

Psychotherapeut

**Elektronischer Sonderdruck für
Annegret Eckhardt-Henn**

Ein Service von Springer Medizin

Psychotherapeut 2015 · 60:18–24 · DOI 10.1007/s00278-014-1091-z

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Annegret Eckhardt-Henn

Artifizielle Störungen

Heimliche Selbstbeschädigung

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

Psychotherapeut 2015 · 60:18–24
DOI 10.1007/s00278-014-1091-z
Online publiziert: 10. Dezember 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Redaktion

C. Spitzer, Rosdorf
H.J. Freyberger, Stralsund/Greifswald

Annegret Eckhardt-Henn

Medizinische Klinik 2, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Bürgerhospital, Klinikum Stuttgart

Artifizielle Störungen

Heimliche Selbstbeschädigung

Artifizielle Störungen sind sehr komplexe Erkrankungen, die mit schwerwiegenden Folgeschäden für Patienten sowie Belastungen für Behandler und Gesundheitssystem einhergehen. Nach wie vor ist es sehr schwierig, mit dieser Erkrankung umzugehen. Für eine erfolgreiche Therapie ist es eine unabdingbare Voraussetzung, dass dieses Krankheitsbild überhaupt erst einmal differenzialdiagnostisch in Betracht gezogen wird. Um auf das Vorliegen von artifiziellen Störungen sensibel reagieren zu können, benötigt der behandelnde Arzt daher entsprechende Grundkenntnisse der Erkrankung.

Grundlagen

In der 10. Auflage der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, o A 2005) gibt es die Kategorie „Artifizielle Störungen – F68“. Als dazugehörige Begriffe werden das Münchhausen-Syndrom und das „Hospital-hopper“-Syndrom (wandernder Patient, „peregrinating patient“) aufgeführt.

In der 5. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, American Psychiatric Association 2013) gibt es die Kategorie „Factitious disorder 300.19“, unterteilt in „Factitious disorder imposed on self“ und „Factitious disorder imposed on another“ (zuvor „factitious disorder by proxy“). Der Begriff des Münchhausen-Syndroms taucht hier gar nicht auf. Differenziert werden weiterhin Einzelepisoden vs. wiederholte (2 oder mehr) Episoden.

Definition und Klassifikation

Der Begriff artifizielle Störungen („factitious disorder“) ist ein Oberbegriff für eine heterogene Gruppe, von denen die artifiziellen Störungen bei Erwachsenen die häufigsten sind. Diese Störungen sind dadurch charakterisiert, dass die Betroffenen Krankheitssymptome und zwar (überwiegend) körperliche, aber auch psychiatrische Krankheitssymptome vortäuschen, aggravieren oder aber selbst erzeugen. Die Motivation bleibt zunächst im Unklaren. Hierbei geht es nicht um die Erlangung bestimmter direkter Vorteile, wie es bei der Simulation der Fall ist. Das Verhalten wird eingesetzt, um die Patientenrolle anzunehmen, sich in medizinische Behandlung zu begeben sowie Krankenhausaufnahmen und invasive medizinische Maßnahmen zu erreichen.

Der Begriff „Münchhausen-Syndrom“ bezeichnet dagegen eine sehr seltene Störungsform, bei der die Betroffenen an schweren, meistens dissozialen Persönlichkeitsstörungen leiden. Diese Patienten täuschen Krankheiten vor; seltener erzeugen sie auch Krankheitssymptome oder aggravieren diese, haben aber gleichzeitig ein Symptom, das man als zwanghaftes Lügen oder Pseudologia phantastica bezeichnet und zeigen ein pathologisches Wandern zwischen medizinischen Versorgern.

Im vorliegenden Beitrag werden vorwiegend die artifiziellen Störungen des Erwachsenen behandelt.

Von den artifiziellen Störungen (Factitious disorder imposed on self) werden solche Formen abgegrenzt, bei denen andere Personen geschädigt werden (Factitious disorder imposed on another). Die-

se Formen sind v. a. unter dem Begriff „Münchhausen-by-Proxy(Münchhausen-Stellvertreter-)Syndrom“ bekannt. Die Diagnose bezieht sich nicht auf den sich selbst krank gemachten Patienten, sondern auf den Täter, der Kindern oder anderen Personen im näheren Umfeld wiederholt Krankheitssymptome zufügt, diese vortäuscht oder aggraviert. Die Betroffenen stellen ihre Kinder oder andere Personen immer wieder mit diesen Symptomen in Krankenhäusern oder bei Ärzten vor, um medizinische und oft auch invasive diagnostische Maßnahmen zu induzieren. Diese schwerwiegende Störung wird ebenfalls als eine „Sonderform der Kindesmisshandlung“ betrachtet.

Epidemiologie

Die Einjahresprävalenz der artifiziellen Störungen beträgt durchschnittlich 1,3% (Fliege et al. 2007) bis 1,8% (Ferrara et al. 2012). Die Diagnose wird in vielen Fällen erst nach monate- bis sogar jahrelangem Krankheitsverlauf oder auch gar nicht gestellt. Das Münchhausen-Syndrom macht etwa einen Anteil von 5–10% der Gesamtgruppe der artifiziellen Störungen aus (Feldman u. Eisendraht 1996); es ist insgesamt sehr selten.

Klinische Symptome

Bei den artifiziellen Störungen handelt es sich in zwei Drittel der Fälle um weibliche Betroffene. Etwa ein Viertel bis ein Drittel der Patienten gehört medizinischen oder paramedizinischen Berufen an. Patienten mit artifiziellen Störungen wirken zunächst unauffällig, sozial eher angepasst.

