

Artifizielle Störung und Selbstverletzendes Verhalten



Dr. H. Schulmayer
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie
Hasenbergstraße 60
70714 Stuttgart

Artifizielle Störung

ICD 10:

F68.- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Info.: Dieser Abschnitt enthält eine Reihe von klinisch wichtigen, meist länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung, während andere erst später im Leben erworben werden. Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60.-), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62.-) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.

Artifizielle Störung

F68.- Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F68.0 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen

Info.: Körperliche Symptome, vereinbar mit und ursprünglich verursacht durch eine belegbare körperliche Störung, Krankheit oder Behinderung werden wegen des psychischen Zustandes der betroffenen Person aggraviert oder halten länger an. Der betroffene Patient ist meist durch die Schmerzen oder die Behinderung beeinträchtigt; sie wird beherrscht von mitunter berechtigten Sorgen über längerdauernde oder zunehmende Behinderung oder Schmerzen.

Inkl.: Rentenneurose

F68.1 Artifizielle Störung [absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen]

Info.: Der betroffene Patient täuscht Symptome wiederholt ohne einleuchtenden Grund vor und kann sich sogar, um Symptome oder klinische Zeichen hervorzurufen, absichtlich selbst beschädigen. Die Motivation ist unklar, vermutlich besteht das Ziel, die Krankenrolle einzunehmen. Die Störung ist oft mit deutlichen Persönlichkeits- und Beziehungsstörungen kombiniert.

Inkl.:

Durch Institutionen wandernder Patient [peregrinating patient]
Hospital-hopper-Syndrom
Münchhausen-Syndrom

Exkl.:

Dermatitis factitia (L98.1)
Vortäuschung von Krankheit (mit offensichtlicher Motivation) (Z76.8) F68.8
Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Inkl.:

Charakterstörung o.n.A.
Störung zwischenmenschlicher Beziehung o.n.A.

Artifizielle Störung

Personen, die sich gesundheitlich selbst schädigen, indem sie Krankheitszeichen vortäuschen, verstärken oder künstlich hervorrufen auch um den Preis zahlreicher medizinischer Eingriffe einschließlich Operationen

früher als Münchhausen-Syndrom bezeichnet

Solche Personen sind psychisch krank. Kein Betrug!

Raffiniertes Vorgehen, so dass selbst Experten lange Zeit nicht dahinter kommen

Artifizielle Störung

Hieronymus Carl Friedrich Freiherr von Münchhausen (* 11. Mai 1720 in Bodenwerder; † 22. Februar 1797 ebenda) war ein deutscher Adliger aus dem Kurfürstentum Braunschweig-Lüneburg. Ihm werden die Geschichten vom **Baron Münchhausen** zugeschrieben.



<http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/82/M%C3%BCnchhausen-AWille.jpg>

Artifizielle Störung

Vorgetäuscht werden u.a. Schmerzzustände, Herz-Kreislaufstörungen, neurologische, urologische, gynäkologische Krankheitsbilder, Hauterkrankungen, und Stoffwechselstörungen sowie psychiatrische Störungen

Wird das Verhalten an den Kindern ausgeführt, spricht man von einem sog. Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Das selbst- oder fremdverletzende Verhalten wird heimlich durchgeführt und erfolgt vermutlich in einem dissoziativen Zustand

Artifizielle Störung

Die Motivation erscheint rätselhaft

Betroffene erreichen keinen leicht erkennbaren Nutzen, wie z.B. finanzielle Vorteile oder ein erhöhtes körperliches Wohlbefinden

Als mögliche Motive, allerdings ohne empirischen Nachweis werden u.a. diskutiert:

- Verschaffen von Aufmerksamkeit, Fürsorge und Einzigartigkeitsgefühlen
- Regulation von Effekten und Spannungen
- Reinszenierung traumatischer Erfahrungen
- Regulierung und Stabilisierung konfliktreicher Paarbeziehungen

Artifizielle Störung

Patienten mit **artifizieller Störung** sind überwiegend weiblich, überzufällig häufig allein oder getrennt lebend, durchschnittlich gebildet, leiden unter Persönlichkeits- oder psychischen Störungen und üben häufig einen medizinischen Assistenzberuf aus.

