

Selbstverletzendes Verhalten und Autode- struktivität

Klinik, Motive, Diagnostik, Therapie

Verf.: Prof. Dr. Reinhard Plassmann

Psychotherapeutisches Zentrum
Erlenbachweg 24
97980 Bad Mergentheim
Tel.: 07931 – 5316 – 0
E-Mail: plassmann@ptz.de

1. Einleitung

Die in diesem Vortrag behandelten Krankheitsbilder unterscheiden sich in einem wesentlichen Punkt von sonstigen somatischen oder psychosomatischen Erkrankungen. Der Körper ist primär gesund oder könnte es zumindest sein, wenn er nicht Opfer eines abnormen Verhaltens würde aufgrund einer abnormen Beziehung zum Körper, an der die Patienten eigentlich leiden. Die klinisch zunächst ganz im Vordergrund stehenden körperlichen Symptome sind nur ein sekundäres Phänomen, eine Folge mißbräuchlicher Benutzung des Körpers für psychische Zwecke, z.B. zur Spannungslösung, Affektabfuhr, zur Inszenierung unbewußter Phantasien und Erlebniskomplexe.

Neben der pathologischen Beziehung zum Körper ist ein weiteres Merkmal dieser eigentümlichen Krankheitsgruppe die schwer gestörte Beziehung zum Arzt. Die Patienten sind hochgradig arztfixiert bis hin zur Arzt- bzw. Krankenhaussucht, sie erzwingen ärztliche Behandlung durch ihre Körpermanipulationen, sie führen die Manipulationen aus noch zu diskutierenden Gründen meist heimlich durch, d.h. sie täuschen den Arzt durch Verschweigen und Erfinden falscher Erklärungen. Der krankhafte Zwang zur Täuschung des Arztes ist in seiner Motivation primär unbewußt, und kann als "Mimikry-Phänomen" (Plassmann 1987) bezeichnet werden. Der aus der Biologie entlehnte Begriff hat den Vorteil, die affektiv hochaufgeladene Beziehungsstörung zwischen Patient und Arzt möglichst wertneutral zu beschreiben.

2. Kasuistik

Die Patientin kam zur stationären Aufnahme in unsere Klinik nach einer Vorgeschichte von mindestens 19 stationären Aufenthalten in der psychiatrischen Klinik und einer insgesamt unbekanntem jedoch sehr hohen Anzahl von stationären Aufenthalten. An den in großer Zahl vorliegenden Arztbriefen fällt auf, daß diese sich mit der jeweils aktuellen und zur Verlegung und Entlassung führenden Krise befassen, die Gesamtsituation, die Biographie, das ständige Pendeln zwischen Krankenhäusern wird als nicht mehr kommentierungsbedürftiger Dauerzustand angesehen, im Grunde scheint jede Klinik froh, die Patientin wieder losgeworden zu sein.

Sie schildert bei der Aufnahme als ihre Problematik, daß sie Selbstverstümmelungen und Suizidversuche mache. Auslösend sei jeweils Unruhe, sie sticht sich dann Nadeln in den Körper oder schneidet sich mit Rasierklingen. Die Nadeln bleiben manchmal im Fettgewebe stecken und müssen dann operativ entfernt werden. Einmal hat sie sich kürzlich eine Nadel in die Blase gesteckt und nichts darüber gesagt, so daß die Nadel nach 2 Wochen operativ entfernt werden mußte. Wegen ihrer Rasierklingenschnitte habe man sie regelmäßig nähen müssen, Wesentliches, so sagt sie selbst, habe sie aber noch nicht zerstört. Das letzte Selbstschneiden liegt schon etwa ein Dreivierteljahr zurück, mit einer Nadel gestochen hat sie sich zuletzt vor 2 Wochen. Außerdem kommt es ständig zu Suizidversuchen. 1985 und 1988 habe sie sich Gasvergiftungen zugefügt, Tablettenvergiftungen sind fast Alltag, insofern als in den letzten 3 Jahren sieben schwere Vergiftungen vorgekommen sind, während kleinere Vergiftungen durch Einnahme von 10-15 Tabletten pro Tag ständig vorkommen, sie nimmt dann Psychopharmaka, Antiepileptika, Analgetika. Von August bis Oktober 93 war sie fast durchgehend in der Nervenlinik und habe auch dort heimlich Medikamente genommen. In den Kliniken nehme das Nadelstechen meistens zu und zwar dann, wenn man nicht mit ihr spreche. Die letzten Tage vor der Aufnahme in unsere Klinik sei sie wiederum in der Nervenlinik gewesen, davor einige Wochen in der neurologischen Klinik in einer anderen Stadt. Die Krankenhausaufnahmen sind in den letzten Wochen jeweils wegen Tablettenintoxikationen erfolgt oder wegen Anfallshäufung. Seit etwa 10 Jahren leide sie an Krampfanfällen, die teils als Epilepsie, teils als psychogen angesehen würden, sie sehe mittlerweile ein, daß diese psychogen seien, könne sie aber nicht kontrollieren, sie sei dann verkrampft, habe Schaum vor dem Mund. Während der kürzlichen Behandlung in der auswärtigen Neurologie seien diese Anfälle sehr häufig aufgetreten. Der Schlaf sei in den letzten Tagen sehr schlecht, sie habe überhaupt nicht geschlafen oder nur stundenweise, in den letzten Tagen in der Nervenlinik sei sie wegen Selbstmordgefährdung im Isolierzimmer gewesen, habe sie eine weitere selbstverletzende Handlung vorgenommen, so wäre sie fixiert worden wie ihr klar war.

