

## 14 Amputationen

Aglaja Stirn, Johanna Möller und Silvia Oddo

Der Wunsch, sich eine gesunde Gliedmaße amputieren lassen zu wollen, ist für die meisten Menschen schwer nachvollziehbar und wirkt auf den ersten Blick bizarr. Bei diesem Phänomen handelt es sich um eine Störung der Körperintegrität und -identität (Body Integrity Identity Disorder, BIID). Die Betroffenen berichten von einer chronisch dysphorisch erlebten Diskrepanz zwischen ihrer tatsächlichen anatomischen Körperform und ihrem erlebten Körper-Selbst und streben danach, ihre „wahre“ Identität operativ mittels einer Amputation zu komplementieren (First 2005). Sie haben paradoxerweise „das Ideal eines ‚perfekten‘ Körpers, der einen Arm oder ein Bein nicht umfasst“ (Kasten 2009, S. 16), sie fühlen sich „unvollständig“ mit dem ungewünschten Körperteil oder wie ein Amputierter „mit einer natürlichen Prothese“ (aus dem engl. First 2005, S. 4). In den meisten Fällen reicht der Amputationswunsch bis in die Kindheit zurück. Psychischer Leidensdruck entsteht dabei zum einen aus der Nichtumsetzbarkeit des drängenden Begehrens, zum anderen aus Scham über diese spezielle Neigung, aus Angst vor Ablehnung durch Andere und damit zwangsläufig durch soziale Isolation. Da das Phänomen lange unbekannt war, konnten Psychotherapeuten und andere professionelle Anlaufstellen die Betroffenen nicht in der Art und Weise unterstützen, wie Bedarf bestand: BIID Individuen fragen sich häufig selber, was die Gründe für ihren eigenartigen Wunsch sein könnten. Bis heute ist kein Fall bekannt, in dem das BIID-Leiden nicht-operativ vollständig remittierte. Da wiederholt Fälle von z.T. lebensgefährlichen Selbstamputationen oder -versuchen bekannt werden, ist es um so wichtiger, als einen ersten Schritt in Richtung adäquater Behandlung, das soziale und professionelle Bewusstsein für das Phänomen BIID zu sensibilisieren und darüber zu informieren.

### 14.1 Medizin- und kulturgeschichtlicher Hintergrund

John Money und seine Kollegen fassten 1977 erstmals eine selbstgewünschte Amputation gekoppelt mit der Erotisierung des Stumpfes unter dem Begriff „Apotemnophilie“ (Furth u. Smith 2000), sprichwörtlich Amputationsliebe, „von ‚apo‘, weg; ‚temno‘, zu schneiden; ‚philo‘, zu lieben“ (aus dem engl. De Preester 2011, S. 2). Infolge stellte sich jedoch heraus, dass der Amputationswunsch nicht für *alle* von BIID Betroffenen sexuell konnotiert ist und dass das *zentrale* Motiv für den ersehnten Eingriff vor allem darin liegt, die eigene Identität zu vervollständigen (First 2005). Um der Notwendigkeit dieses identitätsstiftenden Aspekts des Syndroms Rechnung zu tragen, führten Furth und Smith (2000) die Bezeichnung „Amputee Identity Disorder“ ein und kurze Zeit später First (2005) den Begriff der „Body Integrity Identity Disorder, BIID“, der sich inzwischen am meisten durchgesetzt hat. First (2005) argumentiert, dass das Syndrom BIID in den klinisch relevanten Diagnostikmanualen (DSM-IV, ICD-10) am meisten Parallelen zur Transsexualität aufweist (mehr dazu s. Kap. 14.2). Die Begriffsschöpfung BIID ist daher an dessen klinischen Term „Gender Identity Disorder, GID“ angelehnt. Dass BIID bisher noch keinen Eingang in die offiziellen Diagnoseklassifikationen psychischer Störungen gefunden hat, mag zum einen darauf zurückgehen, dass das Phänomen noch zu wenig erforscht ist. Zum anderen verdeutlicht diese Tatsache, dass nach wie vor ungeklärt ist, ob es sich hierbei um eine Krankheit handelt oder nicht. Dies entspricht auch der Sichtweise der Betroffenen, die sich einerseits als „normal“ empfinden und sich andererseits zugleich der Absonderlichkeit ihres Verlangens bewusst sind.