Im Gegensatz zum Münchhausen-Patienten erscheinen diese Kranken sozial angepasster: Sie sind meistens familiär und gesellschaftlich/beruflich integriert, phantasieren ihre Krankheit nur selten derart, dass es dem Umfeld zu Denken gibt. Überwiegend keine ernsteren familiären, beruflichen oder sonstigen Probleme. Sie verhalten sich im Krankenhaus als angepasster, verlassen nicht plötzlich die Station, zeigen das Krankenhauswandern nicht so ausgeprägt.

Artifizielle Störung

Beim **Münchhausen-Syndrom** (eine kleine Untergruppe) sind die Patienten überwiegend männlich, sozial desintegriert und ziehen mit erfundenen oder inszenierten Beschwerden (*Pseudologia phantastica*) von einer Einrichtung zur nächsten (Krankenhauswandern). Neben den erwähnten Selbstmanipulationen steht eine besonders schwere Störung der zwischenmenschlichen Beziehungen im Vordergrund, z.B. ständige Beziehungsabbrüche, permanentes Umherreisen, in manchen Fällen auch Medikamentenabhängigkeit, kriminelles Verhalten, Dissozialität, sozialer Abstieg und Entwurzelung. Die Patienten kommen häufig aus schwierigen Verhältnissen (Inzest, Sucht der Eltern, Kindesmisshandlung, kriminelle Entgleisungen) und entwickeln oft weitere seelische Störungen, wie narzisstische oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Artifizielle Störung

Münchhausen-by-proxy-Syndrom: Eine Person fügt einer anderen Person Schaden zu , meistens sind es Mütter, Großmütter oder weibliche Babysitter. Die Opfer sind meist Säuglinge oder Kleinkinder. Die Frauen fühlen sich oft minderwertig, einsam, isoliert, führen distanzierte Beziehungen (die sie dominieren), erfahren wenig Unterstützung und zeigen selbstdestruktive Aggressionen

Artifizielle Störung

Patienten mit artifizieller Störung haben in der Kindheit oft Traumatisierung durch Gewalt, Missbrauch, Vernachlässigung und soziale Deprivation erfahren und unter einer feindseligen, unzuverlässigen Familienatmosphäre gelitten

Sie sind kaum in der Lage, emotional tragfähige und vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen

Viele mussten zahlreiche medizinische Behandlungen über sich ergehen lassen oder erlebten mit, dass Familienangehörige häufig krank behandlungsbedürftig waren

Ihr Körper dient ihnen nicht als Zuhause oder Teil des Selbst sondern ist Mittel, um ihre Ziele zu erreichen

Artifizielle Störung

Sie reagieren auffällig empathielos auf den Leidensdruck anderer

Es besteht eine hohe Komorbidität mit dissozialen Persönlichkeitsstörungen, Borderlinestörungen, depressiven Syndromen, Essstörungen, narzistischen und histrionischen Persönlichkeitsstörungen

Artifizielle Störung

Patienten kennen sich betreffend der Symptome sehr gut aus und führen selbst Spezialisten jahrelang hinters Licht. Bei vielen körperlichen Erkrankungen lassen sich die Symptome nicht objektiv messen, z.B. Schmerzzustände

Patienten spalten Behandlungsteams, weil z.B. ein Teil dem Patienten glaubt, der andere Teil enttäuscht oder verärgert ist oder von Selbstzweifeln geplagt wird

Trotzdem sind diese Patienten krank und benötigen Hilfe! Sie können für ihr Verhalten nicht oder nur teilweise moralisch verantwortlich gemacht werden

Artifizielle Störung

Da häufig weder Unrechtsbewusstsein noch Leidensdruck vorhanden sind und keine Einsicht besteht, ist es schwierig, diese Patienten für eine Psychotherapie zu gewinnen

Von einer Konfrontation und Vorwürfen ist abzuraten! Dies führt meistens zu einem Beziehungsabbruch, zumindest aber zu einer erheblich verminderten Bereitschaft der Mitarbeit. Die Symptome sollten ohne nachdrückliche Erwähnung der Vortäuschung thematisiert werden

