

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2017

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulare Daten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:
icd2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein
namedesverantwortlichen sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen
Beispiel: icd2017-diabetesmellitus-mustermann.docx
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet. Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung der ICD-10-GM zu.

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung der personenbezogenen Daten



Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.



Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Medical School Hamburg
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	MSH
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr.
Name *	Kasten
Vorname *	Erich
Straße *	Am Krautacker 25
PLZ *	23570
Ort *	Lübeck-Travemünde
E-Mail *	EriKasten@aol.com
Telefon *	04502 5675

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation	UniversitätsSpital Zürich
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	USZ
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	
Anrede (inkl. Titel)	Herr Prof. Dr. phil.
Name	Brugger
Vorname	Peter
Straße	Frauenklinikstrasse 26
PLZ	CH-8091
Ort	Zürich
E-Mail	peter.brugger@usz.ch
Telefon	++41 44 255 5570

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Aufnahme des Störungsbildes "Body Integrity Identity Disorder" (BIID) in das ICD

4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

☐

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

keine

5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

BODY INTEGRITY IDENTITY DISORDER (BIID)

Die hier vorgelegte Beschreibung lehnt sich eng an den von Prof. M. First gestellten Antrag auf Aufnahme des Störungsbildes "BIID" in das DSM an, damit es international zu vergleichbaren Diagnosekriterien kommt.

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

Einschlusskriterien sind:

A. Ein intensives und anhaltendes Bedürfnis, körperbehindert zu werden und zwar auf einschneidende Art (z.B. die Amputation eines Körperteiles, Querschnittslähmung, Blindheit), das in der frühen Jugend beginnt.

B. Anhaltendes Unwohlsein, oder intensive Gefühle der Unpassendheit gegenüber der aktuellen nichtbehinderten Körperkonfiguration.

C. Das Bedürfnis, körperbehindert zu werden, kann zu schädlichen Konsequenzen führen, wie im Folgenden bei je einem (oder beiden) Punkten zu sehen ist:

(1) Die ständige Konzentration auf das Bedürfnis (eingeschlossen der Zeit, die für das Pretenden aufgewandt wird) beeinträchtigt bedeutend die Produktivität, Freizeitaktivitäten oder das soziale Funktionieren (z.B. eine Person möchte keine enge Beziehung eingehen, da diese das Pretenden erschweren würde).

(2) Das Verlangen, die Behinderung zu realisieren, kann darin resultieren, dass die Person plant ihre Gesundheit oder ihr Leben wesentlich zu gefährden oder dies auch tatsächlich durchführt.

Ausschlusskriterien sind:

A. Das Bedürfnis, behindert zu werden, darf nicht ursächlich in der sexuellen Erregung begründet liegen.

B. Das Bedürfnis, behindert zu werden, liegt nicht ursächlich in irgendwelchen Vorteilen einer Behinderung.

C. Die Störung ist keine Manifestierung eines psychotischen Prozesses (z.B. der Wunsch, eine Gliedmaße zu amputieren aufgrund der irrigen Überzeugung, dass das Körperteil zu einer anderen Person gehört)

D. Die Störung ist nicht Folge einer ursächlichen neurologischen Erkrankung wie etwa dem Neglekt-Syndrom nach Schlaganfall oder Alien-Limb-Syndrome.

E. Kann nicht bei anderen psychischen Krankheiten eingeordnet werden (wie z.B. Körperdysmorphie, Mania operativa, somatoforme Störung, usw.).

Untertypen basierend auf der hauptsächlich verlangten Behinderung :

- (1) Amputationstyp
- (2) Querschnittslähmungstyp
- (3) Anderer Typ
- (4) Unspezifischer Typ

Kommentierter Leitfaden für die vorgeschlagenen Kriterien in der Diagnose von BIID

Die vorgeschlagenen diagnostischen Kriterien für BIID wurden auf der Grundlage der Literatur entwickelt.

Einschluss-Kriterium A . Ein intensives und anhaltendes Bedürfnis, körperbehindert zu werden und zwar auf einschneidende Art (z.B. die Amputation eines Körperteiles, Querschnittslähmung, Blindheit), das in der frühen Jugend beginnt

Das Kernmerkmal von BIID ist das Bedürfnis, einschneidend körperbehindert zu werden. Obwohl die anfänglichen Fallbeispiele und die meiste Literatur hauptsächlich die Amputation einer ganzen Gliedmaße betrafen (am häufigsten das linke Bein oberhalb des Knies, obwohl einige Patienten auch eine bilaterale Beinamputation oder Armamputation wollten), kann auch das lebenslange Verlangen nach anderen tiefgreifenden Behinderungen vorkommen, z.B. einer Querschnittslähmung, deafferenzierten oder "schwachen" Beinen, Gehörlosigkeit oder Blindheit. Kernmerkmal von BIID ist das Bedürfnis nach einschneidender Behinderung, sowie die Unzufriedenheit mit dem nichtbehinderten Körper. Nicht dazu gehören würde z.B. der Wunsch nach anderen, weniger einschneidenden Körperveränderungen, wie z.B. Liposuction, Gesichts-Lifting, Piercings oder Tätowierungen aufgrund ästhetischer Erwägungen.

Ein besonders wichtiges Merkmal von BIID ist der Beginn während der Kindheit oder frühen Jugend; aus diesem Grund wurde die Anforderung des Erkrankungsalters in Kriterium A mit einbezogen. BIID ist eine Entwicklungsstörung und reflektiert eine fundamentale Veränderung im Gefühl für Körperidentität einer Person. Fälle, die sich deutlich nach der frühen Jugend entwickeln, sollen in der Regel demnach nicht als BIID angesehen werden.

Das Bedürfnis nach einer Körperbehinderung kann sich auf verschiedene Arten manifestieren, darunter auch, davon zu phantasieren, die gewünschte Körperbehinderung zu haben, "Pretending" zu betreiben, wobei der Patient sehr viel Zeit damit verbringt, so zu tun, als ob er die gewünschte Behinderung hätte (z.B. stundenlanges Sitzen im Rollstuhl, oder das Tragen von Beinschienen, um eine Beinschwäche zu simulieren), und wobei viel Zeit damit verbracht wird, herauszubekommen, wie die gewünschte Behinderung wirklich erlangt werden kann.

Einschluss-Kriterium B: Anhaltende Qual, oder intensive Gefühle der Unangemessenheit im Bezug auf die aktuelle nichtbehinderte Körperkonfiguration.

Ähnlich Transidentität (Gender Identity Disorder, GID) , wo der Patient die eigenen Genitalien und sekundäre sexuelle Merkmale als unpassend oder z.T. sogar „ekelhaft“ empfindet, erfahren die Patienten ihre aktuelle Körperkonfiguration als unangemessen und als eine Quelle chronischer Dysphorie. Wie jedoch in der Anmerkung zu Kriterium E diskutiert wird, haben Personen mit BIID nicht das Gefühl, dass die Gliedmaße, die entfernt werden soll, irgendwie defekt oder hässlich ist; sie fühlt sich nur falsch an und gehört dort nicht hin.

Einschluss-Kriterium C: Das Bedürfnis, körperbehindert zu werden, kann gefährliche Folgen mit sich bringen, wie sich bei einem oder beiden der folgenden Punkte zeigt:

Die Intensität dieses Bedürfnisses lässt sich auf einer Skala abbilden, beginnend bei Menschen, die gelegentlich solche Gedanken und Verlangen verspüren, über Betroffene, die nur während bestimmter Aktivitäten an ihr Verlangen nach Behinderung denken, bis zu denjenigen, die nahezu ständig mit solchen Gedanken beschäftigt sind. Diese Diagnose sollte nur für diejenigen am schwereren Ende des Spektrums reserviert bleiben, um vorzeitigen operativen Eingriffen Einhalt zu gebieten.

(1) Die ständige Beschäftigung mit dem Bedürfnis beeinträchtigt enorm die Produktivität, Freizeitaktivitäten oder das soziale Funktionieren (z.B. vermeidet die Person es, eine enge Beziehung einzugehen, weil dies das Pretenden, d.h. das Nachahmen der erwünschten Behinderung, erschweren würde).

(2) Das Verlangen, die Behinderung wirklich zu bekommen, kann zu negativen Auswirkungen des

ständigen Denkens an das Verlangen auf das tägliche Leben führen, wie auch dazu, dass die Person Gesundheit und Leben erheblich in Gefahr bringt, um die Behinderung zu erreichen.

Für einige Personen besteht die hauptsächliche negative Folge darin, dass ihr Bedürfnis, die Behinderung zu realisieren, derart intensiv ist und sie so verzweifelt werden, dass sie sich Gefahren aussetzen. Unter Umständen kommt es zum gefährlichen Versuch, sich so selbst zu verletzen, so dass ein Chirurg gezwungen ist, eine Gliedmaße zu amputieren. Dokumentiert wurden z.B. Erfrierungen eines Beines mit Hilfe von Trockeneis oder Versuche, sich so zu verletzen, dass eine dauerhafte Lähmung erfolgte.