### 14.2 Ausprägungen und gängige Formen

Ryan (2009) schlägt folgende Kriterien vor, nach denen BIID in Zukunft im DSM aufgeführt werden könnte:

- ein starker, persistierender Wunsch nach Amputation eines Körperteils
- die primäre Motivation für den Amputationswunsch ist das Gefühl, dass der amputierte Körper die eigene, wahre Identität widerspiegelt
- die Störung verursacht klinisch relevanten Leidensdruck und Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen
- die Störung kann nicht besser durch ein anderes medizinisches oder psychiatrisches Syndrom wie z.B. Somatoparaphrenie, Psychose oder Körperdysmorphophobie erklärt werden

Differenzialdiagnostisch ist BIID von der Körperdysmorphen Störung (KDS), der Artifizialen Störung (AS), Selbstverletzendem Verhalten (SVV) und Selbstverstümmelungen während Psychosen abzugrenzen. KDS Patienten leiden an

einem vorgeblich entstellten oder deformierten Körperteil, wobei der beklagte Mangel i. d. R. von anderen nicht ersichtlich ist. KDS und BIID ist vor allem die permanente gedankliche Beschäftigung mit dem Körperveränderungswunsch gemein. Während KDS-Klienten jedoch den betroffenen Körperteil massiv ablehnen, empfinden BIIDler die Versehrtheit des Körpers als attraktiv und verstecken sie darum im Gegensatz zu KDS Patienten nicht. AS-Klienten fügen sich absichtlich körperliche Verletzungen zu und erwirken nicht selten sogar Operationen, um Anspruch auf medizinische Versorgung zu erhalten und um damit – bewusst oder unbewusst – im Rahmen des Gesundheitssystems Zuwendung und Aufmerksamkeit zu erlangen. Während diese Patienten jedoch vor allem Fürsorge und Mitleid evozieren, betonen BIIDler ihre Autonomie und betrachten die Behinderung im Alltag durch eine fehlende Gliedmaße als eine Herausforderung, die es zu meistern gilt (Stirn et al. 2010). Da im Rahmen von BIID die körperliche Unversehrtheit intentional verletzt werden soll, ordnet man es intuitiv schnell als eine Form von SVV ein. Gegenüber SVV, das intrapsychisch vor allem zur Emotions- und Spannungsregulation, aber auch interpersonal zur Beeinflussung von Beziehungen eingesetzt wird, steht beim BIID jedoch die Vervollkommenung der eigenen Körperidentität im Fokus. Wie beim SVV die invasive Selbstbeschädigung, wirkt bei BIID die Vorstellung oder Simulation der amputierten Extremität kurzfristig positiv verstärkend, d. h. es tritt ein gutes Gefühl ein. Jedoch führen die wiederholten Selbstverletzungen im Rahmen von SVV im Gegensatz zur simulierten Behinderung bei BIID, z. B. durch das Abbinden eines Beines („Pretenden“, siehe mehr dazu unter Kap. 14.4.1), langfristig zu einer Schädigung des Körpers (Narben, etc.), die von den Betroffenen nicht erwünscht ist. Der letztlich intendierte *einmalige* operative Eingriff bei BIID-Individuen resultiert nach ersten Erkenntnissen zumindest subjektiv in äußerster Zufriedenheit (First 2005; Becker 2009; Stirn et al. 2010) und in eine Beendigung des Syndroms (First 2005). Anzumerken sei an dieser Stelle, dass durch eine gesetzliche Legitimation von Amputationen und damit die Option auf eine hygienische, schmerzfreie Operation den risikoreichen, schädigenden Selbstoperationen, die von BIIDlern immer wieder durchgeführt werden, vorgebeugt werden könnte. Selbstverletzungen im Rahmen von psychotischen (wahnhaften) Episoden lassen sich leicht von BIID abgrenzen, da BIIDlern, wie bereits erwähnt, die „Abnormalität“ ihres spezifischen Körpermodifikationsbegehrens bewusst ist.

Bei BIID handelt es sich nach ersten Erkenntnissen um eine diskrete Störung (First 2005; Kasten 2009; Stirn et al 2010), d. h. die Symptomatik geht nicht aus einer anderen psychischen Störung hervor. Wie bereits zuvor erwähnt, weist First (2005) darauf hin, dass BIID im aktuellen DSM phänomenologisch der Geschlechtsidentitätsstörung (GID) aufgrund folgender Gemeinsamkeiten noch am ähnlichsten ist:

- extremes Unbehagen über die eigene Anatomie, die in Konflikt mit der gewünschten, eigenen Identität steht

- hoher Zeitaufwand bei der Simulation der gewünschten Körpermodifikation (beim GID das sogenannte „Cross dressing“, bei BIID „Pretenden“)
- eine OP scheint zudem das Leiden zu beheben
- der körperliche Eingriff steht genau genommen *nicht* im Fokus, sondern die Beendigung eines lebenslangen Unbehagens und die Möglichkeit, im anderen Geschlecht bzw. als Amputierter zu leben (First u. Fisher 2012)
- bei beiden „Störungen“ finden sich Subgruppen, bei denen der operative Eingriff mit sexueller Erregung assoziiert ist (First 2005)