Artifizielle Störung

Nach Möglichkeit sollte stationär behandelt werden

Ein einmaliger stationärer Aufenthalt reicht erfahrungsgemäß nicht aus

Meistens wird eine sogenannte Intervalltherapie, d.h. mehrfache stationäre Behandlungsabschnitte mit dazwischen geschalteter ambulanter Therapie benötigt

Nur etwa ein Viertel der Patienten erfüllt die Voraussetzungen für stationäre konfliktbearbeitende psychotherapeutische Verfahren

Der größere Anteil der Patienten wird in sog. akuten Kriseninterventionen vorgestellt

Artifizielle Störung

Patienten neigen dazu Ärzte und Psychotherapeuten in ein komplexes Beziehungsgeflecht zu verwickeln, präsentieren sich als ideale Patienten mit fachlicher Versiertheit, hoher Duldsamkeit, Toleranz und unkritischer Zustimmung auch zu aufwändigen Untersuchungen oder schweren Eingriffen

Mütter mit Münchhausen-by-proxy-Syndrom zeigen sich besonders fürsorglich, aufopferungsvoll und symbiotisch mit ihren Kindern, stellen sich vor allem mit dem Pflegepersonal gut, machen sich deutlich weniger Sorgen wegen schwerer Eingriffe und fordern geradezu invasive Behandlungen oder werden ärgerlich, wenn entsprechende Bedenken angebracht werden

Artifizielle Störung

Wird das angepasste und nur vermeintlich idealtypische Verhalten der Patienten hinterfragt, dann reagieren diese mit Beziehungsspannungen, sofortigem Beziehungsabbruch oder Konfrontationsverleugnung

In der Regel suchen sie nach dem Beziehungsabbruch gleich einen neuen Kontakt und das Beziehungsmuster wiederholt sich in ähnlicher Reihenfolge

Artifizielle Störung

Neben ethischen Fragestellungen ergeben sich auch forensische Fragen, die juristische Konsequenzen erfordern, wenn z.B. wenn andere Personen geschädigt, misshandelt oder sogar getötet werden

Täuschungen und Manipulationen reichen z.B. von der Schilderung nicht vorhandener Symptome (Herz-, Atemstillstände, epileptische Anfälle), über die Verfälschung von Körpersubstraten und Messdaten (Fieberkurven) bis zur Erzeugung realer Symptome (u.a. durch Medikamente, Gifte, Erstickung, ...)

Artifizielle Störung

Sollte es gelingen Beweise für eine gezielte Fremdschädigung zu finden, ist vor allem das betroffene Kind zu schützen und den Beweis zu erhärten

Dazu sollten ggf. das Jugendamt eingeschaltet werden, Anzeige erstattet werden und eine juristische Trennung des Kindes von der Mutter wegen Kindeswohlgefährdung herbeigeführt werden

Artifizielle Störung

Die betroffenen Kinder müssen wirksam und langfristig geschützt werden, da die Mütter in aller Regel die Misshandlungen an dem Kind fortsetzen, wenn sie wieder uneingeschränkter Zugang erhalten und keine psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention erfolgt

Die Kinder haben ein relativ hohes Sterberisiko und tragen meistens bleibende körperliche sowie psychische Schäden und Traumatisierungen davon

Artifizielle Störung

Anhaltende und wiederkehrende Symptomatik beim Kind ohne plausible Erklärung beziehungsweise ohne organische Ursache

Keine Besserung trotz fachgerechter Behandlung, häufige Komplikationen

Prinzipiell reversible Symptome und Beschwerden verschwinden während des Klinikaufenthalts oder wenn das Kind von der Bezugsperson getrennt wird und treten im häuslichen Umfeld wieder vermehrt oder mit zusätzlicher Symptomatik auf

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/78316/Artifizielle-Stoerungen-Raetselhaft-und-gefaehrlich>

Artifizielle Störung - Hinweise auf Münchausen-by-proxi-Syndrom

Es gelingt keine Zuordnung zu einem bekannten Krankheitsbild

Diskrepanz zwischen Anamnese und Befunden

Diskrepanz zwischen mütterlichen Berichten und direkten Beobachtungen

Das Kind wurde bereits anderen Ärzten vorgestellt, die Eltern waren mit der Therapie meistens nicht einverstanden