Tab. 1 Häufigste Symptome artifizierlicher Störungen. (Eckhardt-Henn 2011, S. 633)

1. Artifizierliche Hauterkrankungen
– Aufbringen von Säuren und Laugen oder anderen schädigenden Substanzen
– Kneten, Reiben, Quetschen der Haut
– Strangulieren von Extremitäten (artifizierliche Lymphödeme)
– Subkutanes Einspritzen von infizierten Lösungen, Speichel, Milch etc.
2. Artifizierliche interne Erkrankungen
– Artifizierliches Fieber durch Einnahme pyrogen wirkender Substanzen
– Thermometermanipulationen, Fälschung des Krankenblatts
– Artifizierliche hämatologische Erkrankungen: Selbstentnahme von Blut zur Erzeugung von Anämien, selbst herbeigeführtes Bluten, Einnahme von Antikoagulanzen, Vortäuschen von HIV-Infektionen und Selbstinfektion mit HIV-infiziertem Blut
– Artifizierliche Stoffwechselerkrankungen: Hyperthyreose durch Einnahme von Schilddrüsenhormonen, Hypoglykämie durch Injektion von Insulin oder Einnahme von oralen Antidiabetika, Hypokaliämie durch Einnahme von Diuretika, Lakritzabus, Laxanzienabus, Hyperkalzämie durch Einnahme von Kalzium oder Vitamin D, Cushing-Syndrom durch Einnahme von Prednison, Hyperamylasurie durch Speichelzusatz zum Urin, Anticholinergikaintoxikation durch Einnahme von Sympathikomimetika
– Artifizierliche kardiologische Symptome: Vortäuschung einer koronaren Herzkrankheit; Einnahme von β -Rezeptoren-Blockern, Clonidin u. a.
– Artifizierliche pulmonologische Symptome: Hämoptysis durch vorher geschlucktes Eigen- oder Tierblut
3. Artifizierliche gynäkologische Symptome
– Abdominale Schmerzen
– Vaginale Blutungen durch Eigen- oder Fremdblut
– Mechanische Manipulationen an Portio und Vagina
– Einbringen ätzender Lösungen in die Vagina
4. Artifizierliche chirurgische Symptome
– Vortäuschen abdominaler Schmerzen
– Stuhlverhalt
– Manipulationen an Wunden und Operationsnarben
– Selbstinjektion von Fremdkörpermaterial zur Erzeugung von Abszessen
– Manipulation an Zentralvenenkathetern u. Ä.
5. Artifizierliche urologische Symptome
– Einbringen von Eigen- oder Tierblut retrograd durch die Harnröhre oder per Injektion durch die Bauchdecke in die Blase zur Erzeugung einer Hämaturie
– Kontamination des Urins mit Fäkalien u. Ä.
– Manipulationen an der Harnröhre mit Nadeln u. Ä.
6. Artifizierliche Symptome in der Kinderheilkunde
– Münchhausen-by-proxy-Syndrom
– Artifizierliche Symptome bei Kindern und Jugendlichen: meist dermatologische Symptome, Schmerzzustände, Fieber, prinzipiell alle Symptome
7. Psychiatrische Symptome
Vortäuschen (häufig mithilfe von Medikamenten) von Verwirrheitszuständen, halluzinativen Erlebnissen, deliranten Zuständen, psychotischen Symptomen und Suizidalität; Vortäuschen von posttraumatischen Belastungsstörungen
<i>HIV</i> „human immunodeficiency virus“.

Es gelingt ihnen, die Symptome in überzeugender Weise darzustellen, bzw. sie erzeugen Krankheitssymptome, die dann auch nachweisbar und behandlungsbedürftig sind. Ein hohes medizinisches Wissen, die Angabe falscher anamnestischer Daten und die Unterschlagung von Vorbefunden erleichtern dies.

Beispiel. Ein Patient stellt sich mit starken abdominalen Schmerzen vor, gibt an, Blut im Urin und in der Vorgeschichte schon wiederholt Nierensteine gehabt zu haben, nennt bestimmte Urologen, bei denen er schon in Behandlung war, und schon startet die Krankenhausmaschine. Es werden häufig wiederholte invasive

diagnostische und operative Maßnahmen durchgeführt. Die Betroffenen lassen sich auffallend schnell darauf ein.

Im weiteren Verlauf fällt auf, dass es immer wieder zu Komplikationen oder neuen Symptomkonstellationen kommt. Sehr häufig treten z. B. postoperative Wundheilungsstörungen auf, die in der Regel mehrere Wundrevisionen erforderlich werden lassen. In vielen Fällen kommt es schließlich zu schweren Folgeschäden bis hin zu Entstellungen und Verstümmelungen.

Artifizierliche Symptome kommen in allen Fachgebieten der Medizin vor. In **Tab. 1** werden die häufigsten Symptome aufgeführt.

Es werden leichte Formen, die episodenhaft auftreten können, von mittelschweren bis sehr schwerwiegenden Formen, bei denen es immer wieder zu solchen Episoden kommt oder die Krankheit schließlich chronisch verläuft, unterschieden.

Die Schwere der artifizierlichen Symptomatik ist sehr unterschiedlich. Es kommen leichtere Symptome wie dermatologische Symptome, kleinere Abszesse und oberflächliche Hautläsionen vor. In diesen Fällen wird die heimliche Selbstbeschädigung oft sehr bewusst durchgeführt; man kann sie frühzeitig thematisieren, und die Betroffenen lassen sich in der Regel auch auf eine psychosomatische Therapie ein.

Zu den schweren artifizierlichen Symptomen gehören die artifizierlichen Anämien, Blutgerinnungsstörungen durch Einnahme von Cumarinderivaten, septische Zustandsbilder durch Selbstinjektion mit verschmutzten Lösungen, kardiologische Symptome, endokrinologische Symptome, wie z. B. rezidivierende Hypoglykämien durch Selbstinjektion von Insulinpräparaten. Einige Fälle sind in der Literatur beschrieben, bei denen dies unter der Verdachtsdiagnose „Insulinom“ zu Teilresektionen des Pankreas führte.