Sie lebe in einer 1-Zimmer-Wohnung von Sozialhilfe und habe vor einem Dreivierteljahr auch einen Rentenantrag gestellt. Bis 1990 habe sie gearbeitet. Sie sei zuletzt Stationshilfe in einem Krankenhaus gewesen und wegen ihres Medikamentenabusus entlassen worden. Von den Eltern sei sie schon mit 17 Jahren abgehauen wie sie sagte, sie sei nicht verheiratet und habe auch keine Kinder. Eine andere Version ihrer Biographie ist, daß sie von ihrem Vater

lange Zeit sexuell mißbraucht worden sei und von ihrem Stiefvater auch ein Kind habe. Von ihrem Stiefvater sei sie viel geprügelt und sexuell mißbraucht worden über 6 Jahre hinweg, sie habe mit niemandem hierüber sprechen können, niemand habe ihr geglaubt, auch ihre Mutter habe kein Verständnis gezeigt, sie vielmehr noch zusätzlich geschlagen. Heute sei es oft noch so, daß diese Erinnerungen über sie hereinbrächen und sie dann in hochgradige Spannungszustände gerate, in denen sie voll Wut und Haß aber auch Verzweiflung sei. In solchen Situationen käme ihr das Schneiden oder Nadelstechen wie eine Erleichterung vor. Mit 17 habe sie eine Bäckerlehre begonnen und sich dann einer kriminellen Jugendbande angeschlossen. Sie habe sich selbst der Polizei gestellt, sei aber trotzdem ins Gefängnis gekommen, aus dem sie mit 19 wieder entlassen worden sei. Sie bekam amtlicherseits eine Wohnung und einen Arbeitsplatz in der Krankenhauswäscherei gestellt, später als Stationshilfe, wo ihr wegen des aufgefallenen Medikamentenabusus die Auflage einer Entziehungskur gemacht wurde, die sie auch absolvierte, allerdings ohne Erfolg, so daß sie 1990 gekündigt wurde. Einen weiteren schweren Suizidversuch erwähnt sie zunächst nicht, sie ist vor 2 Jahren in der Nervenlinik aus dem Fenster gesprungen und zog sich multiple Wirbelfrakturen zu. Ebenso wenig erwähnt sie chronische Probleme im Urogenitalbereich seit mindesten 10 Jahren.

Zusammenfassend ist die Symptomatik der Patientin charakterisiert durch sogenannte offene Selbstbeschädigungen, d.h. selbstverletzende Handlungen, die nicht verheimlicht werden. Dazu kommen chronische Suizidalität mit multiplen teilweise schweren und lebensbedrohlichen Suizidversuchen, ein chronischer Medikamentenmißbrauch, der stark autodestruktive Züge trägt und nahtlos in Suizidversuche übergeht und auch sozial sehr destruktiv wirkt. Ferner bestehen Anfälle, die epileptischen Anfällen gleichen, jedoch keine sind. Diese Anfälle verlaufen derartig spektakulär, daß sie trotz der Einschätzung als nicht epileptisch regelmäßig zur stationären und intensiv-medizinischen Aufnahme führen. Ähnliches gilt für die Nieren- und Blasenprobleme der Patientin. Sie schildert wiederholt Schmerzen, was zu urologischen Abklärungen ohne faßbaren Befund und zu wechselnden Diagnosen führt. Der klinische Befund und die Symptomschilderung der Patientin lassen sich jeweils nicht zur Deckung bringen. Mehrfach sind Erythrozyturie und Bakteriurie festgestellt worden, die mit oder ohne Behandlung wieder verschwanden, möglicherweise mischt die Patientin dem Urin Blut und Stuhl bei, um solche Meßergebnisse zu bewirken. Die soziale Situation ist durch fast völlige Desin-