Häufiger Ärzte- und Therapeutenwechsel, auch andere Kinder der Familie werden häufig Ärzten und Therapeuten vorgestellt, es gab bereits Todesfälle bei Kindern in der Familie

Artifizielle Störung - Subtypen bei Münchausen-by-proxi-Syndrom

Hilfesuchende (help seekers): stellen ihr Kind seltener als die anderen Typen vor. Nach Konfrontation mit dem Verdacht sind sie eher kommunikationsbereit und gehen leichter auf Hilfs- sowie Beratungsangebote ein als die anderen beiden Subtypen

Aktiv Induzierende (active inducers): Häufigster Typ. Wiederholte dramatische Symptominszenierungen und hoher Verleugnungsgrad, so dass Manipulationen selbst unter Androhung von Strafe nicht eingestanden werden. Beziehungsabbrüche sind nach Konfrontation die Regel. Opfer sind meistens jüngere Kinder

Arztsüchtige (doctor addicts): Sie verhalten sich weniger freundlich und kooperativ sondern eher argwöhnisch. Produzieren selten oder gar keine aktiven Symptome, bestehen aber nachdrücklich auf der Behandlung nicht vorhandener Krankheiten. Dramatisieren geringfügige Auffälligkeiten bei Kindern und bestehen auf nachhaltiger Behandlung bzw. schonen die Kinder, so dass diese in eine Außenseiterposition geraten und Verhaltensauffälligkeiten entwickeln. Die betroffenen Kinder sind eher älter.

Selbstverletzendes Verhalten



Selbstverletzendes Verhalten



....Wenn man sich ritzt, befindet man sich meistens in einem Rausch von Gefühlen. Dabei habe ich selbst oft Wut und Hass auf mich selber und ich weiß nicht, ob ich überhaupt noch existieren will, weil mich der seelische Schmerz geradezu auffrisst. Wenn ich mir dann selber körperlichen Schmerz durch das Ritzen antue, habe ich das Gefühl von Befreiung, so ungeheuerlich es sich auch anhört. Da ich schon länger ritze, spüre ich oft den Schmerz erst, wenn es tief genug geritzt ist. So habe ich die Traurigkeit wenigstens für einen Moment betäubt. Deshalb empfinde ich das Ritzen oft auch als Erleichterung. Aber danach schäme ich mich auch, wenn man das Ritzen sieht“

Selbstverletzendes Verhalten - Formen der Selbstverletzung

Betroffene Körperstellen sind v.a. die (Unter)arme, seltener auch Oberschenkel, Bauch, Brust und Genitalbereich

Die häufigsten verwendeten Gegenstände sind Rasierklingen, Messer, Glasscherben, Scheren, Nägel, Zigarettenstummel

Selbstverletzendes Verhalten - Häufigkeit

Das Verhältnis von Frauen zu Männern liegt zwischen 3:1 und 9:1

Etwa 2% der Betroffenen verletzen sich nur einmal selbst; ca. 23% 25 - 50-mal und der größte Teil von 75% mehr als 50-mal

Das Einstiegsalter beträgt etwa 13 bis 17 Jahre

Der Höhepunkt wird im Alter von 16 und 17 Jahren erreicht, mit zunehmendem Alter sinkt die Häufigkeit wieder deutlich

Selbstverletzendes Verhalten - Häufigkeit

Alter:

- bis 13 Jahre
- 14 - 15 Jahre
- 16 - 17 Jahre
- 18 - 19 Jahre
- 20 - 21 Jahre
- 22 - 30 Jahre
- über 30 Jahre

Betroffene:

- 3%
- 26%
- 28%
- 18%
- 18%
- 13%
- 4%



Selbstverletzendes Verhalten - Häufigkeit

Die Häufigkeit in Deutschland beträgt ca. 0,7% bis 1,5%, dies sind etwa 600.000 bis 1,2 Millionen Betroffene Menschen

Bei psychiatrischen Patienten beträgt der Anteil über 4%, dies lässt sich u.a. durch die Ursachen der Selbstverletzungen erklären, die vor allem in der psychischen Belastung des Menschen liegen

Betroffene sind überwiegend junge Frauen mit multiplen Persönlichkeitsstörungen sowie geistig Behinderte, blinde und taube Kinder bzw. auch Erwachsene.