Hämatologische Symptome, wie die artifizierlichen Anämien, werden durch wiederholte Blutentnahmen erzeugt. Bei einigen Patienten betrogen die Hämoglobin (Hb)-Werte zwischen 2,8 g/dl (1,7 mmol/l) und 3,5 g/dl (2,2 mmol/l) und lagen damit in einem sehr bedrohlichen Bereich. In solchen Fällen werden wiederholte Bluttransfusionen erforder-

lich. Auch komplexe Erkrankungen werden vorgetäuscht, wie z. B. „Human-immunodeficiency-virus“ (HIV)-Infektionen. Bei psychiatrischen artifiziellen Symptomen handelt es sich um vorgetäuschte Psychosen, Suizidalität, Traumafolgestörungen, dissoziative Störungen oder delirante Zustandsbilder (Almeida et al. 2010; Catalina et al. 2008; Gregory u. Jindal 2006; zu weiteren häufigen Symptomen: **Tab. 1**).

Neben den artifiziell verursachten Symptomen können immer komorbide körperliche oder psychische Erkrankungen vorhanden sein oder hinzukommen; dies erschwert die Diagnosestellung für den Arzt zusätzlich.

Nicht selten gehen heimliche Selbstverletzungen im Verlauf der psychosomatischen Therapie (s. Abschn. „Therapie“) in offene Selbstverletzungen über. In manchen Fällen kann dies eine vorübergehende Phase sein, bis die Selbstverletzungen dann ganz aufgegeben werden können.

Münchhausen-Syndrom

Das Münchhausen-Syndrom ist eine Unterform der artifiziellen Störungen (Eckhardt-Henn 2011). Tatsächlich kommt das klassische Münchhausen-Syndrom selten vor. Neben der Vortäuschung von Krankheitssymptomen, die hier überwiegt, kann es zur willentlichen Erzeugung von körperlichen oder psychiatrischen Krankheitssymptomen kommen. Es gibt Betroffene, die bis zu 300 Krankenhausaufnahmen in 10 Jahren hatten. Meist entlassen sich die Patienten plötzlich selbst. Sie leiden an einer sehr schweren Persönlichkeitsstörung, die durch eine Beziehungsstörung mit ständigen Beziehungsabbrüchen und schließlich sozialer Entwurzelung gekennzeichnet ist. Das sog. pathologische Wandern, auch Krankenhauswandern, gehört neben der Pseudologia phantastica, einem habituell auftretenden, zwanghaften, unkontrollierbaren Lügen, zu der klassischen Symptomatik. Es liegen keine wahnhaftige Störung und keine Gedächtnisstörung vor. Das ständige Abbrechen von Beziehungen kann als ein Versuch verstanden werden, ständig drohende Integrationsängste, die auf eine schwere Ich-strukturelle Störung zurück-

zuführen sind, zu kontrollieren und Nähe-Distanz-Ängste zu beherrschen. Eine innere Leere wird durch das Agieren abgewehrt. Die Biografie dieser Patienten ist durch häufige Verlusterlebnisse, Inzest, Alkoholismus, Gewalt, Kindesmisshandlung, Delinquenz und Dissozialität geprägt. Die Prognose ist sehr schlecht. Die Patienten lassen sich kaum in ein längerfristiges Behandlungsregime integrieren. Sie sollten einem Betreuer unterstellt werden.

Arzt-Patient-Interaktion

Ärzte geraten regelhaft im Rahmen der Behandlung von Patienten mit artifiziellen Störungen in eine pathologische Dynamik, in dem sie unbewusst die auto-aggressiven Impulse der Patienten aufgreifen und ausagieren. So werden beispielsweise wiederholt invasive diagnostische Maßnahmen durchgeführt, obwohl Befundlage und Verlauf der Erkrankung dies nicht rechtfertigen. Indikationen zu operativen Maßnahmen werden sehr viel schneller gestellt; dies ist sicherlich auch durch eine unbewusste aggressive Gegenübertragungsreaktion bedingt. Ärzte geraten in einen komplexen Beziehungskonflikt („tangled in the web“, Eckhardt 1988; Feldman u. Eisendraht 1996). Vordergründig wollen sie nichts übersehen, wollen dem Patienten nicht Unrecht tun und schrecken lange Zeit vor dem Gedanken an eine Selbstmanipulation des Patienten zurück. Insbesondere, wenn es bereits zu Schäden wie Verstümmelungen gekommen ist, wird die Diagnose regelrecht tabuisiert. Es ist schwierig, sich selbst einzugestehen, dass man hier falsche Maßnahmen ergriffen hat, und v. a. mit der Wut, die dann aufkommt, umzugehen. So kommt es beim Verdacht auf artifizielles Agieren häufig vonseiten der Ärzte zu detektivisch, kriminalistisch anmutenden Maßnahmen, zu Entlassungen und Verurteilungen. Oft werden die Patienten dann aggressiv konfrontiert, was meistens zum Beziehungsabbruch durch Selbstentlassung, zum Ungeschehen machen und schließlich zu erneuten auto-aggressiven Handlungen bis hin zu suizidalen Impulsen führen kann. Nach kurzer Zeit suchen sich die Patienten andere Ärzte und andere Kliniken, und das gan-

Psychotherapeut 2015 · 60:18–24
DOI 10.1007/s00278-014-1091-z
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Annegret Eckhardt-Henn Artifizielle Störungen. Heimliche Selbstbeschädigung

Zusammenfassung

Etwa 1,3–1,8% aller allgemeinmedizinischen Patienten leiden an artifiziellen Störungen. Bei zwei Drittel der Patienten wird die Erkrankung chronisch. Die Diagnose wird oft erst nach Monaten bis Jahren gestellt. Meist kommt es im Krankheitsverlauf zu schwerwiegenden Komplikationen mit körperlichen Folgeschäden, einschließlich Verstümmelungen wie z. B. Amputation einer Extremität. Diese Patienten verursachen sehr hohe Kosten. Noch immer sind viele Ärzte unzureichend über die spezifische Problematik dieser Störungsbilder informiert. Die Frühdiagnose ist aber besonders wichtig, um die Folgeschäden zu vermeiden. Die Diagnostik, Differenzialdiagnostik und schließlich auch die Therapie stellen den Arzt vor eine besondere Herausforderung und erfordern immer die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachrichtungen.