Seit Neuestem werden unter der Bezeichnung BIID neben Amputationen auch andere Formen von subjektiv empfundener Inkongruenz von Körper und Identität und daraus abgeleiteten gewünschten Körperinterventionen diskutiert, denen das Verlangen, in irgendeiner Weise funktionell eingeschränkt zu sein gemein ist. So z.B. der Wunsch nach einer Paralisierung, einer Lähmung ausgehend vom Rückenmark. Nach ersten Erkenntnissen existieren bei diesem Phänomen Überschneidungen zum BIID, wie z.B. der Beginn des Begehrens vor der Pubertät sowie zumindest partiell eine sexuelle Konnotation der Behinderung (Blom et al. 2012). Es ist noch offen, inwieweit diese Extremform erwünschter Körperbehinderung, aber auch andere, wie z.B. Blind-, Taubheit oder Kastration unter dem Begriff der Körperintegritäts- und -identitätsstörung (BIID) zusammenzufassen sind.

### 14.3 Häufigkeiten

Während Furth und Smith (2000) schätzen, dass 1–3% der Gesamtbevölkerung unter BIID leidet, beziffern Bayne und Levy (2005) die Häufigkeit von BIID weltweit mit einigen 1.000. Populationsrepräsentative Daten zur Prävalenz von BIID gibt es bislang leider keine. Lediglich die Anzahl der Mitglieder in entsprechenden Internetforen lassen darauf schließen, dass die Dunkelziffer der Betroffenen weitaus höher ist (Stirn et al. 2010), als möglicherweise aufgrund der geringen Repräsentanz des Themas in der Öffentlichkeit zunächst zu vermuten wäre.

### 14.4 Psychische Aspekte

Im Folgenden werden Befunde aus aktuellen Forschungsergebnissen bezüglich der Ätiologie und Phänomenologie, gemeinsamer Merkmale und Motive von BIID-Betroffenen auf der Basis von 4 quantitativen Studien zu BIID aus den letzten 7 Jahren zusammengefasst und dargestellt. Das hier vorerst flickenhaft skizzierte Bild bedarf jedoch weiterer empirischer Überprüfung.

### 14.4.1 Beginn und Verlauf

Übereinstimmend legen die Befunde nahe, dass der Ursprung des Amputationsbegehrens bei fast allen Betroffenen bis in die frühe Kindheit zurückreicht (4.–7. Lebensjahr [LJ] [Stirn et al. 2010], 3.–12. LJ [Blom et al. 2012], bei der Mehrzahl Beginn vor 8. LJ, bei nur 2% erst nach 16. LJ [First 2005]). In der Regel steht der Beginn der überwältigenden Faszination von Amputationen mit einem gut erinnerten Schlüsselerlebnis in Form von einer Begegnung mit oder der Beobachtung einer körperlich behinderten Person, z.B. einem Veteran, in Verbindung. Zu Anfang wird die Behinderung meist spielerisch simuliert, während mit Einsetzen der Geschlechtsreife ein zunehmender Übergang der Faszination von dem Handicap auf die eigene Person und in das eigene Körperbild zu beobachten ist (Stirn et al. 2010). Die Symptomatik verläuft progredient, der Realisierungswunsch manifestiert sich im Alter und wird immer drängender und überwältigender (First 2005; Stirn et al. 2010).

Neben dem wiederholten Imaginieren der ersehnten Körperbehinderung in allen möglichen Alltagssituationen (beim Autofahren, Wäsche aufhängen, Einkaufen, während der Gartenarbeit, an der Arbeit) berichtet die Mehrzahl der BIID-Probanden in den Studien von einer ausgeprägten Neigung, regelmäßigen Gebrauch von Hilfsmitteln, wie Verbänden, Krücken, Prothesen, Rollstühlen etc., zu machen (First 2005; Kasten 2009; Stirn et al. 2010). Dieses Verfahren der Simulation der erwünschten Körperdeformation wird auch *Pretenden* (engl. vortäuschen) genannt und führt zu einem Zustand des Ausgeglichenenseins, der „inneren Übereinstimmung und Entspannung“, wie ein BIIDler berichtet (Stirn et al. 2010, S. 9). Die Häufigkeit des Pretenden variiert individuell und reicht von kontinuierlich, bis mehrmals täglich oder monatlich. Einige *pretenden* nur heimlich allein zu Hause, andere genießen es z.B., sich in fremden Ortschaften in der Öffentlichkeit dabei zu zeigen. Wieder andere BIID-Individuen geben an, das Pretenden aufgrund von Versteifungserscheinungen und Schmerzen eingestellt zu haben, oder aber weil das Bedürfnis durch die Simulation immer stärker geworden sei (Stirn et al. 2010).