Selbstverletzendes Verhalten - Akute Auslöser

Es gibt unterschiedliche Auslöser, Motive, Intensitäten und Arten der Selbstverletzung

Akute Auslöser für eine Selbstschädigung können u.a. Streit, Kritik, Stress, das Gefühl etwas falsch gemacht zu haben, überwältigende Gefühle wie Wut, Trauer, Aggressionen sein

Meistens ist die Selbstverletzung der Ausdruck von Gefühlen und seelischem Schmerz, auch von Selbsthass, Selbstbestrafung

Selbstverletzendes Verhalten - Verlauf der Selbstverletzung

Der Ablauf erfolgt meistens nicht nach einem bestimmten Muster und nicht immer in der gleichen Art und Weise

Selbstverletzung ist ein Ventil für den vorhandenen inneren Druck, welcher nicht in Worte gefasst und anderweitig abgebaut werden kann

Typisch ist eine empfundene innere Leere, die Betroffenen versuchen die unerträglichen Gefühle zu kompensieren, indem sie sich körperliche Schmerzen zufügen, welche in diesem Moment nicht bzw. weniger wehtun als die seelischen Wunden

Selbstverletzendes Verhalten - Verlauf der Selbstverletzung

Das Schmerzempfinden ist durch die starke innere Anspannung vermindert

Die bei Selbstverletzungen ausgeschütteten körpereigenen Opiate hemmen einerseits das Schmerzempfinden und rufen andererseits eine angenehme, zum Teil sogar euphorische Stimmung hervor

Häufig besteht ein sog. dissoziativer Zustand (eine Art „Depersonalisation und Derealisation“). Das eigene Ich und die Umgebung werden als fremd und verändert erlebt, die Betroffenen fühlen sich als neben sich stehen

Selbstverletzendes Verhalten - Verlauf der Selbstverletzung

Das fließende Blut hat eine entspannende Wirkung. Die Betroffenen erleben zunächst Erleichterung und innere Ruhe

Der vorher bestehende Druck konnte abgebaut werden und dies löst Zufriedenheit aus

Selbstverletzendes Verhalten - Verlauf der Selbstverletzung

Je mehr Zeit vergeht, umso negativer fällt die Bewertung der vollzogenen Tat aus, es treten Scham- und Schuldgefühle auf. Die Betroffenen fühlen sich schlecht und machen sich Vorwürfe. Damit wird der Kreislauf der Selbstverletzung fortgeführt.

Manchmal wird die Selbstverletzung auch ritualisiert durchgeführt (Musik auflegen, Kerzenlicht, Bereitlegen von Gegenständen)

Selbstverletzendes Verhalten



Selbstverletzendes Verhalten - Ursachen

Lerngeschichtlich bedingt können Betroffene mit starken Effekten und Emotionen nicht adäquat umgehen

Der Schmerz treibt den Schmerz hinaus

Abbau innerer Spannung

Positiv formuliert: Selbstverletzendes Verhalten dient dem Halten des inneren Gleichgewichtes und dem Eindämmen von Nebenwirkungen trotz vorhandener Extremsituation und damit dem Überleben

Selbstverletzendes Verhalten - Umgang mit Betroffenen

Selbstverletzendes Verhalten als Hilferuf, quasi als Schrei nach dem Leben

Viele Betroffene können ohne Hilfe nicht damit aufhören

Das Verhalten wird zur Gewohnheit bzw. zeigt suchtähnliche Züge

Zu unterscheiden sind chronische und akute Gefährdungen

In den meisten Fällen bedeutet selbstverletzendes Verhalten keine suizidale Gefährdung sondern entlastet sogar

Selbstverletzendes Verhalten - Umgang mit Betroffenen

Selbstverletzendes Verhalten muss offen angesprochen werden - ohne äußeren Druck

Betroffenen soll Verständnis und Wertschätzung entgegengebracht werden - kein Moralisieren

Meistens ist professionelle Hilfe erforderlich

Therapie ist bis auf wenige Ausnahmen freiwillig und kann je nach Situation ambulant oder stationär erfolgen

In den meisten Fällen besteht keine Notfallindikation

SUIZIDALITÄT IM KINDES- UND JUGENDALTER



http://www.orangesmile.com/common/img_final_large/stuttgart_places.jpg