Schlüsselwörter

Bipolare Störung · Münchhausen-Syndrom · Arzt-Patient-Beziehungen · Psychopathologie · Interdisziplinäre Kommunikation

Factitious disorders. Covert self-injury

Abstract

Approximately 1.3–1.8% of general medical patients suffer from factitious disorders. The disease is chronic in two thirds of these patients and the diagnosis is often made only after months or years. These disorders require utmost skill in recognition, diagnosis and treatment as inadequate treatment may result in severe complications including mutilation, such as amputation of extremities. These patients invoke very high costs. Many physicians are still not adequately aware of the specific problems. The early diagnosis of the disorder is of special importance to avoid subsequent damage for patients and physicians. The diagnostics, differential diagnostics and ultimately also therapy represent a special challenge for physicians and always necessitate an interdisciplinary medical approach.

Keywords

Bipolar disorder · Munchausen syndrome · Physician patient relations · Psychopathology · Interdisciplinary communication

ze Prozedere beginnt von vorn (Eckhardt-Henn 2011).

Psychopathologie

Das Spektrum psychopathologischer Störungen, die den artifiziellen Störungen zugrunde liegen, reicht von „neurotischen“ Störungen bis hin zu schweren Persönlichkeitsstörungen. Borderline-Störungen, narzisstische, histrionische und dissoziale Persönlichkeitsstörungen liegen den mittelschweren bis schweren Formen zugrunde. Beim Münchhausen-Syndrom sind v. a. dissoziale Persönlichkeitsstörungen vorhanden. DelCasale et al. (2012) beschreiben eine 37-jährige Patientin mit Münchhausen-Syndrom und Bipolar-I-Störung, die zunächst selbst betroffen war und dann zusätzlich ein Münchhausen-by-Proxy-Verhalten entwickelte. In manischen Phasen zeigte sie ein Münchhausen-Verhalten, während sie in depressiven Phasen verschiedene somatische Beschwerden entwickelte und Suizidgedanken hatte.

Episodenhafte artifizielle Störungen – etwa 20–25% der Fälle – treten meist in der Folge von Verusterlebnissen oder anderen Krisen auf. Hier geschieht die Selbstbeschädigung relativ bewusstseinsnah und kann meistens in einem verständnisvollen Setting auch frühzeitig angesprochen werden. Die Betroffenen weisen nicht die schwere Form der oben beschriebenen Gruppe auf. Sie lassen sich in der Regel viel schneller auf eine psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlung ein und sind oft entlastet, wenn die Selbstbeschädigung und ihre persönliche Belastung thematisiert werden.

Pathogenese

Bei den von mittelschweren und schweren Formen der artifiziellen Störungen Betroffenen handelt es sich um Menschen, die in ihrer Biografie wiederholten, teilweise schweren sexuellen und/oder körperlichen Misshandlungen oder auch Deprivationszuständen ausgesetzt waren. Aus diesen Gründen kann man die schweren und mittelschweren artifiziellen Störungen auch als spezifische Traumafolgestörungen verstehen. Basierend auf diesem Konzept müssen unterschiedliche pa-

thogenetische Ebenen berücksichtigt werden, die im Folgenden in übersichtlicher Form dargestellt werden (vgl. hierzu auch die Beiträge von Spitzer et al. sowie Sachsse u. Herbold im vorliegenden Heft).

Neurobiologische Hypothesen

Menschen, die chronischen Traumatisierungen in ihrer Kindheit ausgesetzt waren, können neurobiologische und hirnanorganische Folgestörungen entwickeln, die zur Pathogenese der späteren komplexen Erkrankung beitragen. Patienten mit artifiziellen Störungen leiden u. a. an Störungen der Affektregulation. Bestimmte Affekte werden bedrohlich, überwältigend und unkontrollierbar wahrgenommen. Die Selbstverletzung wird oft eingesetzt, um die Affekte zu regulieren. Dies ist den Patienten nicht unbedingt bewusst. Insbesondere bei Patienten mit artifiziellen Hypoglykämien, Anämien und Fieberzuständen kann man klinisch beobachten, dass sie – wenn sie sie z. B. durch Selbstabnahme von Blut oder Selbstinjektion von Insulin künstlich erzeugen – eine „gut funktionierende“ Affekt- und Spannungsregulation zur Verfügung haben. Eine langjährige Patientin, die an einer schweren, lebensbedrohlichen Anämie litt, äußerte hierzu Folgendes: „Wenn das Blut dann aus mir herausfließt und ich so müde werde, fühle ich mich wieder bei mir, dann ist die Welt wieder in Ordnung!“

Viele Patienten beschreiben, dass nicht nur die Selbstbeschädigung, sondern v. a. die Folgereaktionen des Körpers, z. B. Abszessbildungen, anämische Zustände, septische Zustände, hypoglykämische Zustände u. a., der Spannungs- und Emotionsregulation besser dienen als Alkohol- oder Drogenabusus. Sie können die Selbstverletzungen aus unterschiedlichen Gründen nicht unterbrechen. Wenn sie „es nicht tun können“, werden sie unruhig, gereizt, entwickeln Schlaf- und Konzentrationsstörungen oder depressive Verstimmungen. Vielleicht erklärt dies auch den „suchtartigen“ Charakter der heimlichen Selbstbeschädigung.