In den nach wie vor recht kleinen Untersuchungsstichproben geben BIID-Probanden wiederholt Selbstamputationsversuche (einer von vieren bei First [2005], einer von dreien bei Blom et al. [2012]) oder aber darüber nachgedacht zu haben an (27 von 30 BIID-Probanden bei Blom et al. [2012]). Die wenigen, die bereits amputiert sind (First 2005: 14 von 52; Stirn et al. 2010: 3 von 30; Blom et al. 2012: 7 von 30) berichten einstimmig, mit dem Ergebnis sehr zufrieden zu sein (First 2005) und „keine BIID-Gefühle mehr“ (aus dem engl. Blom et al. 2012, S. 3) zu haben. Interessanterweise fühlten sich in der aktuellsten Studie von Blom et al. (2012) diejenigen Probanden, die bereits amputiert waren, subjektiv weniger „behindert“ (gemessen mit der „Sheehan Disability Scale“) als diejenigen mit BIID und dem unerfüllten Körperinterventionswunsch.

### 14.4.2 Geschlechtseffekte und Lokalisation

Nach aktuellem Forschungsstand tritt BIID vor allem bei Männern auf, es finden sich nur sehr geringe Anteile von Frauen (First 2005 von  $n = 52$ , 4 Frauen; Stirn et al. 2010 von  $n = 30$ , 2 Frauen; Blom et al. 2012: 80% der Gesamtstichprobe [inkl. paralisierte] männlich). Wobei noch unklar ist, ob die Daten geschlechtsrepräsentativ sind oder möglicherweise auf Selektivitätseffekte, z.B. bedingt durch die häufige Internetrekrutierung der BIID-Studienteilnehmer, zurückgehen könnten. Während Männer eher singuläre Amputationswünsche haben, zeichnen sich weibliche BIIDler durch multiple Amputationsphantasien aus (First 2005; Stirn et al. 2010). Die aktuelle Studie von Blom et al. (2012) deutet an, dass Frauen hingegen bei Paralisationswünschen (Rückenmarkslähmung) etwas häufiger vertreten sind (7/24 Paralisations- gegenüber 3/30 Amputationsbegehren [Blom et al. 2012]).

Zur Lokalisation des Amputationswunsches ergibt sich, dass sich eine erstaunliche Mehrheit der Betroffenen eine linksseitige Beinamputation (75% bei Stirn et al. 2010), meist oberhalb vom Knie wünscht (mehr als die Hälfte bei First 2005). Aus diesem Grund wurden immer wieder neurologische Erkrankungen oder Degenerationen des Gehirns als Ursache für BIID angenommen. Die Tatsache, dass es jedoch bei einigen Betroffenen im Verlauf der Zeit zu einem Seitenwechsel der zu amputieren gewünschten Zielextremität kommt (Kasten u. Stirn 2009) sowie zahlreiche psychologische Aspekte von BIID, sprechen gegen eine rein neurologische Erklärung. So gaben z.B. 2/3 der Befragten in der Studie von First (2005), die sich an den Ort der von ihnen als Kind beobachteten und den faszinierenden Eindruck hinterlassenden Amputation erinnern konnten, an, später eine Amputation derselben Art und an derselben Stelle anzustreben (First u. Fisher 2012). In der Regel ist die Amputation eines *spezifischen* Körperteils gewünscht. Von denjenigen, die amputiert sind, haben die meisten ein Majorglied (90% bei First 2005), manchmal auch einen Finger oder Zehen entfernt (10% bei First 2005).

### 14.4.3 Soziale Aspekte

Ca. 50% der BIID-Probanden gaben in der Studie von Blom et al. (2012) an, sich ihrer Familie und ihren Freunden bezüglich des Amputationswunsches anvertraut zu haben und in der Studie von First (2005) und Stirn et al. (2010) 50% derer, die sich in einer Partnerschaft befinden, ihren Partner darüber informiert zu haben. Von denen, die sich mitgeteilt haben, gibt die Mehrheit an, Akzeptanz oder Unterstützung durch den Partner zu erfahren (First 2005), aber keine Vorhersage machen zu können, wie es im Fall einer konkreten Umsetzung des speziellen Körpermodifikationswunsches darum stehen würde (Stirn et al. 2010). Insgesamt wurde eine Beeinträchtigung der sozialen und intimen Beziehungen, des beruflichen Funktionierens und der Freizeitaktivitäten wiederholt evident (First 2005; Stirn et al. 2009; Blom et al. 2012).

#### 14.4.4 Psychometrische Befunde

Bei BIID-Individuen ließen sich mehrfach Hinweise auf ein besonders hohes Bildungsniveau finden (First 2005; Stirn et al. 2010). Untersuchungen mit Telefoninterviews und Fragebögen liefern den Nachweis, dass BIID nicht per se mit psychiatrischen Symptomen, wie Depression, Manie, KDS, Panik- und Zwangsstörung und/oder Psychose assoziiert ist (First 2005; Kasten 2009; Stirn et al. 2010).