Ausschluss-Kriterium A: Das Verlangen, behindert zu werden, ist nicht primär durch sexuelle Erregung motiviert, noch durch irgendwelche wahrnehmbaren Vorteile einer Behinderung. Ca. 20% der Patienten geben an, dass ihr Bedürfnis, amputiert zu sein, ausschließlich etwas mit sexueller Erregung zu tun hätte. Ihre Phantasien, amputiert zu werden und /oder ihr Pretenden war nur zum Zweck der sexuellen Erregung gedacht; nach dem Orgasmus verschwand das Verlangen, amputiert zu sein, komplett, bis zum nächsten Auftreten der sexuellen Neigung. Solche Personen werden am besten durch die Paraphilie-Diagnose „Apotemnophilie“ (auch als: Deformations-Fetischismus, Amputations-Fetischismus, Amelotatismus oder Mankophilie bezeichnet) charakterisiert und wären nicht qualifiziert für eine BIID-Diagnose.

Ausschluss-Kriterium B: Sekundärer Krankheitsgewinn oder andere Vorteile des Behindertseins (z.B. dass sich andere um einen kümmern müssen, dass man Behindertenrente bekommt, etc.) muss als Motiv ausgeschlossen werden. Gegenteilig sind BIID-Patienten in der Mehrzahl äußerst unabhängig und sehen eine Behinderung als etwas, auf das man stolz sein kann, z.B. als Zeichen dafür, dass man die Charakterstärke hat, mit einer Körperbehinderung zurechtzukommen.

Ausschluss-Kriterium C: Die Störung ist keine Manifestierung eines psychotischen Prozesses (z.B. dem wahnhaften Verlangen, eine Gliedmaße zu amputieren in der falschen Überzeugung, sie gehöre zu einer anderen Person, sei vom Teufel besessen o.ä.). Fallbeispiele sprechen von Patienten, die selbst eine Gliedmaße oder andere Körperteile amputierten aufgrund eines psychotischen Prozesses, z.B. als Reaktion auf eine akustische Halluzination, die dem Patienten befahl, den Körperteil zu amputieren. Andere hatten die fälschliche Überzeugung, dass die Gliedmaße von bösen „Geistern“ besessen war und deshalb entfernt werden musste (z.B.: Hunter & Kennard, 1982; Kasten, 2006). Obwohl solche Patienten nicht das langgehegte Bedürfnis haben, amputiert zu sein (und deshalb hier nicht den Kriterien für BIID entsprechen würden), dient dieses Ausschlusskriterium dazu, zu betonen, dass BIID-Patienten auf eine intakte Realitätswahrnehmung hin untersucht werden sollten.

Ausschluss-Kriterium D: Der BIID-Drang darf nicht von einer primär neurologischen Erkrankung stammen wie etwa dem Neglekt-Syndrom nach Schlaganfall. Die Diagnose von BIID wird ausgeschlossen, wenn die vorliegenden Symptome komplett als Manifestierung einer neurologischen Erkrankung erklärt werden können. Wie bereits oben dargestellt, gibt es verschiedene neurologische Erkrankungen, die eine Störung in der Wahrnehmung der eigenen Person und des Körpers zur Folge haben, am häufigsten das Gefühl, dass ein Teil des Körpers nicht zum eigenen Selbst gehört. So können Patienten mit einer akuten Schädigung der rechten Gehirnhälfte nach einem Schlaganfall die gegenüberliegende Seite ihres Körpers ignorieren und in einigen Fällen sogar leugnen, dass ein Körperteil oder eine ganze Körperhälfte zu ihnen gehört (Cappa et al., 1987; Robertso & Halligan, 1999).

Ausschluss-Kriterium E: Die Störung kann nicht besser mit anderen mentalen Störungen wie z.B. der Körper-Dysmorphie-Störung beschrieben werden. Wie Patienten mit BIID sind Patienten mit Körperdysmorphiestörung (Body Dysmorphic Disorder, BDD) mit einem Teil oder Teilen ihres Körpers nicht zufrieden. Phillips et al. (2010) sprechen sich hier hinsichtlich des DSM eindeutig gegen eine Subsumierung von BIID unter die BDD-Diagnose aus. Der Unterschied zwischen den beiden Erkrankungen besteht darin, dass Patienten mit BDD sich konzentrieren auf die Erscheinung eines Körperteils und glauben, dass es defekt ist oder man sich dafür schämen muss. Personen mit der Amputationsvariante von BIID glauben nicht, dass etwas nicht mit dem Aussehen des Körpergliedes in Ordnung ist, das sie amputiert haben wollen, oder dass die Gliedmaße irgendwie defekt ist; sie haben demgegenüber das Gefühl, dass sie nicht dorthin gehört.

Die vielleicht ähnlichste Kategorie wäre die somatoforme Störung (weil BIID Gefühle zum Körper einer Person beinhaltet). Da das in Erscheinung tretende Symptom von BIID, z.B. das Bedürfnis nach einer Körperbehinderung, nicht auf eine bekannte medizinische Erkrankung hinweist, ist die Kategorie dieser Diagnose nicht passend.

Personen mit der Amputationsvariante von BIID, die versucht haben, die Zielgliedmaße zu beschädigen, so dass ein Chirurg sie amputieren muss, könnten oberflächlich gesehen wie Patienten mit Factitious-Störung (künstliche Behinderungsstörung, z.B. Münchhausen-Syndrom, Mania operativa; Hunter & Kennard, 1982)

erscheinen, die sich selbst verletzen. Der Unterschied liegt hier in den Beweggründen für das Verletzen einer Gliedmaße. Bei der Factitious-Störung liegt der Grund darin, die Rolle des Kranken zu übernehmen – die Personen beziehen Befriedigung daraus, von Mitgliedern der medizinischen Berufe umsorgt zu werden. Solche Patienten werden dazu getrieben, sich selbst zu verletzen, um weiterhin in der Patientenrolle bleiben zu können. Im Gegensatz dazu liegt der Grund für eine Verletzung der Gliedmaße bei BIID einfach darin, die Amputation zu erzwingen. Sobald diese Patienten ihre gewünschte Körperkonfiguration erreicht haben, haben sie mit den Medizinern abgeschlossen und leben dann ihr Leben als funktionierende, unabhängige Amputierte (Noll & Kasten 2014). Wenn sie beim ersten Mal die gewünschte Körperkonfiguration erlangt haben, fügen sie sich keine weiteren Verletzungen der Gliedmaßen oder anderer Körperteile zu.

Untertyp, basierend auf der hauptsächlich gewünschten Behinderung:

- I. Amputationstyp
- II. Querschnittslähmungstyp
- II. Anderer Typ
- IV. Unspezifizierter Typ

Wie oben erwähnt, gibt es laut Fallbeispielen und den beiden Studien mit Interviews verschiedene Formen von BIID, je nach Typ der gewünschten Behinderung. Die zwei am meisten vorkommenden Arten sind das Bedürfnis der Amputation einer ganzen Gliedmaße und das Bedürfnis einer Querschnittslähmung (Giummarra et al., 2012). Andere Typen von Behinderungen (Blindheit, Taubheit) wären dann unter „andere“ aufgeführt. Obwohl es Patienten gibt, die mehr als eine Behinderung möchten, überwiegen eindeutig Betroffene mit dem Drang nach nur einer einzigen, spezifischen Behinderung. Basierend auf dem Ziel existieren diverse weitere Untertypen nach dem Zielorgan wie z.B.: Amputation eines Fußes, des Unterschenkels und Fußes, eines ganzen Beines, beider Beine, einer Hand, eines Arms, Lähmung eines Fußes, Querschnittslähmung u.a.

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

- a. **Problembeschreibung** (inkl. Begründung von Vorschlägen, die primär 'klassifikatorisch' motiviert sind, z.B. inhaltliche oder strukturelle Vorschläge) *

Bei Vorschlägen, die primär klassifikatorisch motiviert sind, sind grundsätzlich auch die Auswirkungen auf die Entgeltsysteme zu prüfen, wir bitten daher auch in diesen Fällen um Beantwortung der unter b genannten Fragen.

Die hier vorgelegte Beschreibung lehnt sich eng an den von Prof. M. First gestellten Antrag auf Aufnahme des Störungsbildes "BIID" in das DSM an, damit es international zu vergleichbaren Diagnosekriterien kommt.

Momentan gibt es im ICD keine Kategorie, die auf Personen passt, die das lebenslange Bedürfnis haben, körperbehindert zu sein. Während diese vorgeschlagene Kategorie scheinbar einige Merkmale mit wahnhaften Störungen vom somatischem Typ, Körperdysmorphie-Störung, Paraphilie oder Factitious Disorder gemein hat, deckt in Wirklichkeit keine dieser Störungen die Phänomenologie dieser Erkrankung richtig ab.

Das Konstrukt BIID identifiziert eine spezifische Gruppe von Personen, die klinische Aufmerksamkeit braucht wegen dem Leidensgrad, den sie aushalten müssen, welcher wiederum gestärkt wird von dem enormen Stigma, das mit dem Vorhandensein eines solchen Dranges assoziiert wird. Aufgrund fehlender Diagnoseschlüssel vermeiden viele Betroffene es, Hilfe bei Psychotherapeuten und Ärzten zu suchen, teils aus Angst, als „psychotisch“ abgestempelt zu werden und gegen ihren Willen eingewiesen zu werden, teils in der Befürchtung, nicht ernst genommen zu werden. Diese Sorge ist mehr als nur hypothetisch, da schon einige Personen mit BIID gegen ihren Willen von Ärzten ins Krankenhaus eingewiesen wurden, aufgrund einer falschen Interpretation, wobei das Bedürfnis nach Realisierung des Verlangens nach Amputation z.B. als suizidales Denken oder als wahnhaft eingestuft wurde. Die Mehrheit der Betroffenen, die wegen dieser Erkrankung in bei einem Psychiater oder Psychologen in Behandlung war, sieht offenbar davon ab, dem Therapeuten von dem Verlangen zu erzählen, aus Angst, der Therapeut könnte denken, er oder sie sei psychotisch (First, 2005). Das Hinzufügen dieser Erkrankung zur offiziellen Nomenklatur wird dabei helfen, das Bewusstsein unter

den Psychologen, Psychiatern und Medizinerinnen zu erhöhen, zu einer richtigen Diagnose und zu einer effektiven Therapie zu führen, was derzeit überwiegend noch nicht der Fall zu sein scheint (Neff & Kasten, 2010).

