisher bereits ein Körperteil amputiert worden? Werden in der Phantasie teilweise auch weitere Behinderungen hinzugefügt, die jedoch nicht real umgesetzt werden sollen?; Komorbidität Depression ansprechen; auslösende Situation und aufrechterhaltende Bedingungen explorieren (siehe diagnostischer Interviewleitfaden auf den nächsten zwei Folien)
- **Psychotherapie:**
 - **Technik der freien Assoziation zu Beginn**
 - PartnerIn von Betroffenen miteinbeziehen
 - BIID-/Scham-Funktionen
 - Zugang zu (Abwehr-)Emotionen
 - Anfeindungen gegenüber PsychologInnen/ MedizinerInnen/ TherapeutInnen
 - Kontrolle als Schamabwehr & Unsicherheitsbewältigung
 - **Rationalisierungen: Austausch mit unfreiwillig Amputierten**
 - Symptom-Verschlechterung bedeutet nicht Therapieverschlechterung
 - Umsetzung des Wunsches ist nicht zwingend erforderlich

* z. B. Screening-Fragebogen zu BIID (siehe Folie 9), Hamburger Zwangsinventar-Kurzform (HZI-K), Yale-Brown-Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Beck-Depressions-Inventar (BDI); Narzissmusinventar (NI)

5.2 psychodynamische Therapieansätze

diagnostischer Interviewleitfaden

auslösende Situation:

- An welche Situationen in Ihrer Kindheit können Sie sich erinnern, die im weitesten Sinn mit Amputation bzw. BIID zu tun haben?
- Wie hat Ihr soziales Umfeld (z. B. Eltern) darauf reagiert?
- Was haben Sie beim Anblick einer amputierten Person gedacht?
- Wie haben Sie beim Anblick einer amputierten Person empfunden?
- Wann kam bei Ihnen zum ersten Mal der Wunsch auf, eine Amputation bei sich durchführen zu lassen?
- Unter welchen Umständen bzw. in welcher Situation ist dieser Wunsch zum ersten Mal aufgetreten?
- Gab es bei Ihnen Zeiten, in denen der Wunsch sehr wenig bzw. gar nicht vorhanden war?
- Was war in diesen Zeiten anders als sonst?

aufrechterhaltende Bedingungen:

- Wie häufig haben Sie Phantasien, die im weitesten Sinne mit BIID zu tun haben? (z. B. Amputationsphantasien)
- Welche Phantasien sind dies?
- Wie konkret sind diese Phantasien?
- Wissen Sie z. B. bereits, welche Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Krücken, Rollstuhl) Sie nach einer Amputation nutzen würden?
- Wie würden Sie damit umgehen, dass alltägliche Handlungen deutlich länger dauern würden als bisher?
- Wie würde Ihr Umfeld (PartnerIn, Eltern, FreundInnen, NachbarInnen) auf die Amputation reagieren?
- Wen würden Sie über die wahren Hintergründe der Amputation aufklären?
- Was würden Sie sagen, wenn Sie Ihr Umfeld (PartnerIn, Eltern, FreundInnen, NachbarInnen) bzgl. der Ursachen der Amputation fragen würden?

5.2 psychodynamische Therapieansätze

diagnostischer Interviewleitfaden

aufrechterhaltende Bedingungen:

- Wie würden Sie ihren körperlichen und seelischen Zustand nach einer Amputation einschätzen?
 - In welchen Situationen treten die Amputationsvorstellungen gehäuft auf?
 - In welchen Situationen treten diese Phantasie weniger häufig bzw. gar nicht auf?
 - Haben Sie für sich selbst Möglichkeiten entdeckt, die Art und Häufigkeit der Phantasien zu beeinflussen? (z. B. durch Ablenkung)
 - Welche Techniken sind dies?
 - Wie häufig unternehmen Sie Dinge, die in Zusammenhang mit BILD stehen? (z. B. Fotos amputierter Personen ansehen, Pretenden)
 - Welche Dinge unternehmen Sie diesbezüglich?
 - Unter welchen Umständen haben Sie häufiger den Drang, solche Dinge zu tun?
- Unter welchen Umständen ist dieser Drang weniger bzw. gar nicht vorhanden?
 - Können Sie Art und Umfang dieses Verhaltens in bestimmter Weise kontrollieren?
 - Wie kontrollieren Sie dieses Verhalten?