Bezogen auf depressive Symptome und Tendenzen zur Dysthymie bei BIID ist die Befundlage bisher eher heterogen: Blom et al. (2012) fanden eine erhöhte Häufigkeit dieser, Stirn et al. (2010) vereinzelte Fälle und Kasten (2009) berichtet von seiner Stichprobe, entgegen seinen Erwartungen keine Auffälligkeiten gefunden zu haben.

Im Hinblick auf Persönlichkeitsakzentuierungen ergab sich eine leicht erhöhte Zwanghaftigkeit (Thiel et al. 2009) und eine Neigung zu einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur (Stirn et al. 2010). In der Studie von Stirn et al. (2010) sowie in der Einzelfallstudie von Thiel et al. (2011) fand sich eine ausgeprägte Tendenz zu Introversion, welche Schwierigkeiten, sich Gruppen anzuschließen und Gefühle zum Ausdruck zu bringen, beinhaltet und in Zusammenhang mit der häufig zwangsläufigen Geheimhaltung des BIID-Begehrens stehen könnte. In der Studie von Kasten (2009) mit 9 Probanden hingegen stach dieses Persönlichkeitsmerkmal nicht besonders hervor.

#### 14.4.5 Sexualität

Der Zusammenhang von Sexualität und BIID wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Einige Autoren kommen zu dem Schluss, dass sexuelle Erregung und Erotisierung nicht essenziell für BIID sind (First 2005) oder zumindest nicht als ausreichende Erklärung im Sinne eines Fetischs herangezogen werden können (First 2005; Kasten 2009), da nur ein Teil der Befragten angibt, Amputationen sexuell erregend zu finden (First 2005: 2/3; Kasten 2009: 1/3; Stirn et al. 2010: 3/4; Blom et al. 2012: knapp 1/2). Hierbei scheint es sich sowohl um sexuelle Erregung durch die Vorstellung von sich selbst, amputiert zu sein, als auch von Amputationen anderer zu handeln (87% sexuelle Erregung bei Amputationen anderer, 72% bei sich selbst [First 2005]; 46% andere, 44% bei sich selbst [Blom et al. 2012]). Im Internet unterscheiden die Betroffenen selbst zwischen

- „Wannabes“: Personen, die sich eine Amputation wünschen,
- „Pretendern“: Personen, die eine Behinderung simulieren und
- „Devotees“: Personen, die sich von Amputierten sexuell angezogen fühlen.

Wie allerdings bereits dargelegt, verschränken sich diese Persönlichkeits- und Verhaltensaspekte in der Realität. Bezogen auf die sexuelle Orientierung ist die Homosexualitätsrate bei BIID im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (vgl. z.B. Herbernick et al. 2010) eindeutig erhöht (19% bei First 2005; 25% bei Stirn et al. 2010).

### 14.4.6 Motive

Für den Amputationswunsch scheint es kaum rationale Begründungen zu geben. In der Studie von First (2005) gaben 63% und bei Blom et al. (2012) 54 von 58 rekrutierten BIIDLern (inklusive Paralisationswunsch) an, dass die Herstellung der eigenen „Identität“ ihr *primäres* Motiv für den gewünschten Körpereingriff sei, durch die Amputation „ganz“ zu werden (aus dem engl. First 2005, S. 2). Neben sexueller Erregung werden weiterhin ein starker innerer Drang, die Nichtzugehörigkeit der Extremität, die Hoffnung, das zufriedene Gefühl beim Pretenden dauerhaft zu erlangen (Kasten 2009) und immer wieder die Herausforderung, den eigenen Alltag mit einer Behinderung zu bewältigen, genannt. Hier handelt es sich offenbar um die Heroifizierung (Kasten 2009; Stirn et al. 2010) von körperbehinderten Personen, worin sich ein Streben nach Einzigartigkeit und Anerkennung andeuten mag (Stirn et al. 2010).

## 14.5 Probleme, Umgang im medizinischen Alltag

Ein zentrales Problem für den Umgang mit BIID im medizinischen Alltag ist die Angst der Betroffenen, für verrückt erklärt zu werden (Stirn et al. 2010). So gab in der Studie von First (2005) die Mehrheit der BIID-Probanden, die bereits in psychotherapeutischer Behandlung gewesen ist, an, ihre Neigung nicht mitgeteilt zu haben, da sie fürchtete, in der Folge in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen zu werden.