Patienten mit artifiziellen Störungen sind „latent“ suizidal. Auch wenn sie den Suizid nicht aktiv intendieren, führen sie doch selbstbeschädigende Handlungen durch und lassen sich v. a. im Anschluss

auf sehr gefährliche invasive medizinische Eingriffe, Operationen etc. ein, was als para-suizidales Agieren verstanden werden kann. Bei den schweren Formen der artifiziellen Störungen kommt es immerhin in 10–15% der Fälle zu letalen Komplikationen. Eine Aussage darüber, wie lange Patienten mit einer schweren artifiziellen Störung überleben, kann aktuell nicht getroffen werden, weil nach wie vor nur Einzelfallkatamnesen zur Verfügung stehen.

Spezifische Psychodynamik der schweren heimlichen Selbstbeschädigung

Bei den komplexen artifiziellen Störungen spielen die traumatischen Erlebnisse sowie damit verbundene Beziehungserfahrungen und spezifische Konfliktkonstellationen wichtige Rollen. Sehr deutlich wird, dass diese Patienten mit ihren Ärzten eine ähnliche Konstellation unbewusst inszenieren, wie sie es oft in Missbrauchssituationen erlebt haben. Nur haben sie jetzt die vermeintliche Kontrolle. Ihren Körper haben sie als etwas erlebt, in das eingedrungen werden kann, das anderen gehört, die es benutzen und ausbeuten können, das Schmerzen und unerträgliche Gefühle von Übererregung und Überstimulation bewirkt und sie schuldig macht. Jetzt sind sie der eigentliche Täter, d. h., sie beschädigen ihren Körper und versuchen ihn damit zu kontrollieren, indem sie ihn z. B. zu bestimmten Reaktionen veranlassen, ihm wichtige Funktionen nehmen oder ihn bestrafen („Der Körper gehört mir, der ist immer da, den habe ich zuverlässig“, Zitat einer Patientin). Gleichzeitig machen sie die Ärzte zu Tätern, indem sie sie zu invasiven und schmerzhaften Maßnahmen veranlassen und nehmen dabei sogar Verstümmelungen in Kauf. Sie glauben letztlich die Kontrolle über das Geschehen zu behalten; dies ist vergleichbar mit der unbewussten Abwehr bei Patienten mit sehr schwerwiegender Anorexie. Sie verleugnen die schweren Folgen und die Gefahr des Todes.

Dissoziation und Selbstbeschädigung als Traumafolge

Gemäß klinischer Erfahrung leiden etwa zwei Drittel der Patienten mit komplexen, schwerwiegenden artifiziellen Störungen

an begleitenden dissoziativen Bewusstseinsstörungen unterschiedlicher Art. Am häufigsten sind schwere Depersonalisationszustände, dissoziative Trancezustände und dissoziative Amnesien, selten auch komplexere dissoziative Störungen. Die Dissoziation steht im engen Zusammenhang mit dem selbstverletzenden Verhalten. Dissoziative Bewusstseinsstörungen können heute als häufige spezifische Traumafolgestörungen angesehen werden. Die oben beschriebene Störung der Affektregulation und Reizregulation führt oft zur dissoziativen Abwehr, d. h., dass die Patienten mit den unterschiedlichen dissoziativen Symptomen zunächst einen Aufschub, z. B. vor massiver Angst vor bedrohlichen Affekten und damit verbunden einer Verletzung ihrer Selbststruktur, erreichen können. Dabei gibt es einerseits Patienten, die vorwiegend in dissoziativen Zuständen artifiziell agieren, und andererseits solche, bei denen die Selbstverletzung einen stärker inszenierten Charakter hat, Teil einer Perversion ist oder einer Art zwanghaftes Ritual darstellt (Eckhardt-Henn 2011). Heimliche Selbstbeschädigungen zur Erzeugung artifizieller Symptome erfordern zunächst viel Überlegung. Die Patienten überlegen sehr bewusst, wie sie bestimmte körperliche Symptome verursachen können, und handeln dann entsprechend. Bei den schweren und mittelschweren artifiziellen Störungen geschieht die Selbstverletzung in vielen Fällen in veränderten, meistens dissoziativen Bewusstseinszuständen, oft auch Zuständen schwerer Depersonalisation. Dass sich die Patienten selbst verletzt haben, ist ihnen nach der vollzogenen Handlung oft nicht mehr wirklich zugänglich. So beschreibt eine Patientin, die sich immer wieder Blut abgenommen hatte und oft bedrohliche anämische Zustände verursachte, wie sie in eine Art Trancezustand gerät. Sie spüre sich dann nicht mehr, alles sei so verändert und dann müsse sie an ihrem Körper manipulieren. Wenn das Blut aus ihr herauslaufe, habe sie das Gefühl, sie sei wieder lebendig, und schließlich ließen auch die komischen Zustände und die Spannungsgefühle nach. Hinterher denke sie, dass sie wirklich an einer schweren Bluterkrankung leide, und das glaubten ja dann auch die Ärzte. Oft wird eine steigende Spannung beschrieben,

wenn der Gedanke, sich wieder selbst zu verletzen, aufkommt. Es ist kaum möglich, dem Verhalten zu widerstehen, weil dies im dynamischen Sinn mit einer Entlastung von bestimmten Konfliktspannungen, bedrohlichen Affekten etc. verbunden ist und im verhaltenstherapeutischen Sinne aufgrund der anschließenden Entspannung und dem Nachlassen von Angst positiv verstärkt wird. Wie bewusstseinsnah die Selbstbeschädigung durchgeführt wird und wie stark sie dissoziativen Abwehrvorgängen unterworfen ist, kann letztlich nicht beurteilt werden. Dies erschließt sich erst, wenn sich die Patienten auf eine längerfristige psychosomatische Behandlung einlassen.