DEFINITION

Die als "Body Integrity Identity Disorder" bezeichnete Störung besteht in dem lebenslangen Drang einer sonst psychiatrisch unauffälligen Person, körperbehindert zu werden, z.B. amputiert oder querschnittsgelähmt. Für solche Personen besteht der hauptsächlichste Grund behindert werden zu wollen darin, dass sie ihre anatomische Konfigurierung als nicht-behinderte Person als falsch oder unpassend empfinden und sie das intensive Bedürfnis spüren, als behinderte Person durchs Leben zu gehen. Wie bei der Transidentität (GID, Gender Identity Disorder) erfahren sie eine chronische Dysphorie aufgrund des Nichtübereinstimmens zwischen ihrem „wahren“ Selbst (d.h. einer behinderten Person) und ihrem wirklichen nichtbehinderten Zustand, was zu der Störung führt, die Body Integrity Identity Disorder (BIID) genannt wird (Ostgathe et al., 2014). Die Schwere der Symptomausprägung kann sehr unterschiedlich sein, zwischen gelegentlichem Drang und schwerem Leiden (Fischer et al., 2015).

Für viele Personen mit diesem Verlangen geht ihr Interesse über die Phantasie hinaus und sie verfolgen die Realisierung ihres Verlangens durch chirurgische Maßnahmen (z.B. die selbstgewählte Amputation einer ansonsten gesunden Gliedmaße), oder indem sie versuchen sich selbst zu amputieren oder eine Gliedmaße so beschädigen, dass eine Amputation die einzige medizinische Option ist (z.B. eine Gliedmaße in Trockeneis einfrieren). Andere haben ständig die Gedanken im Kopf, wie sie behindert werden können und gehen mit einem chronischen Gefühl von Unvollständigkeit im Bezug auf ihren nichtbehinderten Körper durchs Leben.

HISTORIE

Vom sexuellen Hingezogensein zu Amputierten oder anderen Behinderten wurde schon Ende des 19. Jahrhunderts berichtet, z.B. in Richard von Krafft-Ebing's „Psychopathia sexualis“ (zitiert in Wakefield et al., 1977). Fast 100 Jahre später prägte der Psychologe John Money in einem Bericht über zwei Fälle den Begriff „Apotemnophilie“ um den Reiz der Vorstellung, amputiert zu werden, zu beschreiben (Money et al., 1977, 1984). Seine frühen Berichte beschrieben auch das sexuelle Hingezogenfühlen zu Amputierten „Akrotomophilie“, als eine verwandte, aber deutlich andere Erkrankung. Diese Erkrankungen wurden beide als Paraphilien konzeptualisiert, wobei der Amputationswunsch von einer „Erotisierung des Stumpfes“ und verwandten sexuellen Beweggründen herrühren würde. Frühe Fallstudien von anderen Ärzten übernahmen auch das hauptsächlich sexuelle Modell, wie im Falle eines jungen Mannes, der sich zu amputierten Frauen hingezogen fühlte und ständig an eine Selbstamputation dachte; man glaubte unter anderem, dass er gleichzeitig seine Kastrationsangst verlagerte und sich vorstellte, amputierte Frauen hätten einen „mütterlichen Phallus“ (Wakefield et al., 1977). Diese frühen Fälle waren alle charakterisiert durch frühzeitiges Auftreten und die lebenslange Konzentration darauf, behindert zu werden. Verwandte Umfragedaten ergeben auch eine Überschneidung zwischen dem Hingezogensein zu anderen, die behindert sind, und sexuellen Phantasien, selbst behindert zu sein. Ampix z.B., ein Unternehmen, das Fotos von Amputierten verkauft, führte eine Umfrage unter seinen Kunden durch und fand heraus, daß 70% davon phantasierten, selbst amputiert zu sein (Dixon, 1983).

Spätere Berichte identifizierten dann jedoch Patienten mit nicht-psychotischem, nicht-suizidalen und insbesondere nicht-sexuellem Verlangen nach einer Behinderung. Einige hatten das Gefühl, dass der „richtige“ und der wirkliche (nicht-behinderte) Zustand ihres Körpers nicht mit ihrem mentalen Bild von sich selbst übereinstimmte. Ein Bericht von 1983 beschrieb einen 65-jährigen Patienten, der „nicht glücklich mit (seinem) aktuellen Körper war“, der das Verlangen nach der Amputation seines Beines seit dem Alter von 10 Jahren hatte (Everard, 1983). Im Gegensatz dazu waren andere Patienten stärker motiviert durch den Wunsch, geliebt und umsorgt zu werden, was einen Autor dazu brachte, den Begriff „Factitious Disability Disorder“ („künstliche Behinderungsstörung“) im Zusammenhang mit zwei Fallberichten zu prägen (Bruno, 1997).

In einer Monographie aus dem Jahr 2000 postulierten Furth und Smith, dass diese Erkrankung, die sie zunächst „Amputee Identity Disorder“ nannten, eher eine primäre Störung der Körperidentität als eine Paraphilie sei, begründet mit ihren Erfahrungen an Patienten, deren Verlangen nach Amputation in dem Gefühl lag, dass ihr Körper nur „vollständig sein würde, wenn sie amputiert sein würden“. Smith,

der erste Chirurg, der ganz offen selbstgewählte Amputationen durchführte, um solche Patienten zu behandeln, berichtete, dass seine Motivation eine medizinische Notwendigkeit gewesen sei, da diese Patienten ein hohes Risiko hatten, sich selbst zu verletzen und er keine anderen Möglichkeiten sah ihnen zu helfen (Dyer, 2000). In diesem Rahmen berichtete er von einer gründlichen Beurteilung vor der Operation, die keinerlei bekannte psychiatrische Erkrankungen oder sexuelle Motive bei diesen Patienten feststellen konnte, und konstatierte, dass die Patienten nach der Amputation eine bessere Lebensqualität erfuhren (Fisher & Smith, 2000).

Allgemein ist anzufügen, dass die unterschiedliche Terminologie (Apotemnophilie, Amputy Identity Disorder, Body Integrity Identity Disorder, Xenomelia) bezüglich dieser Körperidentitätsstörung auf den ersten Blick zwar verwirren mag (Sedda und Bottini, 2014), dass jeder Begriff jedoch einzelne Symptome eines im Übrigen einheitlichen Wunsches nach körperlicher Funktionseinschränkung hervorhebt.

PRÄVALENZ / INZIDENZ

Hinsichtlich der Prävalenz und Inzidenz gibt es bislang keine exakten Zahlen. Die Anzahl von Mitgliedern in online-Gemeinschaften von Menschen mit Wunsch nach Behinderung ist zum Teil mit mehr als 1.400 Mitgliedern in einer einzigen internationalen Online-Gruppe enorm, was auf ein größeres Vorkommen hinweist, als man auf den ersten Blick glaubte (Elliott, 2000). Ein Therapeut, der selbst ein Leben lang das Verlangen nach der Amputation eines Beines hatte, gab an, dass er ca. 200 andere mit dem gleichen Verlangen kennt (Dotinga, 2000). Das überregionale deutschsprachige Forum BIID-Dach.org hat rund 250 Mitglieder im internen Bereich.

Obwohl es keine Erhebung darüber gibt, wie häufig BIID vorkommt, ist es sicherlich eine seltene Erkrankung, was es sehr schwierig macht, eine große Anzahl von Personen in Forschungsstudien einzubinden. Die bislang größte Studie wurde 2005 von First an 52 Teilnehmern durchgeführt.

KOMORBIDITÄT

2005 führte M. First eine Umfrage unter 52 Patienten mit Amputationswunsch durch. Von dieser Gruppe waren 14 amputiert und 28 weitere hatten sich darüber informiert oder z.T. lebensbedrohliche Versuche unternommen. Dieses Verlangen behindert zu sein war teilweise assoziiert mit anderen funktionellen Beeinträchtigungen oder enormer Verzweiflung. Es gab jedoch nur eine geringe Anzahl von formellen psychiatrischen Co-Erkrankungen, da niemand an einer körperdysmorphen Erkrankung oder Psychose litt, und wenige hatten überhaupt bedeutsame psychiatrische Symptome außer der Hauptbeschwerde. Der am häufigsten genannte Grund, amputiert sein zu wollen, war, das wahre Selbst bzw. die Identität herzustellen. Abgesehen von einem Betroffenen begann das Verlangen bei allen Patienten vor der Pubertät.