Weiterhin problematisch ist, dass nach wie vor kaum ein Fall bekannt ist, in dem das Leiden nicht-operativ (psychotherapeutisch oder medikamentös) behoben werden konnte (First 2005, 2012; Kasten 2009). Zwar gibt es erste Nachweise, dass mittels tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie mit kognitiven Elementen ein Rückgang der Symptomatik, jedoch keine „Heilung“ erzielt werden konnte (Thiel et al. 2011). Dementgegen stehen die wiederholt berichteten „Erfolge“ und „Verbesserungen“ durch Amputationen in Einzelfällen (siehe dazu auch Kap. 14.4.1). Die Betroffenen bereuen „nur, sich nicht bereits früher operieren lassen zu haben“ (aus dem engl. First 2005, S. 2).

Die Schwierigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung ergibt sich vor allem aus der Frage, ob der Amputationswunsch eigentlich wirklich verschwinden soll. Denn unter einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkt kann das Amputationsbegehren, insbesondere das Pretenden,



auch als eine Art Copingstrategie verstanden werden, da die Betroffenen dabei kurzfristig Erleichterung und Entspannung für sich herbeiführen. So scheinen die Amputationsfantasien z.T. insbesondere in Situationen, die mit Frustration, Enttäuschungen und Unzufriedenheit einhergehen, aufzutreten (Thiel et al. 2011) und das Pretenden für Geborgenheitsgefühle zu sorgen (Stirn et al. 2010). Durch die Amputation würde das BIID-Syndrom, das immer verfügbar war und dadurch eine Rückzugsmöglichkeit, Trost und ein Stück Gewohnheit darstellte, verloren gehen (Stirn et al. 2010). Daher sollte therapeutisch erarbeitet werden, inwiefern im Falle einer Amputation etwas fehlen würde. Ein mögliches Ziel der Therapie könnte auch sein, dass BIIDler die Funktionalität ihres Symptoms erkennen und als positive Ressource nutzen, ohne dass eine Amputation notwendig ist.

## 14.6 Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Gefahren

Zu den größten Gefahren von BIID gehören Selbstoperationen und intendierte Unfälle, die nicht selten unter lebensbedrohlichen Umständen durch-, bzw. herbeigeführt werden. Die Betroffenen werfen sich dazu z.B. vor einen Zug, verwenden Flinten, Motorsägen, Holzhäcksler, Trockeneis (First 2005) oder verletzen das ungewünschte Körperteil absichtlich selbst, um eine Amputation zu erzwingen. Diese Bereitschaft zu extremen selbstoperativen Handlungen und die jahrzehntelange Geheimhaltung der Betroffenen unterstreichen erneut die soziale Stigmatisierung, der BIID-Betroffene ausgesetzt sind (First u. Fisher 2012). Nebenwirkungen von BIID sind die obsessive Beschäftigung mit dem Amputationswunsch und in deren Folge Beeinträchtigungen des sozialen und familiären Lebens, der Arbeit und alltäglicher Verpflichtungen (Blom et al. 2012). Als Sekundärerkrankungen können Schlafstörungen, Depressivität, bis hin zu Suizidgedanken auftreten (bei First [2005] knapp die Hälfte der Probanden).

In der Forschung wird wiederholt versucht, zwischen Identität und Sexualität als primären Motiven für BIID zu unterscheiden. So auch kürzlich in der Studie von Blom et al. (2012), in der nur die Probanden ausgewertet wurden, die *nicht* sexuelles Arousal, sondern die Vervollkommenheit ihrer Identität als *primäres* Motiv für ihre BIID ansahen. Vermutlich soll dadurch die Stigmatisierung des Phänomens als eine Paraphilie vermieden werden. Für die Praxis ist diese Trennung im Umgang mit BIID jedoch nicht sehr nützlich. Nieder und Richter-Appelt (2009) verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass im Hinblick auf die Entwicklungsgeschichte im Umgang mit GID viel für BIID gelernt werden kann. So z.B., dass die Unterteilung in iatrogene Kategorien von „echten“ (primär identitätsvervollständigend motivierten) und „unechten“ (primär sexuell motivierten) BIIDlern nicht der zentrale Aspekt der Debatte sein sollte. Zum einen besteht dadurch die Gefahr, dass die Betroffenen sich gezwungenermaßen nur noch bedingt offen äußern können – vor allem

sollten wie bei GID in Zukunft gesetzliche Richtlinien zum Umgang mit BIID verabschiedet werden – zum anderen wird man den Betroffenen dadurch in ihrer Individualität und Komplexität nicht gerecht. De Preester (2012) weist in diesem Kontext auch darauf hin, dass Sexualität und Identität zwar keine identischen aber auch nicht separierbare Konzepte sind, sondern, dass beide eng miteinander verflochten sind und sich gegenseitig beeinflussen. Sie argumentiert, dass BIID wahrscheinlich nicht „pur“ sexuell motiviert ist, aber mit dem identitätsstiftenden Motiv einhergeht und dass insbesondere soziale Erwünschtheit dazu führen könnte, dass sich nicht alle Betroffenen trauen, sexuelle Motive in den Studien anzugeben. First und Fisher (2012) argumentieren dagegen, dass, da zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine OP im Fall von BIID legalisiert ist, die Betroffenen keine Sanktionen zu befürchten haben und daher davon ausgegangen werden kann, dass die Angaben der BIID-Probanden nicht durch soziale Erwünschtheit verfälscht sind (First u. Fisher 2012).