tegration charakterisiert, es gibt keine eigene Familie, keine Arbeit, lediglich eine Wohnung, in der die Patientin aber nicht lebt, sondern sich stattdessen in Krankenhäusern aufhält. Sie ist in ihren Kontakten weitgehend medizinialisiert, d.h. auf immer häufiger wechselnde und dadurch immer anonymer werdende Beziehungen zu medizinischen Helfern reduziert. Aus der Biographie sind körperliche Gewalt und sexueller Mißbrauch einigermaßen gesichert, dabei fällt allerdings auch ein Element von Pseudologie auf, die Patientin erzählt wechselnde Versionen ihrer Geschichte.

Dieses Fallbeispiel kann nun als klinischer Hintergrund dienen, die Klassifikation solcher Krankheitsbilder zu besprechen.

3. Klassifikation und Einteilung



a) die Artefaktkrankheit (Factitious disease): heimlich durchgeführt Körpermanipulation mit Täuschung des Arztes über die Störungsursachen ("Mimikry-Phänomen").

b) offene Selbstbeschädigung: offene, d.h. nicht verleugnete Selbstverletzungen durch Schneiden, Brennen, Verätzen etc. Diese Patienten machen aus ihrer Tendenz zur Selbstverletzung keinerlei Geheimnis, woraus sich auch der Terminus "offene" Selbstbeschädigung ableitet (Plassmann 1986). Die zu offener Selbstschädigung neigenden Patienten geben keinerlei diagnostische Schwierigkeit auf, es kommt nicht zur diagnostischen Krankenhaus-

Odyssee, der psychische Hintergrund des offensichtlich abnormen Verhaltens ist jederzeit klar. Diese Patienten sind deshalb je nach Schweregrad der Verletzungen entweder in psychiatrischer oder dermatologischer Behandlung.

c) Münchhausen-Syndrom (Asher 1951): heimliches Manipulieren oder Erfinden von körperlichen oder psychischen Symptomen, pseudologisches Ausphantasieren von Anamnese und Biographie, soziale Entwurzelung mit pathologischem Behandlungswandern von Klinik zu Klinik, häufig Drogenabhängigkeit und Delinquenz.

d) Münchhausen by proxy-Syndrom (Meadow 1977): Erfinden oder heimliches Manipulieren von körperlichen Störungen bei den eigenen Kindern mit Täuschung des Arztes über die Störungsursachen.

4. Die Artefaktkrankheit

4.1. Definition

Artefaktkranke machen durch heimliche Manipulation bestimmte Körperteile oder Körperfunktionen zum Problembereich, den sie multiplen ärztlichen Maßnahmen aussetzen. Kernsymptom der Erkrankung ist das Leiden an einer mißbrauchenden Beziehung zum eigenen Körper, die in einer sado-masochistischen Beziehung zum Arzt inszeniert wird. Die Beziehungsstörung zum Körper und zum Arzt ist primär und konstant, während die jeweilige Organwahl variiert mit einer sehr großen Bandbreite. Allerdings sind deutliche Bevorzugungen bestimmter Manipulationsformen erkenntlich.

4.2. Klinisches Erscheinungsbild

Im Falle der Artefaktkrankheit steht der Kliniker vor der Aufgabe, die Widersprüche zwischen Symptomatik, Verlauf und angeblicher Diagnose zu erkennen und das Krankheitsbild förmlich

zu dechiffrieren, indem es auf eine oder mehrere Manipulationsformen als einzig stimmige Ursache zurückgeführt wird.

Die bekannt gewordenen Manipulationsweisen sind derartig zahlreich, daß sie nur noch in einer tabellarischen Übersicht aufgeführt werden können. Tabelle 1 gibt die häufigsten Manipulationsformen wieder (siehe auch Plassmann 1991, Eckhardt 1989, Paar 1987, Bock und Overkamp 1986).