Auf einer bewusstseinsnäheren Ebene eröffnet die artifizielle Behandlung die Möglichkeit eines neuen Identitätsgefühls [Identität des Patienten: Die Betroffenen handeln, als ob sie wie andere Patienten körperlich krank wären, und beziehen daraus auch ein neues Beziehungsgefüge (Ärzte, Krankenschwestern etc.)]. Dies wirkt strukturierend, die Patienten befinden sich die meiste Zeit im Krankenhaus, wo die Tagesstruktur vorgegeben ist, es gibt Menschen, die sich um sie kümmern, die ihre Wünsche nach Anlehnung etc. befriedigen, ohne aber zu nah zu sein.

Störungen des Körpers selbst und des Körpererlebens

Patienten mit schweren artifiziellen Störungen erleben ihren Körper oft als etwas Fremdes, Angsteinflößendes. Nicht selten werden einzelne Körperteile dissoziiert, also „psychisch abgespalten“ (Eckhardt-Henn 2011; Eckhardt-Henn u. Hoffmann 1993). Wahrscheinlich werden auf diese abgespaltenen Teile – so wie auf abgespaltene Teile der Persönlichkeit – negative Selbstanteile zur Entlastung des übrigen Selbst übertragen. Wie es bereits Menninger (1934) beschrieb, wird der Körper oder Körperteile anstelle des Ganzen im Sinne eines „fokalen Suizids“ geopfert. Bei den schweren artifiziellen Störungen können die Körperteile, die beschädigt werden, im Verlauf der Erkrankung wechseln. Aus diesen Gründen ist es nicht generell möglich, eine spezifische Bedeutung der jeweiligen durchgeführten Selbstverletzung anzunehmen. In Einzelfällen kön-

nen die Symptome – das gilt besonders für die leichteren, episodenhaften Formen – auch im Sinne einer Konversionsstörung verstanden werden. Wenn sich Patienten an Sinnesorganen (wie den Augen oder den Ohren) beschädigen, wird manchmal im Verlauf der Therapie deutlich, dass es darum geht, etwas nicht hören oder nicht sehen zu wollen oder zu können. In *vereinzelt* Fällen haben die heimliche Selbstbeschädigung und die dadurch erzeugte Symptomatik aus psychodynamischem Verständnis Konversionscharakter.

Therapie

Patienten mit artifiziellen Störungen werden meistens zum ersten Mal von einem Konsiliararzt gesehen. Am wichtigsten ist es, die Diagnose in die Differenzialdiagnose einzubeziehen. Man sollte den Patienten aber nicht sofort und unüberlegt mit dem Verdacht konfrontieren. Die Ernsthaftigkeit der Erkrankung sollte besprochen und mögliche Komplikationen sollten benannt werden, im Sinne eines psychosomatischen Krankheitsmodells. In jedem Fall können Patienten mit artifiziellen Störungen nur in einem interdisziplinären Ansatz behandelt werden. Selbst wenn sie sich auf eine stationäre Therapie in einer psychosomatischen Klinik einlassen, hören die Selbstbeschädigungen meistens zunächst nicht auf. Daher ist der Einbezug anderer Fachabteilungen in die Therapie notwendig. In der ersten Phase der psychosomatischen Behandlung geht es um die Schaffung eines Behandlungsbündnisses, in einer zweiten Phase dann um die Besprechung eines Behandlungs-/Zielvertrags, der individuell auf den Patienten abgestimmt sein sollte. Das klare Ziel dabei muss sein, die Selbstbeschädigung aufzugeben. Es kann aber sein, dass dies erst in Schritten gelingt. Jedes Mal, wenn es zu einer erneuten Selbstverletzung gekommen ist, sollte dies in der Rapiesitzung thematisiert werden.

Neben diesen eher verhaltenstherapeutischen Elementen geht es in der Einzeltherapie in einem tiefenpsychologisch fundierten fokalen Ansatz um die Bearbeitung der spezifischen Abwehr und der spezifischen Konfliktdynamik. Die Einzeltherapie orientiert sich an den

Richtlinien der übertragungsfokussierten Borderline-Therapie (Clarkin et al. 2001) und der Mentalisierungsbasierten Therapie (Fonagy et al. 2002). Zur spezifischen Technik der psychotherapeutischen Behandlung wird auf die weiterführende Literatur verwiesen (Eckhardt-Henn 2011).

Das Pflgeteam wird in Form eines Bezugspflegesystems eng in die Behandlung einbezogen. Wichtig ist die kontinuierliche Begleitsupervision für das Behandlungsteam, weil es oft zu einer spezifischen Dynamik der Autodestruktion und Destruktion sowie zu einer Spaltungstendenz in den Teams kommt. Damit besteht auch die Gefahr der Lähmung und Störung des therapeutischen Rahmens sowie der therapeutischen Fähigkeiten der Behandler. Dies kann die Behandlung schließlich scheitern lassen.

Bei den komplexen artifiziellen Störungen ist ein langfristiges Behandlungsangebot mit mehreren stationären und ambulanten Intervallen unumgänglich.

Eine kausale medikamentöse Therapie der artifiziellen Erkrankung gibt es bislang nicht. In der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bürgerhospital, Klinikum Stuttgart, werden diese Patienten je nach komorbider Störung symptomatisch mit niedrigpotenten Neuroleptika oder auch selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern behandelt. Hier muss sich der Behandler immer bewusst machen, dass die Patienten auch mit diesen Medikamenten wieder manipulieren können.