Eine Forschungsgruppe unternahm einen Versuch mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapie und Antidepressiva bei einem Patienten, der sein Leben lang das Verlangen nach Amputation seines linken Beines hatte; dieser Patient hatte keine begleitenden psychiatrischen Co-Erkrankungen oder Paraphilien (Braam, 2006). Ein anderer Patient schnitt seine linke Hand ab, nachdem er schon seit der Vorpubertät Zwangsgefühle hatte und das Verlangen, seinen Körper zu verändern. (Sorene et al., 2006). Wie in einigen der o.g. Fällen begann bei diesem Patienten das Verlangen, nachdem er in seiner Jugend einen Amputierten gesehen hatte.

Als Folge der Inkongruenz zwischen erwünschtem und realem Körper kommt es nicht selten zu Depressionen. Die Folgen des nicht-erfüllten Bedürfnisses sind klinisch bedeutsames Leid und häufiges Grübel darüber, ob und wie die Behinderung erreicht werden kann. Menschen mit BIID berichten typischerweise von einem chronisch-zermürenden Gefühl des Unwohlseins bezüglich des Aussehens und der Funktion ihres Körpers, und sie fühlen, dass ihr Körper irgendwie „nicht richtig“ ist. Wenn sie ihre täglichen Arbeiten verrichten, sind sie oft mit den Gedanken beschäftigt, wie es sein würde, diese Tätigkeit auszuführen, wenn sie ihre gewünschte Behinderung hätten, eine gedankliche Beschäftigung, die sie einfach nicht „abstellen“ können. Eine Person z.B., die das lebenslange Verlangen hat, querschnittsgelähmt zu sein, wird jede Tür, auf die sie trifft, genau daraufhin untersuchen, ob ein Rollstuhl durch passen würde. Viele Patienten berichten, dass diese ständigen Gedanken es ihnen schwer machen, sich bei der Arbeit in der Ausbildung oder auch während der Freizeit zu konzentrieren, bis zu einem Punkt, wo ihre Effektivität bedeutend beeinträchtigt wird. Eine andere Leidensquelle besteht in den Schamgefühlen, dass sie wegen dieses Verlangens haben, da sie es als extrem außergewöhnlich, sogar bizarr und gesellschaftlich unakzeptabel erkennen. Deshalb bewahren die meisten diese Gefühle als ein streng gehütetes Geheimnis. Viele Betroffene entscheiden

sich dafür, ihre Gefühle niemandem mitzuteilen, nicht einmal ihrem Partner oder anderen nahestehenden Menschen, oder selbst dem Therapeuten. Andere vermeiden es, intime Beziehungen zu entwickeln, weil es stark ihre Möglichkeit zu pretenden einschränken würde (Helmer & Kasten, 2015). Differentialdiagnostisch muss ausgeschlossen werden, dass der Drang nach Amputation nicht einer Selbstzerstörungstendenz entspringt, d.h. Folge einer schweren Depression ist.

Die schwerwiegendsten negativen Folgen resultieren darin, wenn Patienten selbst versuchen, die Dinge in die Hand zu nehmen. Für manche werden die Gefühle von chronischem Unwohlsein und Dysphorie so intensiv und das Verlangen, ein, wie sie glauben, erfülltes und zufriedenes Leben mit der gewünschten Behinderung zu führen, so stark, dass sie dazu getrieben werden, ernsthaft zu versuchen, die Behinderung zu realisieren. Während solche Menschen es auf jeden Fall vorziehen würden, eine medizinische Intervention von einem qualifizierten Chirurgen in einer qualitativ hochwertigen Einrichtung zu bekommen, hat das Fehlen solcher Möglichkeiten etliche Betroffene dazu gebracht, Behandlung von ausländischen Chirurgen zu bekommen (Noll & Kasten, 2014), die meist gegen Barzahlung heimlich und zum Teil unter unsicheren Bedingungen operieren, manchmal mit tragischem Ausgang. In einem Fall von 1999 starb ein Patient in einem Hotelzimmer in Mexiko an Gangrän, nachdem ein unlizenzierter Arzt aus den USA dessen linkes Bein ohne adäquate Nachsorge amputiert hatte (Macaskill, 1999). Andere verzweifelte Personen haben verschiedene gefährliche Methoden benutzt, um die Gliedmaße entweder selbst zu entfernen (z.B. Gewehr, Häcksler) oder so irreversibel zu beschädigen (z.B. in Trockeneis einfrieren), dass ein Chirurg sich schließlich zur Amputation gezwungen sah.

Eine weitere Co-Störung ist Apotemnophilie (Mancophilie, Deformations-Fetischismus, Amputations-Fetischismus), eine Paraphilie, die mit intensiver Erregung bei der Vorstellung, amputiert zu sein (oder zu werden) einher geht (Pregartbauer et al., 2014). Laut einer Studie von First (2005) mit 52 Patienten, die amputiert sein wollten, berichteten 50% der BIID-Betroffenen, dass sie sexuell erregt werden von der Vorstellung, amputiert zu sein. Darüber hinaus berichteten 13% aus der Gesamtgruppe von 52 Befragten, dass ihr Verlangen nach Amputation ausschließlich durch sexuelle Erregung motiviert war; diese Personen sollten nicht als BIID-Patienten bezeichnet werden, sondern mit Paraphilie (Apotemnophilie) diagnostiziert werden. Die diagnostische Bedeutung dieser hohen Zahl von co-morbider Apotemnophilie, die fast ausschließlich bei männlichen BIID-Patienten zu finden ist, ist unklar. Bei einigen Personen scheint es, dass ihr Verlangen nach Amputation sich im Teenageralter zuerst in sexuellem Zusammenhang zeigte und sich im Laufe der Zeit zu einer allgemeineren Verwirrung über die Körperidentität entwickelte. Interessanterweise ist dieses Muster analog zu einem Untertyp von Erwachsenen mit GID, deren Erkrankung im Teenageralter mit Transvestitenfetisch beginnt (z.B. mit sexuellem Schwerpunkt) und sich im Laufe der Zeit in eine allgemeinere Geschlechterdysphorie umwandelt und in dem Bedürfnis nach chirurgischer Geschlechtsumwandlung ihren Höhepunkt findet. 20% der befragten Gruppe litt zur Zeit der Befragung unter co-morbiden psychiatrischen Symptomen (insbesondere leichte Depressionen, Ängste, somatoformen Störungen).

Wahn oder andere Formen psychotischen Erlebens müssen ausgeschlossen werden. BIID-Patienten haben ein intaktes Realitätsgefühl bezüglich der Quelle und Bedeutung ihres Bedürfnisses nach Amputation (Kasten, 2009). Sie glauben zu keiner Zeit, dass die Zielgliedmaße nicht zu ihnen gehört (z.B. dass sie vom Teufel besessen ist oder unter der Kontrolle von Aliens) und sie sind sich total bewusst, wie bizarr dieses Verlangen anderen Leuten erscheint, d.h. ihr Scharfblick ist intakt. Außerdem sind ihnen die Folgen der erwünschten Behinderung hinsichtlich der Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens wie auch Probleme durch das Tragen von Prothesen oder der Benutzung eines Rollstuhls in jeder Hinsicht völlig bewusst.

THERAPIE

Die meisten Betroffenen leiden sehr stark und sind interessiert an der Hilfe der Fachleute, viele haben an Versuchen einer Behandlung mit Medikamenten, Psychotherapie oder körperorientierten Verfahren teilgenommen, um zu versuchen, ihr Verlangen nach einer Behinderung zu reduzieren oder zu eliminieren (Kroeger et al., 2014). Im Moment sind systematische Versuche für eine Behandlung von BIID noch in der Anfangsphase.

Berger et al (2005) berichten von einem Patienten, der eine Selbstamputation beider Beine durchführte als Antwort auf das langanhaltende Verlangen, sein „wahres Selbst“ zu werden; und diese Tat war nach Ansicht der Autoren sicherlich nicht durch Psychose, Paraphilie oder Selbstmordgedanken motiviert. Bemerkenswert ist, dass dieser Patient eine co-morbide Geschlechtsidentitätsstörung hatte,

die nach der Amputation komplett verschwand.

Die Tatsache, dass eine der potentiellen Behandlungsmaßnahmen für diese Erkrankung in selbst gewählter Amputation einer physisch gesunden Gliedmaße besteht, führte zu erheblichen Debatten unter Medizinethikern darüber, ob ein Körperteil entfernt werden sollte, um diese Erkrankung zu behandeln, wobei einige argumentieren, dass eine selbst gewählte Amputation ethisch gerechtfertigt sein kann, wenn man diese Operation als Behandlung einer psychischen Erkrankung ansieht, genauso wie eine geschlechtsumwandelnde Operation als Behandlung von GID (neu GD für Gender Dysphoria) durchgeführt wird (Bayne & Levy, 2005). Andere stellen die ethischen Aspekte einer selbst gewählten Amputation für BIID in Frage, da sie es als Kollaborieren mit Patienten mit einer psychischen Erkrankung ansehen (Johnson & Elliott, 2002; Müller, 2009; Patrone, 2009; Tomasini, 2006).

Im Hinblick auf die Reaktion auf Behandlungsmethoden berichten die Patienten, die ihre gewünschte anatomische Konfigurierung durch Operation oder andere Mittel erreicht haben, von einer deutlichen Verbesserung im allgemeinen Funktionieren und einer besseren Lebensqualität (Noll & Kasten, 2014).