I. Manipulation von Infektionen

Tabelle 1: Manipulationsmethoden

I. Manipulation von Infektionen und Fieber

- **Abszesse, Phlegmonen oder Sepsis** durch Injektion von Bakterienkulturen, Fäkalien, Blumenwasser, Urin, Speichel, Milch, Benzin, Fruchtsaft, Talkum

- **Wundheilungsstörungen** durch Verunreinigungen und mechanische Manipulationen.

- **Fiebererzeugung** durch Injektion von Urin, Milch, Impfstoffen, Paraffin, Einnahme von Substanzen, wie z.B. Schilddrüsenhormon (siehe auch Manipulation von Meßwerten)

- **Urogenitalinfektionen** durch Selbstkatheterisierung, Injektion von infektiösem Material in die Harnwege oder Genitalien.



II. Manipulation von Blutungen

II. Manipulation von Blutungen

- **Mechanische Schleimhautverletzung** mit der Folge von Nasenbluten, Vaginalblutungen, rektalen Blutungen etc.
- **Fingieren oder Manipulieren von Bluthusten, Bluterbrechen, blutigem Stuhl, Teerstuhl.**
- **Blutgerinnungsstörungen durch Einnahme von Vitamin-K-Antagonisten**
- **Manipulation von Anämie durch Aderlaß**
- **Nichteinnahme von Antianaemica**



III. Medikamentenmanipulationen

III. Medikamentenmanipulationen

- **Diuretikaeneinnahme** mit der Folge von Elektrolytstörungen oder Ödembildung
- **Einnahme von Schilddrüsenhormonen** mit der Folge von Thyreotoxikosen
- **Einnahme von Laxantien oder Enteritis-erzeugender Chemikalien**
- **Einnahme oraler Antidiabetika oder Selbstinjektion von Insulin** mit der Folge von hypoglykämischen Schocks
- **Einnahme von Kalzium- oder Kaliumpräparaten** mit der Folge von Elektrolytstörungen
- **Nichteinnahme verordneter Medikamente** (Antibiotika, Eisenpräparate, Elektrolyte) mit der Folge entsprechender Mangelercheinungen
- **Einnahme von Hypertonie- oder Hypotoniemedikamenten** mit der Folge von akuten Kreislaufstörungen



Medikamentenmanipulationen (Fortsetzung)

- **Einnahme zentral dämpfender Pharmaka**
- **Einnahme von Stimulanzien** einschl. Coffein mit der Folge von Erregungszuständen und Tachykardien
- **Einnahme großer Mengen von Zahnpasta** mit der Folge von Fieber und Tachykardie
- **Einträufeln von Anticholinergica in das Auge** mit der Folge von Pupillenstörungen
- **Einnahme von Nebennierenrindenhormonen** mit der Folge von Cushing-artigen Bildern
- **Einnahme bekannter Allergene** mit der Folge anaphylaktischer Reaktionen
- **Einnahme von hepatotoxischen Substanzen**
- **Einnahme von Frostschutzmittel (Ethyenglykol)** mit der Folge metabolischer Alkalose



IV. Mechanische Manipulationen

IV. Mechanische Manipulationen

- **Strangulationen** mit Ödembildung, trophischen Störungen, Gangrän
- **Klopf- u. Schlageartefakte** (Hämatome, chronisch-traumatisches Handödem)
- **Zwangsruehigstellung von Extremitäten** mit Kreislaufstörungen, Stoffwechselstörungen und Ödembildung
- **Unfallinszenierungen** (Stürze, Autounfälle etc.)
- **Luftinspritzungen mit der Folge von Bindegewebsempysemen**
- **mechanische Hautmanipulationen durch Reiben, Scheuern, etc.**
- **Haare ausreißen und Haare schlucken** mit Bezoarbildung
- **Augenreiben** mit der Folge von Hornhautläsionen
- **chemische Manipulationen** (Verätzungen von Haut oder Augen mit Säuren und Laugen)
- **thermische Manipulationen** (Verbrennungen, Verbrühungen)