5.2 psychodynamische Therapieansätze

Therapiemodus bei vorwiegend aggressiver Verarbeitung des Grundkonflikts

Frustration

Wut

Wunsch nach Entschädigung



inhaltliche Auseinandersetzung, überhöhte Erwartungen zurückmelden

Therapiemodus bei vorwiegend narzisstischer Verarbeitung des Grundkonflikts

geringes Selbstwertgefühl

Wunsch nach Bewunderung

Bei Versagung: Entwertung



Anerkennung zurückmelden, Verhaltensweisen bei der Suche nach Bestätigung/ Anerkennung betrachten

Therapiemodus bei vorwiegend ängstlich-zwanghafter Verarbeitung des Grundkonflikts

Selbstunsicherheit

Veränderungs-
schwierigkeiten

Widerstand



kritisch hinterfragen und zur (Selbst-)Reflexion leiten, keine dauerhafte Zustimmung

Therapiemodus bei vorwiegend pseudo-unabhängiger Verarbeitung des Grundkonflikts

Angst vor Abhängigkeit

Suche nach Autonomie



Autonomiebestrebungen nicht zu früh spiegeln, KlientIn aktiv in Entscheidungen miteinbeziehen, Angst vor Abhängigkeit berücksichtigen und ansprechen

5.3 sonstige Therapieansätze

- Gruppentherapie
- katathym-imaginatives Bildererleben
- Entspannungsverfahren
- Körperpsychotherapie
 - Gestalttherapie
 - Funktionelle Entspannung
 - Vegetotherapie
 - konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)
 - analytische Bewegungs- und Tanztherapie (ABT)
- imaginatives Resonanz-Training
- Hypnotherapie

5.3 sonstige Therapieansätze

Gruppentherapie

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none">➤ Erkenntnis, dass man nicht alleine ist mit BIID➤ Beobachten von ähnlichen Verhaltensmustern bei sich und anderen➤ Gemeinsame Reflexion von BIID-spezifischen Verhaltensweisen und deren Zusammenhang mit dem Auftreten im Alltag➤ Einsicht in psychischen Ursprung von BIID wird erleichtert, wenn bereits ein Mitglied Zugang dazu hat➤ Spiegelung von Unbewusstem in der Gruppe und damit Ermöglichung eines Vordringens in das Bewusstsein➤ Erlernen von Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeiten➤ Aufdeckung von prägenden Erlebnissen in der Lebensgeschichte in Bezug auf BIID➤ gegenseitiges Anspornen bei der Vermeidung von Pretenden, Bildersuche im Internet und zeitraubenden BIID-Vorstellungen➤ Therapiestörende Aspekte, können vom/ von TherapeutIn entdeckt und behoben werden	<ul style="list-style-type: none">➤ Austausch von BIID-Methoden➤ Austausch von Erfahrungen mit Amputationen, Adressen von ÄrztInnen, die Amputationen ohne medizinische Indikation vornehmen➤ Keine Therapiefortschritte bei Sabotage der Gruppenindikation durch ein Gruppenmitglied➤ Keine Therapiefortschritte, wenn Gruppenmitglieder sich nicht vertrauen und nicht zueinander finden

5.3 sonstige Therapieansätze

katathym-imaginatives Bilderleben

- “katathym” (griech.): “kata” = “gemäß”/ “abhängig von”; “thymos” = “Seele”/ “Emotionalität”
- stützt sich auf die subjektive, emotional geleitete Vorstellungskraft der KlientInnen
- macht sich die Fähigkeit der Imagination und die hohe Intelligenz von BILDlern zunutze
- Nutzung von Tagträumen: in imaginativen Szenarien unbewusst Probleme hervorrufen und diese dann auf bewusster Ebene bearbeiten
- erleichtert es, eigene Emotionen wahrzunehmen, zu erleben, zu benennen und zu modifizieren+

Entspannungsverfahren

- durch gezielten Körpereinsatz einen Zustand der Entspannung erwirken und somit dem Amputationswunsch weniger die Notwendigkeit des Auftretens geben
- autogenes Training nach Schultz (AT): KlientIn lernt, wie er/sie sich selbst in eine Art Hypnose versetzen kann und dadurch zur völligen Entspannung kommt → Erlernung neuer Stressabbaualternativen → bessere Frustrationstoleranz, ruhigere und gelassene Einstellung
- progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR) → Muskeln aktiv entspannen, um Organismus zu vermitteln, dass er sich entspannen kann → unerwünschtes Körperteil bewusst miteinbeziehen, um neues Körperschema entwickeln zu können