ÄTIOLOGISCHE HYPOTHESEN

Verschiedene psychologische Modelle wurden vorgestellt, um das Verlangen nach Behindertsein zu erklären. BIID scheint nicht einfach das Ergebnis von sozialer Abweichung oder Konflikten mit der Gesellschaft zu sein. Klar ist, dass das Verlangen nach Amputation oder einer anderen Körperbehinderung Konflikte mit der Gesellschaft auslöst, da eine selbstgewählte Amputation oder das Herbeiführen einer Körperbehinderung nicht gesellschaftlich akzeptabel sind und zur Verurteilung derer führen kann, die einer Person helfen, ihre gewünschte Behinderung zu erlangen. Dieser Konflikt ist jedoch nicht die Ursache der Erkrankung, sondern nur eine Folge davon.

Zahlreiche psychodynamische Formulierungen konzentrieren sich auf die sexuellen Aspekte dieser Erkrankung, wie oben beschrieben. Eine Theoretikerin bezieht sich auf den Vergleich von BIID mit GID und behauptet, beide entstünden durch einen „erotischen Zielortfehler“ (Lawrence, 2006). Gemäß dieser Theorie erotisieren Personen, die sich zu Amputierten hingezogen fühlen, ihre eigenen Körper und wollen selbst amputiert sein. Diese Schlussfolgerung speist sich aus den gleichen Theorien des Sexforschers Blanchard, der das sexuelle Interesse von nicht-homosexuellen Mann-zu-Frau Transsexuellen als „Autogynophilie“ beschrieb: die Neigung eines Mannes, von dem Gedanken oder dem Bild seiner selbst als Frau sexuell erregt zu werden (Blanchard, 1989).

Dagegen formulierte eine Gruppe von Forschern über kognitives Verhalten Behandlungsmodelle für obsessiv-zwanghafte Störungen (Link & Kasten, 2015) und Hypochondrie, um ein Modell für BIID-Psychotherapie zu entwickeln (Braam et al., 2006). Dieses psychologische Modell behandelt dieses Verlangen als obsessives ego-syntonisches Grübeln, und das Verhalten des „Pretendens“, also sich wie ein Amputierter/Gelähmter zu verhalten, wird als Vermeidungsverhalten angesehen.

Die Studie mit den Befragungen von First (2005) lässt darauf deuten, dass die ätiologischen Mechanismen für die Entwicklung von BIID heterogen sein könnten. 29 der 52 Patienten (56%) berichteten, dass ihr Verlangen begann, kurz nachdem sie Amputierte im wirklichen Leben gesehen hatten oder auf Bildern in den Medien (z.B. amputierte Soldaten, die aus dem Krieg zurückkehren). Unter denjenigen, die schon früh dem Anblick von Amputierten ausgesetzt waren, erinnerten sich 59% vom Anblick eines Amputierten „fasziniert“ gewesen zu sein (Obernolte et al., 2015), 21% dachten, amputiert zu sein bringe gewisse Vorteile mit sich, z.B. Beliebtheit in der Schule oder die besondere Aufmerksamkeit der anderen; 17% berichteten von sexueller Erregtheit, als sie zum ersten Mal einen Amputierten sahen, und 3% erinnerten sich, den Amputierten dafür zu bewundern, dass er widrige Umstände gemeistert hatte. Von den verbleibenden 23%, die als Kind keine Amputierten gesehen hatten, konnten 39% keinerlei Erklärung dafür finden, warum sie eine amputierte Gliedmaße haben wollen (z.B. „solange ich mich erinnern kann, fühlte ich, dass mein linkes Bein nicht da sein sollte – aber ich habe keine Ahnung, warum“); 17% berichteten, dass sie eine andere Behinderung wollten (z.B. hinken), bevor sie amputiert sein wollten. Von den verbleibenden 9 von den 23, die nie Amputierte gesehen hatten, hatte jeder eine einzigartige Erklärung. Z.B. ein Patient, der seinen Wunsch, amputiert zu sein, darauf zurückführt, dass er mit einem Nachbarsjungen befreundet war, der gerne Amputierten hinterher schlich.

Es besteht ein zunehmendes Interesse daran, die zugrundeliegende Neurobiologie von BIID zu erforschen, teilweise inspiriert durch Fälle von neurologischen Läsionen, die analoge Defizite im Körperbild verursachen, allerdings von transienter Natur (Giummarra et al., 2011). Läsionen der

rechten parietalen Kortex z.B. können auf verschiedene Weise Auswirkungen auf das Körperbild einer Person haben. Im Falle von Somatoparaphrenie (Gerstmann, 1942), leugnet der Patient, dass ein Körperteil (Arm oder Bein) auf der Gegenseite der Läsion zu ihm gehört, obwohl er nicht zwangsläufig Schwierigkeiten hat, damit Bewegungen auszuführen, oder eine vorhandene Lähmung der betroffenen Gliedmaße nicht wahrnimmt (Vallar & Ronchi, 2009, für eine Übersicht). Patienten können auch denken, sie hätten zusätzliche Gliedmaßen als Teil einer Reduplizierungssillusion, wenn man z.B. fühlt, man hätte 4 Beine statt zwei (Vuilleumier et al., 1997). Diese Erkrankungen unterscheiden sich vom „Alien-Hand-Syndrom“, bei dem Bewegungen der betroffenen Hand (oder anderen Gliedmaße) ohne bewussten Willen ausgeführt werden, möglicherweise aufgrund einer verlorenen Abwärtsregulierung der primären Motorkortex (Assal et al., 2007). Rechtsseitige Parietalläsionen können auch Anosognosie verursachen, die Leugnung einer Lähmung oder eines anderen neurologisch bedingten Defizits, wobei Patienten darauf bestehen, dass sie gesund sind (Cappa et al., 1987). Obschon konzeptuelle Ähnlichkeiten zwischen durch neurologisch erworbene, rechtsseitige Parietalhirnstörung und BIID bestehen, müssen die Mechanismen doch unterschiedlich sein; eine Prozedur, die Somatoparaphrenie normalisiert, scheint bei BIID keinerlei Einfluss auf die Akzeptanz des nicht-gewollten Körperteiles zu haben (Lenggenhager et al., 2014).

Das Körper selbstbild eines Menschen ist notwendigermaßen hirnganisch verankert. Insbesondere Läsionen des linken parietalen Cortex können Defizite im Erleben des Körperbildes verursachen. Jemand mit ideomotorischer Apraxie kann Bewegungen auf verbales Kommando hin nicht pantomimisch umsetzen oder hat gar Mühe, die Bewegungen einer anderen Person zu imitieren (Wheaton, 2007). Bei der Autotopagnosie verliert ein Patient selektiv die Fähigkeit, Körperteile am eigenen Körper zu lokalisieren (Buxbaum & Permaul, 2001; Corradine-Dell Aqua, 2008), in der Heterotopagnosie gelingt ihm dies nicht an seinem Gegenüber oder am Modell eines menschlichen Körpers (Auclair et al., 2009).

Verschiedene ältere Berichte von Kriegsversehrten besagen, dass Patienten nach einer traumatischen peripheren Verletzung das Gefühl haben können, dass der betroffene Körperteil nicht länger „zu ihnen gehört“, und dass dieses Gefühl anhalten kann, auch wenn grundlegende physiologische Funktionen wie Bewegung und Empfinden wieder hergestellt sind. Mitchell hat diese Beobachtung zuerst während des amerikanischen Bürgerkrieges gemacht und nannte diesen Zustand „Reflexparalyse“ (Mitchell et al., 1941). Babinski machte 1917 ähnliche Beobachtungen (Babinski & Froment, 1918), wie auch Leontev und Zaporozhets (1960), die eine Reihe von Veteranen aus dem 2. Weltkrieg beschrieben, die die Empfindung einer „gefälschten Hand“ nach einer Verletzung hatten. Diese Aussagen können, zusammen mit dem bekannten Auftreten von „Phantomgliedmaßen“ nach einer Amputation, als Hinweis für ein neurologisch verankertes Körperbild angesehen werden, dem neben unzweifelhaft starker Prägung durch sensomotorische Erfahrungen wohl auch angeborene Eigenschaften eigen sind. Hier kann es Diskrepanzen geben. So können Personen, denen Gliedmaßen von Geburt an fehlen, in einzelnen Fällen ebenfalls Phantomgefühle haben (Saadah & Melzack, 1994), und wahrscheinlich umso häufiger, je weniger Gliedmaßen ausgebildet sind, die das Körperschema dann postnatal prägen (Brugger et al., 2000). Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass 20% der Patienten in der Umfrage von M. First (2005) den Beginn ihrer BIID-Symptome nach einer Verletzung der Ziel-Gliedmaße erlebten, eine Beobachtung, die auch in vereinzelt Fallstudien wiederholt gemacht wurde (Money et al., 1977; Bruni, 1997; Bensler & Paauw, 2003). Konzeptuell wurde der Zusammenhang zwischen Phantomempfindungen für nie ausgebildete Körperteile und dem Wunsch, eine normal entwickelte Gliedmaße amputiert zu erhalten, als zentral für das Verständnis von BIID dargestellt (Hilti und Brugger, 2010).