Ethische und forensische Aspekte

Nach wie vor ist es sehr schwierig, mit dieser Erkrankung umzugehen. Insbesondere, wenn es sich um schwerwiegende artifizielle Störungen oder um Münchhausen-Syndrome handelt, kann es zu schweren Schädigungen der Patienten, aber auch zu Belastungen der Ärzte und des Gesundheitssystems kommen. Bei vielen Patienten werden zahllose invasive und sehr kostenaufwendige medizinische Untersuchungen und Eingriffe durchgeführt. Die Kosten gehen in die Hunderttausende, teilweise in die Millionen (DeWitt et al. 2009).

Durch das Diagnosis-Related-Groups(DRG)-System im Gesundheitswesen, das zu viel kürzeren Liegezeiten geführt hat, werden diese Erkrankungen weiter unterstützt. Bei dem schnellen Durchlauf von Patienten in der heutigen Zeit werden solche mit artifiziellen Störungen noch seltener erkannt. In Zeiten der schnellen Medizin sind die gründliche Anamneseerhebung, die Sichtung von Vorbefunden etc. noch unüblicher als früher. Bei Patienten mit artifiziellen Störungen ist es unbedingt notwendig, sich über die Vorgeschichte zu informieren. In den Zeiten elektronischer Krankenakten sollte dies auch einfacher möglich sein (Dinter van u. Welch 2009). Arztberichte in Papierform werden von den Patienten oft zensiert, d. h., sie präsentieren sie ihren Ärzten nicht oder sie zerstören Befundberichte, aus denen hervorgehen könnte, dass sie an einer artifiziellen Störung oder an einem Münchhausen-Syndrom leiden.

Nach wie vor besteht große Angst, die Diagnose in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einzubeziehen und sich mit den Patienten auseinanderzusetzen. Ärzte möchten – ist die Erkrankung erst einmal erkannt – mit dieser „heißen Kartoffel“ lieber nichts zu tun haben. Man entlässt den Patienten lieber schnell, als viel Zeit zu investieren, um ihn in einem interdisziplinären Behandlung-Setting zu einer entsprechenden Therapie zu motivieren. Und tatsächlich werden die Kosten dafür auch nicht bezahlt. Die Patienten machen Probleme, werden nicht gesund, brauchen viel Aufmerksamkeit. Obwohl die Erkrankung bereits 1951 beschrieben wurde, existieren bis heute kaum Kliniken in Deutschland, die sich auf die Behandlung dieser komplexen Störungen spezialisiert haben.

Es ist äußerst wichtig, dass Ärzte über artifizielle Störungen gut informiert sind, sie differenzialdiagnostisch in entsprechenden Fällen in ihr Denken einbeziehen und ihrer Pflicht nachkommen, andere Kollegen über diese Patienten zu informieren. Bedacht werden muss dabei natürlich immer, dass die Patienten jederzeit bedrohliche selbst induzierte körperliche Symptome und auch komorbide körperliche oder psychische Erkrankungen aufweisen können, die eine Akutbehandlung erforderlich machen. Das heißt, sie dürfen

nicht abgewiesen werden, sondern sollten nach der medizinischen Akutbehandlung (z. B. einer akuten schweren Anämie) einer Spezialtherapie zugeführt werden. Wiederholte diagnostische Maßnahmen sollten unterbunden werden, und die Patienten sollten möglichst an eine Klinik gebunden bleiben.

Wesentlich ist, den Patienten nicht in die Ecke der Delinquenz zu treiben, sondern anzuerkennen, dass es sich um eine schwere psychopathologische Störung handelt. Diese Patienten müssten – zumindest für ihre medizinischen Belange – einen Betreuer erhalten.

Die Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) sollten hier unbedingt versuchen, das Verhalten der Patienten zu kontrollieren, indem sie z. B. bestimmten immer wieder neuen diagnostischen Maßnahmen etc. nicht mehr zustimmen. Dabei ist selbstverständlich die Komplexität der Situation zu berücksichtigen.

Fazit für die Praxis

Artifizielle Störungen sind sehr komplexe Erkrankungen, die mit schwerwiegenden Folgeschäden für Patienten und Belastungen für Behandler einhergehen. Patienten mit artifiziellen Störungen und solche mit Münchhausen-Syndrom stellen eine Gruppe dar, deren Behandlung nach wie vor mit großen Schwierigkeiten und oft Frustrationen aufseiten der Behandler verbunden ist, und die sehr hohe Kosten im Gesundheitssystem verursachen. Auch wenn die Häufigkeit dieser Erkrankung nur etwa 1,5–2% beträgt – die Sonderform des Münchhausen-Syndroms kommt noch sehr viel seltener vor – können sie im Einzelfall sehr viele Probleme verursachen. Daher ist es sehr wichtig, frühzeitig die Diagnose in die Überlegungen einzubeziehen und dann in einem interdisziplinären Ansatz die Einleitung einer spezifischen psychosomatischen Therapie zu bewirken.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Annegret Eckhardt-Henn

Medizinische Klinik 2, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bürgerhospital, Klinikum Stuttgart Tunzhofer Str. 14–16, 70191 Stuttgart a.eckhardt@klinikum-stuttgart.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Annegret Eckhardt-Henn gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

Almeida J, da Silva JA, Xavier M, Gusmao R (2010) Munchausen syndrome mimicking psychiatric disease with concomitant genuine physical illness. *BMJ Case Rep*. DOI 10.1136/bcr.07.2010.3142

Boyd AS, Ritchie C, Likhari S (2013) Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy in dermatology. *J Am Acad Dermatol* 71:376–381

Caocci G, Pisu S, La Nasa G (2008) A simulated case of chronic myeloid leukemia: the growing risk of Munchausen's syndrome by internet. *Leuk Lymphoma* 49(9):1826–1828

Catalina ML, Gomez MV, De Cos A (2008) Prevalence of factitious disorder with psychological symptoms in hospitalized patients. *Actas Esp Psiquiatr* 36:345–349

Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2001) Übertragungsfokussierte Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. In: Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (Hrsg) *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit: Manual zur psychodynamischen Therapie*. Schattauer, Stuttgart