## 14.7 Rechtliche bzw. gesetzliche Regelungen

Eine Amputation als „Lösung“ für BIID-Beschwerden ist nicht nur aus forschungs- und psychotherapeutischer Perspektive eine Herausforderung, sondern ebenso aus der medizinethischen. Einerseits ist die aktuelle Forschungs- und Behandlungstradition zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch unzureichend entwickelt, um eindeutig für eine Amputationslegalisierung zu plädieren. Andererseits besteht das dringende Anliegen, für das seit Jahrzehnten bestehende Leiden der Betroffenen so bald wie möglich eine Lösung zu finden. Dass BIID bisher nicht als eine offiziell anerkannte „Störung“ klassifiziert wurde, erschwert dabei eine adäquate Umgangsfindung.

Bezüglich der rechtlichen und gesetzlichen Regelungen haben sich unterdessen rivalisierende Haltungen herausgebildet. 1997 amputierte der schottische Chirurg Robert C. Smith einem Patienten sein Bein auf dessen Anfrage (Furth u. Smith 2000), da akute Gefahr bestand, dass dieser sich ansonsten selbst amputiert hätte. Nachdem berichtet wurde, dass der Patient auch Jahre später noch sehr zufrieden mit der Operation sei, dass sich sein Leben zum Besseren verändert habe und der Arzt bereits weitere Amputationen geplant hatte, kam es zu einem medialen und professionellen Aufschrei (Swindell u. Lawrence 2009). In der Folge wurden „ästhetische“ Amputationen in den meisten europäischen Ländern verboten. Die Diskussion, wie man mit BIID umgehen und (ob man) es (operativ) behandeln sollte, hält seitdem an. Betroffene BIIDler argumentieren, dass das gleiche Recht für BIID gelten sollte, wenn geschlechtsangleichende Operationen, und damit die Amputation eines Penis, legal sind (Nieder u. Richter-Appelt 2009). Smith (2009) argumentiert in der Rolle des Chirurgen damit, dass bei den Betroffenen eine starke Selbstgefährdung vorliege. Außerdem erfüllten sie die Voraussetzungen für die Anwendung der 4 Säulen der medizinischen Ethik wie

1. Respekt vor der Autonomie der Patientin/des Patienten,
2. Nicht-Schaden,
3. Fürsorge und Hilfeleistung und
4. Gleichheit und Gerechtigkeit.

Darum sollte seiner Meinung nach die operative Amputation legalisiert werden. Zumeist wird diskutiert, ob BIIDler über ausreichend rationales Urteilsvermögen verfügen (First u. Fisher 2012). So geht Müller (2009) davon aus, dass eine Amputation nur dann *kontraindiziert* wäre, wenn eine Gehirnschädigung ursächlich ist, welche fehlende Krankheitseinsicht mit sich brächte und damit einen spezifischen Mangel an Autonomie annehmen lassen würde. Auch Bayne und Levy (2005) kommen zu dem Schluss, dass das deutliche Leiden der Betroffenen OPs gestatten sollte, da kein moralisches Argument *dagegen* überzeuge. Für Patrone (2009) ist das Argument, dass derzeit keine alternative Behandlung existiert, angesichts des potenziellen und vor allem irreversiblen Schadens durch eine Amputation ungerechtfertigt und reicht nicht für deren Legalisierung aus. Insgesamt halten Gesellschaft und Gesetz argumentativ mit ethischen Hindernissen wie der Betonung der Unversehrtheit und Integrität des Körpers gegen eine operative Lösung. Nach First und Fisher (2012) ist es wichtig, zu verstehen, dass Identitätsstörungen nicht nur das Geschlecht, sondern auch andere Körperkonfigurationen und -funktionen umfassen können.