Forscher an der University of California San Diego fanden bei Personen mit BIID eine erhöhte Reaktion der Leitfähigkeit der Haut auf einen Nadelstich in betroffene (d.h. nicht-akzeptierte) vs. akzeptierte Gliedmaßen (Brang et al., 2008). Sie präsentieren diese Ergebnisse als Hinweis auf eine defizitäre insuläre Verarbeitung von taktiler Information - die Insel ist dafür bekannt, dass sie Interozeption und Exterozeption integriert und auch beim Zustandekommen der autonomen Antwort auf bedrohliche Reize eine maßgebliche Rolle spielt (s.a.: Romano et al., 2015). Gleichzeitig wurde in der amerikanischen Studie die Hypothese einer angeborenen Fehlfunktion des rechten superioren Lobulus parietalis (SPL) aufgestellt. Dieses kortikale Areal ist dafür bekannt, dass es den Input von sensorischen Bereichen (nicht nur kontralateral gelegener) integriert, um ein Gefühl für den Körper als Ganzes zu schaffen (Ramachandran & McGeoch, 2007). Dieselbe Autorengruppe stellte auch magnetoenzephalographische Daten vor mit dem Hinweis, dass der rechte SPL bei ihrer Gruppe von Patienten mit BIID nicht in normalem Maße auf taktile Stimulation von Körperteilen reagiert, die eine Person mit BIID nicht zu sich gehörend erlebt (McGeoch et al., 2011). Neuropsychologische

Verhaltensexperimente an kleineren Gruppen von Personen mit BIID sind kompatibel mit einer Dysfunktion rechtsseitiger Parietallappenareale (Aoyama et al., 2012; Lenggenhager et al., 2015). Interessanterweise zeigten sich in einer Studie zu neuroarchitektonischen Änderungen der Hirnrinde bei Personen mit BIID gerade Insel und SPL als verändert gegenüber sorgfältig gewählten Kontrollpersonen (Hilti et al., 2013). Neben einer verminderten Kortexdicke (bzw. einer reduzierten Kortexoberfläche) im superioren Parietallappen und in der anterioren Insel zeigten sich in der Population von 13 an BIID leidenden Personen auch eine mangelhafte strukturelle Entwicklung im Areal der sekundären Beinrepräsentation. Blanke und Kollegen (2009) denken, basierend auf Ergebnissen eines semistrukturierten Interviews mit 20 Personen mit BIID, dass das Bedürfnis nach Amputation als Asomatognosie (Arzy et al., 2006; ursprünglich die "Aschematie" nach Bonnier, 1903) konzeptualisiert werden könnte, also eines Gefühls des Verlustes von Körperlichkeit. Damit weiten sie den engen Fokus auf die superiore Parietallappenregion der rechten Hirnhälfte aus, und mutmaßen, dass BIID einer Dysfunktion parieto-frontaler Regelkreise entsprechen würde (immer noch schwergewichtmäßig der rechten Hemisphäre), welche für die Integration multisensorischer Information aus einzelnen Körperteilen verantwortlich ist (Brugger und Lenggenhager, 2014). In Übereinstimmung mit dieser Annahme fand eine holländische Arbeitsgruppe in einer Gruppenuntersuchung mit funktioneller Magnetresonanztomografie (taktile Stimulation und motorische Exekution, akzeptierte vs. nicht-akzeptierte Körperteile involvierend) ein solches fronto-parietales Netzwerk aktiviert, das zusätzlich auch die (rechte) Insel umfasste (van Dijk et al., 2013). Die Resultate aus bisher knapp einem Dutzend bildgebender Studien zu BIID werden demnächst in einer von der renommierten Fachzeitschrift Lancet Psychiatry angeforderten Übersichtsarbeit zusammengefasst werden (Brugger et al., in Vorbereitung); es ist dabei wichtig zu erkennen, dass für die funktionelle und strukturelle Bildgebung bis anhin nur eine Subgruppe von Personen mit BIID untersucht wurde, nämlich diejenigen des Subtypes I (Amputationswunsch). Wie von der Zürcher Arbeitsgruppe mehrfach festgehalten (Brugger et al., 2013; Sedda, 2011), vermag eine einseitig neurologische Betrachtung dem Problem BIID nicht gerecht werden; neben einer neurologisch sich manifestierenden Prädisposition zur Dissoziation zwischen Körper und Selbst, spielen auch psychische Komponenten des emotionalen Erlebens mit (Bottini et al., 2015), und selbst eine maßgebliche Einflussnahme sozialer Medien auf die individuelle Ausprägung von BIID darf keinesfalls geleugnet werden (Davis, 2012).

Aktuell läuft eine Gen-Forschung des Amerikaners Hyung Goo Kim, der in Blutproben von Betroffenen und Familienangehörigen Anhaltspunkte für genetische Auffälligkeiten benennen konnte. Allerdings gibt es hierzu noch keine Publikation

DIAGNOSTISCHE EINORDNUNG

Das Konstrukt BIID identifiziert eine spezifische Gruppe von Personen, die klinische Aufmerksamkeit braucht wegen dem Leidensgrad, den sie aushalten müssen, welcher wiederum gestärkt wird von dem enormen Stigma, das mit dem Vorhandensein solcher Wünsche assoziiert wird. Das hauptsächlich definierende Merkmal von BIID ist ein intensives und lang anhaltendes Bedürfnis, eine einschneidende Körperbehinderung zu erlangen, gepaart mit einem Sinn der Unpassendheit der tatsächlichen anatomischen oder funktionellen Körperkonfiguration, was zu enormem Leiden und /oder Funktionsstörungen führt.

Die einzige andere ICD-Diagnose mit ähnlichen Merkmalen ist GID, wobei das Gefühl von Unpassendheit das Geschlecht und seine physischen Merkmale betrifft (z.B. Geschlechtsorgane und sekundäre sexuelle Merkmale).

Platzierung von BIID innerhalb der ICD Klassifizierung

Es gibt im Wesentlichen drei Optionen für eine Platzierung von BIID innerhalb der DSM-V Klassifizierung:

Option 1: Neben Transidentität (Gender Identity Disorder) in einer neuen diagnostischen Gruppierung von „Somatischen Identitätsstörungen“ oder aber unter der offenbar für das ICD-11 bereits geplanten Kategorie „Bodily Distress Disorders“, die, soweit den Antragstellern bekannt, 5 Unterkategorien besitzen soll: (1) mild, (2) moderate, (3) severe, (4) other specified und (5) unspecified. Hier würde BIID am ehesten unter die Kategorie (4) fallen.

Wie oben diskutiert wurden die Konzeptualisierung und Konstruktion der vorgeschlagenen BIID

Kriterien nach dem Modell für GID geschaffen. Es gibt eine erstaunliche Anzahl von Parallelen zwischen GID und BIID (Ostgathe et al., 2014). Bei beiden Störungen fühlt sich der /die Betroffene äußerst unwohl mit den Aspekten seiner/ihrer Anatomie (Genitalien und sekundäre Geschlechtsmerkmale bei GID und das Vorhandensein aller vier Gliedmaßen bei BIID), was die Person als Konflikt mit ihrer gewünschten körperlichen und mentalen Identität erfährt (das andere Geschlecht zu sein bei GID, amputiert zu sein bei BIID). Sowohl bei GID als auch bei BIID beginnt die Störung im Kindesalter oder in der frühen Jugend (Obernolte et al., 2015). Ein wichtiges Merkmal beider Störungen ist es, physisch so zu tun, als ob man die gewünschte Identität hätte (z. B. sich als Mann bzw. Frau zu kleiden, um für das andere Geschlecht gehalten zu werden, bei GID, das Vortäuschen einer Amputation bei BIID, indem ein Bein angebunden wird und Krücken benutzt werden). Chirurgische Veränderungen, um den Körper der Person mit der gewünschten Identität in Einklang zu bringen (z.B. Hormonbehandlung oder Geschlechtsumwandlung oder andere chirurgische Veränderungen bei GID, selbstgewählte Amputation bei BIID) eliminiert, zumindest bei einigen Personen, das Verlangen effektiv (und „heilt“ deshalb die Störung). Schließlich gibt es eine enge Parallele im Verhältnis der Paraphilie- und Identitätskomponenten bei diesen beiden Erkrankungen. Es gibt eine Untergruppe von GID-Betroffenen, deren Interesse, das Geschlecht zu ändern mit Autogynephilie begann, einer Paraphilie, die bei Männern auftritt und charakterisiert wird durch die erotische Erregbarkeit beim Gedanken oder des Bildes von sich selbst als Frau. Im Laufe der Zeit entwickelt sich der Wunsch, eine Frau zu sein, über die Domäne der sexuellen Erregbarkeit hinaus und umfasst den ganzen Sinn für Geschlechtsidentität der Person, gipfelnd im Verlangen, dauerhaft eine Frau zu sein wollen. Ähnlich dazu gibt es eine Untergruppe von Personen, deren Verlangen nach Amputation ausschließlich sexuell begann (Apotemnophilie), deren Verlangen nach Amputation jetzt jedoch ausschließlich im Sinne von Identität besteht.

Es gibt auch einige Hinweise darauf, dass GID und BIID einen gemeinsamen zugrundeliegenden Risikofaktor haben. In der Befragung von First (2005) von Personen mit Amputationswunsch gaben 20% an, dass sie irgendwann einmal in ihrem Leben das Gefühl hatten, ein anderes Geschlecht haben zu wollen oder dass sie das Gefühl hatten, im Körper des falschen Geschlechts zu stecken. Sieben von zehn Befragten gaben außerdem an, in der Vergangenheit sich wie das andere Geschlecht gekleidet zu haben, sechs von den zehn berichteten von Gedanken über eine chirurgische Geschlechtsumwandlung, und einer führte sie durch.