Cunningham JM, Feldman MD (2011) Munchausen by internet: current perspectives and three new cases. *Psychosomatics* 52:185–189

Del Casale A, Ferracuti S, Rapinesi C et al (2012) Factitious disorder comorbid with bipolar I disorder. A case report. *Forensic Sci Int* 219:e37–e40

DeWitt DE, Ward SA, Prabhu S, Warton B (2009) Patient privacy versus protecting the patient and the health system from harm: a case study. *Med J Aust* 191(4):213–216

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5. Aufl., DSM-5. American Psychiatric Publishing, Washington DC

Dinter van TG, Welch BJ (2009) Diagnosis of Munchausen's syndrome by an electronic health record search. *Am J Med*. DOI 10.1016/j.amjmed.2009.03.035

Eckhardt-Henn A (2011) Artifizielle Störungen. In: Uexküll *Psychosomatische Medizin, theoretische Modelle und klinische Praxis*, 7. Aufl. Urban & Fischer, München, S 631–640

Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (1993) Depersonalisation und Selbstbeschädigung. *Z Psychoanal* 39:284–306

Eckhardt A (1988) Die Dynamik der Arzt-Patient-Beziehung bei der chronischen vorgetäuschten Störung. *Psychother Med Psychol* 38:352–358

Feldman ID, Eisendraht SJ (1996) *The spectrum of factitious disorders*. American Psychiatric Press, Washington DC

Ferrara P, Vitelli O, Bottaro G et al (2012) Factitious disorders and Munchausen syndrome: the tip of the iceberg. *J Child Health Care* 17(4):366–374

Fliege H, Gramm A, Eckhardt-Henn A et al (2007) Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. *Psychosomatics* 48(1):60–64

Fonagy P, Jurist E, Gergely G, Target M (2002) *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press, New York

Girolami A, Bertozzi I, Tassinato V et al (2014) Bleeding manifestations apparently unrelated to coagulation or other organic disorders: a tentative classification and diagnostic clues. *Hematology* 19(5):293–298

Gregory RJ, Jindal S (2006) Factitious disorder on and in patient psychiatry ward. *Am J Orthopsychiatry* 76:31–36

o A (2005) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) Kapitel V (F)*, 5. Aufl. Huber, Bern

Kanaan RA, Wessely SC (2010) Factitious disorders in neurology: an analysis of reported cases. *Psychosomatics* 51(1):47–54

Klaassen FA, Schober P, Schwarte LA et al (2008) Letters to the editor: fatal outcome of Munchausen's syndrome. *Resuscitation* 78:99–100

Kinns H, Housley D, Freedman DB (2013) Munchausen syndrome and factitious disorder: the role of the laboratory in its detection and diagnosis. *Ann Clin Biochem* 50:194–203

Kucuker H, Demir T, Oral R (2010) Pediatric condition falsification (Munchausen by Proxy) as a continuum of maternal factitious disorder (Munchausen syndrome). *Pediatr Diabetes* 11:572–578

Lin JL, Servat JJ, Bernardino CR et al (2012) Bilateral corneal perforations and autoproptosis as self-induced manifestation of ocular Munchausen's syndrome. *Orbit* 31(4):252–255

Menninger K (1934) Polysurgery and polysurgical addiction. *Psychoanal Quart* 3:173–178

Norcliffe-Kaufmann L, Gonzalez-Duarte A, Martinez J, Kaufmann H (2010) Tachyarrhythmias with elevated cardiac enzymes in Munchausen syndrome. *Clin Auton Res* 20:259–261

O'Connor EA, Grunert BK, Matloub HS, Eldridge MP (2013) Factitious hand disorders: review of 29 years of multidisciplinary care. *J Hand Surg Am* 38:1590–1598

Pessina AC, Bisogni V, Fassina A, Rossi GP (2013) Munchausen syndrome: a novel cause of drug-resistant hypertension. *J Hypertens* 31(7):1473

Pulman A, Taylor J (2012) Munchausen by internet: current research and future directions. *J Med Internet Res* 14(4):e115. DOI 102196/imir.2011

Autoritativer Erziehungsstil senkt Suizidrisiko bei Jugendlichen

Kinder, die liebevoll, aber mit starker Kontrolle und Regeln – also autoritativ – erzogen werden, haben als Jugendliche ein deutlich geringeres Risiko, sich selbst umzubringen. Das ist das Ergebnis einer Studie aus Erlangen. Die Wissenschaftler empfehlen, diese Erkenntnisse in Präventionsmaßnahmen zu integrieren. Eltern sollten z.B. in Geburtsvorbereitungskursen oder bei den U-Untersuchungen auf die Vorteile dieses Erziehungsstils hingewiesen werden. Laut den Studienergebnissen haben Kinder, die autoritativ erzogen worden sind, im Alter von 15 Jahren seltener schon einmal versucht sich umzubringen, als Jugendliche, die eine andere Erziehung erlebt haben. So ist das Suizidrisiko im Jugendalter bei einer erlebten ablehnend-vernachlässigenden Erziehung erhöht. Ein autoritärer Erziehungsstil beeinflusste das Risiko nicht, war aber mit einem erhöhten Auftreten von Suizidgedanken verbunden. Die Forscher ermittelten auch weitere Risikofaktoren für Suizidversuche bei Jugendlichen. Dazu gehören weibliches Geschlecht, ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung), Rauchen, Rauschtrinken, Migrationshintergrund und Trennung der Eltern. Die repräsentative Studie beruhte auf einer Fragebogen-Untersuchung bei 44.134 Jugendlichen in Deutschland.

Literatur: Donath C, Graessel E, Baier D et al (2014) Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatrics*. doi: 10.1186/1471-2431-14-113

Quelle: Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, www.uni-erlangen.de