## 14.8 Fazit für den Umgang im klinischen Alltag

Leider existiert bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch kein Therapiemanual für die Behandlung von BIID, an dieser Stelle können daher lediglich ein paar Ideen und Anregungen gegeben werden. So empfiehlt sich statt einer wenig erfolgversprechenden kognitiven Umstrukturierung eher, das Verhalten zu modulieren. Beim Pretenden besteht z.B. die Gefahr, dass es zu einer Intensivierung des Amputationswunsches und damit zu einer Zunahme der Verwirklichungsabsicht kommt. Andererseits kann dadurch die gewünschte Identität simuliert und die Wirkung auf die Realität geprüft werden. Für die Psychotherapie ist es wichtig, herauszuarbeiten, wodurch das Pretenden moduliert wird, d.h. wann es zunimmt und wofür es steht. Im Umgang mit der geplanten Amputation eines Patienten ist es wichtig, zu wissen, dass es nicht die Aufgabe des Behandlers ist, bei der konkreten Umsetzung zu helfen, sondern den Patienten in seiner Einsicht in die Bedingtheit seines Beschwerdebildes zu fördern, um mit dem Wunsch und dem Leiden umgehen zu können. Das psychotherapeutische Vorgehen sollte stets individuell auf den Betroffenen abgestimmt sein und seine biografische Situation beleuchten. Ein integratives Behandlungssetting aus tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Ansätzen scheint zum status quo die Methode der Wahl. Auch wenn es bedauerlicherweise derzeit wahrscheinlich unmöglich ist, einen chronischen BIIDler von der Realisierung seines Amputationswunsches abzuhal-

ten, vermag der Patient dennoch durch eine differenzierte Auseinandersetzung zumindest eine bewusstere Entscheidung zu treffen.

### Literatur

- Bayne T, Levy N (2005) Amputees by choice: Body Integrity Identity Disorder and the ethics of amputation. *J Appl Psychol* 22(1), 75–86
- Becker A (2009) Body Integrity Identity Disorder (BIID) and me. In: Stirn A, Thiel A, Oddo S (Hrsg.) *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects*. 103–106. Pabst Science Publishers Lengerich
- Blom RM, Hennekam RC, Denys D (2012) Body Integrity Identity Disorder. *PLoS one* 7(4), e34702
- De Preester H (2011) Merleau-Ponty's sexual schema and the sexual component of body integrity identity disorder. *Med Health Care Philos*: Epub ahead of print
- First MB (2005) Desire for amputation of a limb: Paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder. *Psychological medicine* 35, 919–928
- First MB, Fisher CE (2012) Body Integrity Identity Disorder: The persistent desire to acquire a physical disability. *Psychopathology* 45(1), 3–14
- Furth G, Smith R (2000) *Apotemnophilia: Information, questions, answers and recommendations about self-demanded amputation*. 1st Books Library Bloomington
- Herbernick D, Reece M, Schick V, Sanders SA, Dodge B, Fortenberry JD (2010) Sexual behavior in the United States: results from a national probability sample of men and women ages 14–94. *J Sex Med* 7 (suppl 5), 255–265
- Kasten E (2009) Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze. *Fortschr Neurol Psychiatr* 77, 16–24
- Kasten E, Stirn A (2009) Body Integrity Identity Disorder (BIID) Wechselnder Amputationswunsch vom linken auf das rechte Bein. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 57(1), 55–61
- Müller S (2009) BIID – Under which circumstances would be amputations of healthy limbs ethically justified? In: Stirn A, Thiel A, Oddo S (Hrsg.) *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects*. 109–123. Pabst Science Publishers Lengerich
- Nieder TO, Richter-Appelt H (2009) Parallels and Differences between Gender Identity Disorder (GID) and Body Integrity Identity Disorder (BIID) and Implications for Research and Treatment of BIID. In: Stirn A, Thiel A, Oddo S (Hrsg.) *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects*. 133–138. Pabst Science Publishers Lengerich
- Patrone D (2009) Disfigured anatomies and imperfect analogies: Body Integrity Identity Disorder and the supposed right to self-demanded amputation of healthy body parts. *J Med Ethics* 35(9), 541–545
- Ryan CJ (2009) Out on a limb: The ethical management of Body Integrity Identity Disorder. *Neuroethics* 2(1), 21–33
- Smith R (2009) Body Integrity Identity Disorder: The Surgeon's Perspective. In: Stirn A, Thiel A, Oddo S (Hrsg.) *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects*. 41–48. Pabst Science Publishers Lengerich
- Stirn A, Thiel A, Oddo S (Hrsg.) (2010) *Body Integrity Identity Disorder (BIID). Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze*. Beltz Verlag Weinheim
- Swindell M, Lawrence J St. (2009) Body Integrity Identity Disorder: An Overview. In: Stirn A, Thiel A, Oddo S (Hrsg.) *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects*. 11–19. Pabst Science Publishers Lengerich
- Thiel A, Ehni FJF, Oddo S, Stirn A (2011) Body Integrity Identity Disorder: Erste Erfolge in der Langzeitpsychotherapie. *Psychiatr Prax* 38, 256–258
- Thiel A, Oddo S, Skoruppa S, Thiel J, Ehni F, Bennett D, Stirn A (2009) Psychotherapy- and Psychometric Research with BIID-Sufferers. In: Stirn A, Thiel A, Oddo S (Hrsg.) *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects*. 58–69. Pabst Science Publishers Lengerich