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BALD MERGENTHEIM

10

V. Schildern alarmierender Schmerzsymptome

V. Schildern alarmierender Schmerzsymptome, Herbeiführen von Operationen u. invasiven Maßnahmen

- **akute Herzschmerzen**
- **akute Bauchschmerzen**
- **Lungenschmerzen mit Husten**
- **Gelenkschmerzen**
- **akute Unterbauchschmerzen an blinddarmtypischer Stelle**
- **akute Gallen- und Nierenkoliken**
- **Ulkussschmerzen**
- **gynäkologische Schmerzen**



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BALD MERGENTHEIM

VI. Beschreiben angeblich beobachteter Alarmsymptome

VI. Beschreiben angeblich beobachteter Alarmsymptome

- epileptische Anfälle
- Bluthusten
- Teerstuhl
- Kopfschmerzattacken mit Bewußtlosigkeit
- Herzrhythmusstörungen
- Fieberschübe, Schüttelfrost
- Lähmungen, Fallneigung
- Schwindel
- Harnblasenentleerungsstörungen
- absolute Obstipation
- Erbrechen
- akute Halbseitensymptomatik



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

VII. Manipulation von Meßwerten

VII. Manipulation von Meßwerten

- Thermometermanipulation
- Einbringen von Urinzusätzen (Speichel, Eiweiß, Blut Kot)
- Einbringen von Sputumbeimischungen (Blut)
- Blutschlucken mit der Folge scheinbarer Teerstühle
- Elektrodenmanipulation in der EKG-Ableitung



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

Eine kurze Beschäftigung mit dieser Tabelle zeigt, daß es sich bei den selbstinduzierten Krankheitsbildern keineswegs um klinische Raritäten handelt, vielmehr um Vorkommnisse auf allen medizinischen Fachgebieten und auch in allen Ländern.

Erzeugen von Infektionen

An den Anfang gestellt ist die häufigste Form der Krankheitsmanipulation durch Erzeugen von Infektionen. Solchen Patienten begegnet man natürlicherweise besonders häufig in der Chirurgie und in der Inneren Medizin, genauso aber in der Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Gynäkologie oder Urologie. Unter Patienten mit unklarem Fieber sind in einer amerikanischen Studie immerhin 9 % Artefaktfälle gefunden worden. Eine Patientin, die auch in unsere Behandlung kam, hatte über absolute Harnverhaltung geklagt, für die bei sämtlichen Untersuchungen keine überzeugende Ursache gefunden werden konnte. Sie erlernte das Selbstkatheterisieren, was sie nach eigenen Angaben zwischen 5 und 10mal täglich durchführte, auftretende Blaseninfektionen bishin zu Pyelonephritiden und Hämaturien wurden durch provozierte Keimeinschleppungen und Verletzungen der Blasenschleimhaut induziert, was die Patientin aber abstritt. Ganz gegen ärztliche Erfahrungen blieben Antibiotika oral gegeben praktisch wirkungslos. Grund war, wie sie später einräumte, schlichtes Nichtnehmen der Antibiotika, so daß die Patientin auf diesem Wege die vollkommene Kontrolle über Symptomentwicklung im Blasenbereich hatte.

Erzeugen von Blutungen

Auf dem Gebiet der Gynäkologie sind artifizielle Vaginalblutungen häufig. Artifizielle Blutgerinnungsstörungen durch Einnahme von Vitamin-K-Antagonisten sind besonders gefährlich wegen der auch für den Patienten unberechenbaren Folgen. Fälle von artifizieller Anämie durch Aderlaß können kaum glaubliche Verläufe nehmen. Mir persönlich ist eine Patientin bekannt mit gesicherten 900 Bluttransfusionen. Es handelt sich bei dieser Patientin um einen der erfolgreich behandelten Extremfälle, sie ist heute nach mehrjähriger psychotherapeutischer Behandlung symptomfrei und wieder berufstätig.

Medikamentenmanipulationen:

Diuretikamanipulationen kommen häufig in Verbindung mit Eßstörungen vor, da die Patientinnen die Wasserausschwemmung mittels Diuretika als rasch wirksame Methode zur Gewichtsverminderung einsetzen. Die Folgen sind häufig lebensgefährliche Elektrolytstörungen und in manchen Fällen diuretikainduzierte Ödeme. In der ersten Hälfte 1992 haben wir 2 solcher Fälle in der Klinik gesehen. Lebensgefährlich kann auch die Manipulation mit Laxantien sein wegen der Gefahr hypokaliämie-bedingter Arrhythmien.