Option 2: Platzierung innerhalb der Gruppierung von Zwangsstörungen

Eine theoretisch denkbare Option wäre es, BIID innerhalb einer vorgeschlagenen Sektion mit obsessiven-kompulsiven Spektrums-Erkrankungen zu platzieren, wegen der phenomenologischen Ähnlichkeit zwischen Zwängen und der ständigen Beschäftigung mit dem Gedanken, behindert sein zu wollen, bei BIID. Jedoch gibt es keinen weiteren Hinweis dafür, warum BIID in dieser Sektion platziert werden sollte. BIID-Patienten scheinen nicht auf SSRI oder andere antidepressive Medikamente anzusprechen, und, zumindest in der BIID-Studie mit Befragungen von 2005, es gibt kein erhöhtes Vorkommen von co-morbiden Zwangsstörungen bei BIID-Betroffenen (Link & Kasten, 2015).

Option 3: Platzierung innerhalb einer eigenen diagnostischen Gruppierung

Wenn entschieden würde, dass die Ähnlichkeiten zwischen GID und BIID nicht stark genug sind, um ihre Zusammenfassung in derselben diagnostischen Klasse zu rechtfertigen, oder wenn es weiterhin Sinn machen würde, GID in der gleichen Gruppe wie sexuelle Funktionsstörungen oder Paraphilien zu haben, könnte BIID aufgrund seiner einzigartigen Natur in einer eigenen diagnostischen Gruppierung platziert werden.

b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? *

- Wie viele Fälle sind in den jeweiligen Fallgruppen ('aktuell' vs. 'neu') voraussichtlich betroffen?
- Wie groß ist der Kostenunterschied zwischen den aktuellen Fallgruppen und den neuen Fallgruppen (mit den vorgeschlagenen neuen Schlüsselnummern)?
- Mittels welcher Schlüsselnummernkombinationen (ICD/OPS) werden die im Vorschlag genannten Fallgruppen aktuell verschlüsselt?
- **Benennen Sie die maßgeblichen Kostenpositionen (inkl. ihres Betrags) zum ggf. geltend gemachten Behandlungsmehr- oder -minderaufwand. Stellen Sie diese auch gegenüber den bisher zur Verfügung stehenden ICD-/OPS-Schlüsselnummernkombinationen dar. Sollten Ihnen keine genauen Daten bekannt sein, bitten wir um eine plausible Schätzung.**

Eine Abschätzung der Kosten ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich, da keine konkreten Erkenntnisse über die Häufigkeit vorliegen. Horn schätzte die Prävalenz auf 1-3% der „klinischen Population“. Müller (2009) und Bayne & Levy (2005) schätzten die Gesamtzahl auf „mehrere Tausend weltweit“.

Im April 2008 hatten einschlägige Internet-Foren folgende Mitgliederzahlen: 1.723 (Yahoo „fightinit“), 561 („need2be1“), 591 („BIID and Admirers Circle of Friends“), bzw. 358 („the biid affair“).

Im deutschsprachigen Internet-Forum www.biid-dach.org sind rund 200 Personen aus den deutschsprachigen Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz angemeldet. Bei einer vom Antragsteller initiierten Befragung über Körperwahrnehmungsstörungen litt nur 1 von 670 befragten Personen unter BIID.

Die Störung dürfte also sehr selten sein, grob geschätzt wird 1 pro 1 Mio. Einwohner. Allerdings gibt es hierunter auch leichte Formen, die keiner Behandlung bedürfen.

Mangels systematischer Studien ist weiterhin unbekannt, ob und in welchem Ausmaß BIID sich durch Medikamente (z.B. Antidepressiva) beeindrucken lässt. Befragungen zeigten hier keinen Effekt (Kroeger et al, 2014)

Ebensowenig gibt es bislang systematische Studien darüber, ob BIID sich durch psychotherapeutische Intervention beeinflussen oder gar heilen lässt (Kroeger et al., 2014).

Auch die von BIID sehr schwer betroffenen Patienten entschließen sich nicht immer zu einer Operation, da sie sich über die Nachteile einer Behinderung durchaus bewusst sind und diese (obwohl schon jetzt in Asien möglich) häufig jahre- oder jahrzentelang hinauszögern bzw. z.B. aus Rücksicht auf die Familie gar nicht durchführen.

Literatur:

Aoyama A, Krummenacher P, Palla A, Hilti LM, Brugger P. Impaired spatial-temporal integration of touch in xenomelia (body integrity identity disorder). *Spatial Cognition and Computation* 2012, 12: 96-110.

Arzy S, Overney LS, Landis T, Blanke O. Neural mechanisms of embodiment: asomatognosia due to premotor cortex damage. *Arch Neurol* 2006 63(7):1022-5.

Assal, F., S. Schwartz, and V. Vuilleumier, Moving with or without will: functional neural correlates of alien hand syndrome. *Ann Neurol*, 2007. 54(12): p. 1543-1547.

Auclair, L., et al., Where are your body parts? A pure case of heterotopagnosia following left parietal stroke. *Neurocase* 2009: p. 1-7.

Babinski, J. and J. Froment, *Hysteria or Pithiatism and Reflex Nervous Disorders in the Neurology of War 1918*, London: University of London Press.

Barbet, T., et al., [Apotemnophilia as a contemporary frame for psychological suffering]. *Encephale*, 2007. 33(4 Pt 1): p. 609-615.

- Bayne, T. and N. Levy, Aputees by choice: body integrity identity disorder and the ethics of amputation. *J Appl Philos*, 2005. 22(1): p. 75-86.
- Bensler, J. and D. Paauw, Apotemnophilia masquerading as medical morbidity. *South Med J*, 2003. 96(7): p. 674-676.
- Berger, B., et al., Nonpsychotic, nonparaphilic self-amputation and the internet. *Compr Psychiatry*, 2005. 46(5): p. 380-383.
- Blanchard, R., The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. *J Nerv Ment Dis*, 1989. 1989(10): p. 616-623.
- Blanke, O., et al., Preliminary evidence for a fronto-parietal dysfunction in able-bodied participants with a desire for limb amputation. *J Neuropsychol*, 2009. 3(Pt. 2): p. 181-200.
- Bonnier, P. L'aschématie. *Revue Neurol* 1905;13:605-9.
- Bottini G, Brugger P, Sedda A. Is the desire for amputation related to disturbed emotion processing? A multiple case study analysis in BIID. *Neurocase* 2015, 21 : 394-402.
- Braam, A., et al., Investigation of the syndrome of apotemnophilia and course of cognitive-behavioral therapy. *Psychopathology*, 2006. 39(1): p. 32-37.
- Brang, D., P. McGeoch, and V. Ramachandran, Apotemnophilia: a neurological disorder. *Neuroreport*, 2008. 19(13): p. 1305-1306.
- Brenner, I., Upper-extremity self-amputation in a case of dissociative identity disorder. *J CLin Psychiatry*, 1999. 60(10): p. 705-706.
- Brugger P (2011) Der Wunsch nach Amputation. Bizarre Macke oder neurologische Störung? *Ars Medici*, 2, 59-63.
- Brugger P, Christen M, Jellestadt L, Hänggi J. BIID: a condition "under construction". *Lancet Psychiatry*, in Vorbereitung.
- Brugger P, Kollias SS, Muri R, Crelieu G, Hepp-Reymond M-C, Regard M. Beyond re-membering: phantom sensations of congenitally absent limbs. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA* 2000, 97: 6167-6172.
- Brugger P, Lenggenhager B. The bodily self and its disorders: neurological, psychological, and social aspects. *Current Opinion in Neurology* 2014, 27: 644-652.
- Brugger P, Lenggenhager B, Giummarra MJ. Xenomelia: a social neuro-science view of altered bodily self-consciousness. *Frontiers in Psychology* 2013, 4: article 203, 1-7
- Bruno, R., Devotees, pretender, and wannabes: two cases of factitious disability disorder. *Sexuality and Disability*, 1997. 15(4): p. 243-260.
- Buxbaum, L. and P. Permaul, Hand-centered attentional and motor asymmetries in unilateral neglect. *Neuropsychologia*, 2001. 39(7): p. 653-654.
- Cappa, S., et al., Remission of hemineglect and anosognosia during vestibular stimulation. *Neuropsychologia* 1987. 25(5): p. 775-782.
- Corradi-Dell'Acqua, C., et al., Where is a nose with respect to a foot? The left posterior parietal cortex processes spatial relationships among body parts. *Cereb Cortex*, 2008. 18(12): p. 2879-2890.
- Dixon, D., An erotic attraction to amputees. *Sexuality and Disability*, 1983. 6(1): p. 3-19.
- Dotinga, R., Out on a limb (August 29, 2000), in *salon.com*. 2000.
- Dyer, C., Surgeon Amputated Healthy Legs. *BMJ*, 2000. 320(7231): p. 332.
- Elliott, C., A new way to be mad. *Atlantic Monthly*, 2000. 286(6).
- Everard, W., A case of apotemnophilia: a handicap as sexual preference. *Am J Psychotherapy*, 1983. 37(2): p. 285-293.
- First, M., Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder. *Psychological Medicine*, 2005. 35(6): p. 919-928.
- Fischer, M, Schnell, T. & Kasten, E.: Body Integrity Identity Disorder: Development and evaluation of an assessment of the severity. *American Journal of Applied Psychology*. 2015, 4(3): 76-82.
- Fisher, K. and R. Smith, More work is needed to explain why patients ask for amputation of healthy limbs. *BMJ*, 2000. 320(7242): p. 1147.
- Furth, G. and R. Smith, Apotemnophilia: information, questions, answers, and recommendations about self-demand amputation. 2000, Bloomington, IN: 1stBooks Library.