5.3 sonstige Therapieansätze

Körperpsychotherapie

- *Gestalttherapie* von Fritz Perls: bewusste Wahrnehmung der eigenen Körperfunktionen und deren Bewertung
- *funktionelle Entspannung* von Marianne Fuchs: vegetative Funktionen des Körpers bewusst wahrnehmen und verbalisieren, Aufarbeitung des Erlebten zusammen mit dem/der TherapeutIn
- *Vegetotherapie* von Wilhelm Reich: Annahme, dass gewisse Erlebnisse in der Biografie eines Menschen körperliche Residuen hinterlassen → chronische seelische Belastungen mithilfe von Massagen bzw. Körperübungen zur Muskelrelaxation lindern
- *konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)* von Elsa Gindler: Arbeit mit Werkzeugen, die die taktilen Erfahrungen intensivieren, nachträgliche Reflexion in der Gruppe über das Erfahrene
- *analytische Bewegungs- und Tanztherapie (ABT)* von Elaine V. Siegel: Kontakt mit dem Umfeld seit Beginn der Entwicklung in de Körpergedächtnis gespeichert und anschließend in der Körpersprache sichtbar → Aufforderungen und Wünsche, die sich in der Körpersprache ausdrücken, erkennen, reflektieren und in Bezug auf die eigene Entwicklung verstehen

imaginatives Resonanz-Training von Paul Meyer

- Ziel: krankheitsaufrechterhaltende Programme durch systematisches Training zu löschen
- Grundannahme: durch Training werden verschiedene Muster von Gesundheit aktiviert, um so die betreffende Symptomatik zu reduzieren
- mittels spezifischer Imagination werden eigene Körperteile verändert & durch entstehende Resonanz wird Selbstheilung ermöglicht

5.3 sonstige Therapieansätze

Hypnotherapie

➤ Ziele:

- Verhaltensänderungen ermöglichen
- Gedankliche Strukturen neu verknüpfen
- Unproduktive Einstellungen & Haltungen korrigieren
- Affektive Muster verändern (minimieren, verstärken, neu konditionieren)
- Emotional belastende Ereignisse & Empfindungen restrukturieren
- Physiologische/ biochemische Veränderungen für Heilungsprozesse fördern

➤ allgemeine Prinzipien:

- Hypnotische Trance
- Utilisation
- Ressourcenorientierung
- Hypnotische Beziehung
- Rapport

➤ Ablauf einer Sitzung:

- Herstellung von Rapport
- Vorgespräch: u. a. Ziel-, Erwartungs- & Methodenklärung
- Induktion & Vertiefung eines Trance-Zustandes
- Therapeutische Nutzung: Utilisation von Trancephänomenen & inhaltlicher Bearbeitung
- Reorientierung: Beendigung der Trancephänomene
- Nachgespräch

➤ Techniken:

- Trance mit Entspannungssuggestionen
- Altersregression
- Trance zur Gefühlswahrnehmung
- Arbeit mit Teilen
- Reframing
- Zukunftsprojektion
- Swish-Muster
- Trance zum Umgang mit Rückschlägen
- Rituale
- Selbsthypnose



6. Amputation als Lösung?



Umfrage: Runde 3

https://erhebung.de/zu/OTXhOKFKVZ/Body_Integrity_Identity_Disorder_BIID_Runde_3

+

- Recht zur freien Gestaltung des eigenen Körpers/ Prinzip der Autonomie
- Prinzip der Benefizienz: drei Kriterien (Wirksamkeit, Nachhaltigkeit des Effekts, Fehlen einer anderen Therapiemöglichkeit), um Wohlbefinden, Gesundheit & ärztliche Fürsorge zu gewährleisten, erfüllt
- Prinzip der Nonmalefizienz bei anderen legalen OPs auch nicht gewährleistet (Bsp. Brustvergrößerungen)
- einzig mögliche Behandlungsmethode gegen BIID
- weitere Amputationen für die Forschung erforderlich
- besondere und außergewöhnliche Arten von Körpermodifikationen in unserer heutigen Gesellschaft inzwischen etabliert
- andere Körpermodifikationen sind Bestandteil des modernen Menschenbilds und gehören mittlerweile zum chirurgischen Alltag
- Vermeidung gefährlicher Selbstverletzung & versicherungsrechtlicher Probleme
- psychische Belastungen durch Nichterfüllung des sehnlichsten Wunsches
- Auslegung des Bioethikers Agrich zu einem Zusatzparagraph der Deklaration des Weltärztebundes zu Ethischen Grundsätzen für die medizinische Forschung am Menschen in Helsinki: MedizinerInnen & ForscherInnen können auch neuartige & weniger erprobte Methoden anwenden, wenn sie davon überzeugt sind, dass diese den PatientInnen die gewünschte Linderung versprechen & die Wiederherstellung des gesunden Befindens sicherstellen können