- Gerstmann J. Problem of imperception of disease and of impaired body territories with organic lesions - relation to body scheme and its disorders. *Archives of Neurology and Psychiatry* 1942, 48(6): 890-913.
- Giummarra MJ, Bradshaw JL, Hilti LM, Nicholls ME, Brugger P. Paralyzed by desire: a new type of body integrity identity disorder. *Cogn Behav Neurol* 2012, 25(1):34-41.
- Giummarra MJ, Bradshaw JL, Nicholls MER, Hilti LM, Brugger P. The unity of body and self: Body incongruity and deranged body processing in body integrity identity disorder. *Neuropsychology Reviews* 2011, 21: 320-333.
- Helmer, J. & Kasten, E.: Body Integrity Identity Disorder: A systematic record of the strategies to reduce the strain. *Psychology and Behavioral Sciences*. 2015; 4(4): 139-146.
- Hilti L, Brugger P. Incarnation and animation: physical versus representational deficits of body integrity. *Experimental Brain Research* 2010, 204: 315-326.
- Hilti LM, Hänggi J, Vitacco DA, Kraemer B, Palla A, Luechinger R, Jäncke L, Brugger P. The desire for healthy limb amputation. Structural brain correlates and clinical features of xenomelia. *Brain* 2013, 136: 318-329.
- Hunter, G. and A. Kennard, Mania operativa: an uncommon unrecognized cause of limb amputation. *Can J Surg*, 1982. 25(1): p. 92-93.
- Johnson, J. and C. Elliott, Healthy Limb Amputation: ethical and legal aspects. *Clinical Medicine*, 2002. 2: p. 431-435.
- Kasten, E. Body Modification – Psychologische und medizinische Aspekte von Piercing, Tattoo, Selbstverletzung und anderen Körperveränderungen. München: Reinhardt-Verlag, 2006.
- Kasten, E. & Stirn, A. Wechselnder rechts-links-Amputationswunsch bei Body Integrity Identity Disorder (BIID). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie*. 2009; 57: 55-61.
- Kasten, E. Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*. 2009; 77: 16-24.
- Kolla, N. and K. Zucker, Desire for non-mutilative disability in a nonhomosexual, male-to-female transsexual. *Arch Sex Behavior*, 2009. Apr 22 (epub ahead of print).
- Kroeger, K., Schnell, T. & Kasten, E.: Effects of psychotherapy on patients suffering from Body Integrity Identity Disorder. *American Journal of Applied Psychology*. 2014; 3(5): 110-115
- Lawrence, A., Clinical and theoretical parallels between desire for limb amputation and gender identity disorder. *Arch Sex Behavior*, 2006. 35(3): p. 263-278.
- Lenggenhager B, Hilti LM, Brugger P. Disturbed body integrity and the "rubber foot illusion". *Neuropsychology* 2015, 29: 205-211.
- Lenggenhager B, Hilti LM, Palla A, Macaudo G, Brugger P. Vestibular stimulation does not diminish the desire for amputation. *Cortex* 2014, 54: 210-212.
- Leontev, A. and A. Zaporozhets, Rehabilitation of Hand Function. 1960, New York: Permagon Press.
- Link, S. & Kasten, E.: Xenomelia and obsessive-compulsive disorder: Similarities and differences. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2015; 3(4): 63-69
- Macaskill, J., Doctor Cuts Off Leg to Satisfy Patient's Fetish; Bizarre Tragedy: Craving Costs Victim's Life., in *Daily Record*. 1999.
- McGeoch, P., et al., Apotemnophilia - the neurological basis of a 'psychological' disorder. *Nature Precedings*, 2009 (Posted March 17, 2009).
- Mitchell, S., G. Morehouse, and W. Keen, Reflex Paralysis Circular No. 6, Surgeon's General office, 1864. Reprinted by Yale University School of Medicine., 1941.
- Money, J. and K. Simcoe, Acrotomophilia, sex, and disability. *Sexuality and Disability*, 1984. 7(1/2): p. 285-293.
- Money, J., R. Jobaris, and G. Furth, Apotemnophilia: Two Cases of Self-Demand Amputation as Paraphilia. *Journal of Sex Research*, 1977. 13(2): p. 115-125.
- Muller, S., Body Integrity Identity Disorder (BIID)--is the amputation of healthy limbs ethically justified? *Am J Bioethics*, 2009. 9(1): p. 36-43.
- Neff, D. & Kasten, Erich. Body Integrity Identity Disorder (BIID): What do health care professionals know? *European Journal of Counselling Psychology*. 2010; 1(2): 16-31.
- Noll, S. & Kasten, E. Body integrity identity disorder (BIID): How satisfied are successful wannabes?

- Psychology and Behavioral Sciences. 2014; 3(6): 222-232
- Obernolte, C., Schnell, T. & Kasten, E.: The role of specific experiences in childhood and youth in the development of body integrity identity disorder (BIID). American Journal of Applied Psychology. 2015; 4(1): 1-8.
- Ostgathe, A., Schnell, T. & Kasten, E.: Body integrity identity disorder and Gender Dysphoria: A pilot study to investigate similarities and differences. American Journal of Applied Psychology. 2014; 3(6): 138-143
- Parsons, J., W. Brown, and A. Sirota, Inappropriate amputation requests. Psychosomatics, 1981. 22(9): p. 822-823.
- Patrone, D., Disfigured anatomies and imperfect analogies: body integrity identity disorder and the supposed right to self-demand amputation of healthy body parts. J Med Ethics, 2009. 35(9): p. 541-545.
- Phillips, K.A., Wilhelm, S., Koran, L.M. et al.: Body Dysmorphic Disorder: Some Key issues for DSM-V. Depression and Anxiety. 2010. 27(6): 573-591.
- Pregartbauer, L., Schnell, T. & Kasten, E.: Body integrity identity disorder and mancophilia: Similarities and differences. American Journal of Applied Psychology. 2014; 3(5): 116-121.
- Ramachandran, V. and P. McGeoch, Can vestibular caloric stimulation be used to treat apotemnophilia? Med Hypotheses, 2007. 69(2): p. 250-252.
- Robertson, I. and P. Halligan, Spatial neglect: A clinical handbook for diagnosis and treatment. 1999, Hove, East Sussex: Psychology Press.
- Romano D, Sedda A, Brugger P, Bottini G. Body ownership: when feeling and knowing diverge. Consciousness and Cognition 2015, 34: 140-148.
- Saadah, E. and R. Melzack, Phantom limb experiences in congenital limb-deficient adults. Cortex, 1994. 30(3): p. 479-485.
- Schlozman, S., Upper extremity self-amputation and replantation: 2 case reports and a review of the literature. J Clin Psychiatry, 1998. 59(12): p. 681-686.
- Sedda A. Body integrity identity disorder: from a psychological to a neurological syndrome. Neuropsychology Review 2011, 21(4): 334-336.
- Sedda A, Bottini G. Apotemnophilia, body integrity identity disorder or xenomelia? Psychiatric and neurologic etiologies face each other. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2014, 10: 1255-1265.
- Sorene, E., Heras-Palou, and F. Burke, Self-amputation of a healthy hand: a case of body integrity identity disorder. J Hand Surg Br, 2006. 31(6): p. 593-595.
- Stewart, D. and M. Lowrey, Replantation surgery following self-inflicted amputation. Can J Psychiatry, 1980. 25: p. 143-150.
- Stirn, A., A. Thiel, and S. Oddo, Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical, and Legal Aspects. 2009, Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers.
- Storm, S. and M. Weiss, Self-inflicted tourniquet paralysis mimicking acute demyelinating polyneuropathy. Muscle Nerve, 2003. 27(5): p. 339-344.
- Tomasini, F., Exploring ethical justification for self-demand amputation. Ethics Med, 2006. 22(2): p. 99-115.
- Vallar, G. and R. Ronchi, Somatoparaphrenia: a body delusion. A review of the neuropsychological literature. Exp Brain Res, 2009. 192(3): p. 533-551.
- van Dijk MT, van Wingen GA, van Lammeren A, Blom RM, de Kwaasteniet BP, Scholte HS, Denys D. Neural basis of limb ownership in individuals with body integrity identity disorder. PLoS One. 2013 Aug 21;8(8):e72212.
- Vuilleumier, P., A. Reverdin, and T. Landis, Four legs. Illusory reduplication of the lower limbs after bilateral parietal lobe damage. Arch Neurol, 1997. 62(3): p. 301-306.
- Wakefield, P., A. Frank, and R. Meyers, The hobbyist: A euphemism for self-mutilation and fetishism. Bull Meninger Clinic, 1977. 41(6): p. 539-552.
- Wheaton, L.H., M, Ideomotor apraxia: a review. J Neurol Sci, 2007. 260(1-2): p. 1-10.
- Wise, T. and Kalyanam, Amputee fetishism and genital mutilation: case report and literature review. J Sex Marital Ther, 2000. 26(4): p. 339-344.

c. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? *

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

entfällt

d. Inwieweit ist der Vorschlag für andere Anwendungsbereiche der ICD-10-GM relevant? *

entfällt

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)