-

- BIID-Betroffene besitzen eingeschränkte Autonomie & Rationalität, ihr Wunsch ist zwanghafter Natur
- für die Erfüllung des Prinzips der Benefizienz fehlen Belege im Sinne der wissenschaftlichen Anforderungen
- Prinzip der Nonmalefizienz: PatientIn keinen Schaden zufügen - bei BIID nicht gewährleistet
- Mangel an ausreichenden wissenschaftlichen Befunden → therapeutische & pharmakologische Mittel nicht völlig erschöpft
- geringe Anzahl von PatientInnen mit Amputation → dauerhafte Verbesserung bei allen BIID-Betroffenen unklar
- Endgültigkeit einer Amputation
- gesundheitliche Risiken sehr hoch: Komplikationen & Nebenwirkungen
- Beachtung der Reaktionen von/ Rücksichtnahme auf nicht freiwillig Amputierte, Hohn
- gesellschaftliche & wirtschaftliche Folgen
 - finanzielle Kosten der OP, Rehabilitation & Behandlung, medizinische Heilmittel/ Hilfsmittel, Pflegepersonal, Umbaumaßnahmen im eigenen Wohnbereich
 - eventuell entstehende Berufsunfähigkeit
- Symptomverschiebung
- psychische Belastungen durch Amputationen
- BIID als neue Modekrankheit & mögliche Identität für Regressive (Looping-Effekt)/ Slippery Slope
- = Akzeptanz von Selbstverletzungen
- Verletzung der Genfer Deklaration des Ärztebundes/ des Hippokratischen Eids (Absolute Sicherheit & Versorgung seitens der ÄrztInnen)

Fazit



Danke für eure Aufmerksamkeit!

Fragen?



Literaturverzeichnis

- BEHRENS, Carolin, Pauline FRIEL, Anja GROCHOLEWSKI, Elisa DOMBERT, Antonia BRÜHL, Erich KASTEN und Nina HEINRICHS, 2020. *Kognitive und affektive Prozesse bei Body Integrity Dysphoria (BID): Eine Pilotstudie. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* [Online-Quelle]. 70(9-10), 386-395. Verfügbar unter: DOI: 10.1055/a-1099-9925
- BRUGGER, P., 2011. *Der Wunsch nach Amputation. Bizarre Macke oder neurologische Störung?* [Online-Quelle]. Verfügbar unter: DOI: 10.5167/UZH-50901
- KASTEN, Erich, 2009. Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* [Online-Quelle]. 77(1), 16-24. Verfügbar unter: DOI: 10.1055/s-0028-1100837
- MÜLLER, Sabine, 2008. Body Integrity Identity Disorder (BIID) - Ist der Amputationswunsch eine autonome Entscheidung oder Ausdruck einer neurologischen Störung? In: Dominik Gross, G. Buchi, Jan Steinmetzer und Sabine Müller, Hrsg. *Normal - anders - krank?: Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin*. Berlin, Germany: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 229-266.
- MÜLLER, Sabine, 2009. *Body integrity identity disorder (BIID)- is the amputation of healthy limbs ethically justified?* The American journal of bioethics : AJOB [Online-Quelle]. 9(1), 36-43. Verfügbar unter: DOI: 10.1080/15265160802588194
- MÜLLER, Sabine, 2012. Dieses Bein will ich nicht. In: Christiane Gelitz, Hrsg. *Psychotherapie heute: Seelische Erkrankungen und ihre Behandlung im 21. Jahrhundert*. Stuttgart: Schattauer, 64-71.
- NOLL, Sarah, 2011. *Body Integrity Identity Disorder (BIID): Kann eine Amputation/ Operation Betroffenen langfristig helfen?* Hildesheim.
- SCHNEIDER, Anja, 2016. *Body integrity identity disorder: Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in Grenzsituationen unter rechtlichen und ethischen Aspekten*. 1. Auflage.
- SKORUPPA, Silke, 2011. *Body Integrity Identity Disorder: Der Wunsch körperbehindert zu sein: Eine fMRT Studie*. Frankfurt am Main.
- STIRN, Aglaja, Aylin THIEL, Silvia ODDO und Timo O. NIEDER, 2010. *Body Integrity Identity Disorder (BIID): Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze*. 1. Aufl. Weinheim: Beltz.