Unfallinszenierungen sind als Form der mechanischen Selbstbeschädigung relativ häufig. Wir haben in 1992 eine Patientin gesehen, die wiederholt und auch während des stationären Aufenthaltes im Zusammenhang mit zwischenmenschlichen Konflikten Stürze mit Prellungen und Platzwunden inszenierte. In der früheren Anamnese waren auch epileptische Anfälle beobachtet oder zumindest vermutet worden, so daß sich hier jeweils schwierige differentialdiagnostische Fragen stellten.

Das *Schildern von Schmerzsymptomen* stand bei einer anderen Patientin, die sich ambulant vorstellte, ganz im Mittelpunkt. Sie gab chronische Schulter-, Arm- und Brustschmerzen an, so daß innerhalb von einigen Jahren insgesamt über ein Dutzend Operationen stattgefunden haben wegen des Verdachtes auf myotone Dystrophie, Myopathie, Carpaltunnel-Syndrom, Syndrom der "knarrenden Schulter". In 12 Jahren haben 25 stationäre Aufenthalte stattgefunden, bis das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung vermutet wurde. Sie hat sich bislang einer stationären Psychotherapie noch entzogen.

Das Schildern von Urogenitalschmerzen, insbesondere von Nierenkoliken ist bei Patientinnen mit einer Mißbrauchsbiographie besonders häufig.

Beschreiben angeblich beobachteter Alarmsymptome: Eine Patientin war ursprünglich wegen eines Schmerzsyndroms der Wirbelsäule zur Behandlung gekommen. Sie war aktive Leistungssportlerin gewesen, bis sie ihre sportliche Karriere wegen zweier Bandscheibenoperationen plötzlich hatte aufgeben müssen. Sie hatte dies offenbar als schweren Schock erlebt und niemals überwunden. Sie kam auf 2 Stockstützen in die Klinik und war ohne Begleitperson fast nicht imstande, sich zu bewegen. Sie wurde während des stationären Aufenthaltes immer wieder auf Treppenstufen liegend vorgefunden mit der Angabe, schwer gestürzt zu

sein, was aber mit der Tatsache, daß keinerlei Hämatome zu beobachten waren, nicht in Einklang zu bringen war. Jeder dieser Stürze schien eine unbewußte Aufforderung zu sein, ihr jegliche Belastung zu ersparen, jegliche Rehabilitation und damit auch jegliche Auseinandersetzung mit ihrem tatsächlich eingeschränkten, aber andererseits sehr wohl vorhandenen Leistungsvermögen. Der Behandlungsverlauf war in diesem Fall ermutigend, die Patientin bewegte sich zu Behandlungsende weitgehend frei und meistens ohne Stockstützen.

Manipulation von Meßwerten: Scheinbare ventriculäre Extrasystolien können auf Manipulationen der EKG-Ableitungselektroden beruhen. Das Einbringen von Urinzusätzen, z.B. Eiweiß kann wegen scheinbarer Proteinurie langwierige differentialdiagnostische Prozeduren auslösen, ebenso das Einbringen von Keimen oder Blutspuren. Fieber kann sehr vielfältig vorgetäuscht werden. In einem kürzlich publizierten Fall wusch sich die Patientin vor jeder Messung den Mund mit heißem Wasser, was zu aufwendigen Untersuchungen führte.

4.3. Krankheitsschwere

Das Ausmaß der körperlichen und sozialen Schäden, die Chronifizierung und Invalidisierung infolge der Artefaktkrankheit und die Schwere der vorliegenden Persönlichkeitsstörung sind sehr unterschiedlich. Nach Vorschlägen von Nadelson (1979), Badura und Wunderlich (1985), Plassmann (1989) läßt sich die Krankheitsschwere nach folgendem Schema einschätzen:

I. *Extrem schwere Krankheitsverläufe* (maligne Artefaktkrankheit):

I. *Extrem schwere Krankheitsverläufe (maligne Artefaktkrankheiten):*

- multiple lebensbedrohliche oder verstümmelnde Manipulationen oder Manipulationsfolgen (einschließlich ärztlicher Eingriffe wie Amputationen)
- zusätzlich Artefaktäquivalente (Unfälle, operationssüchtiges Agieren, Suchtentwicklung, Delinquenz, psychotische Episoden)
- soziale Entwurzelung mit Reduktion auf die Artefaktkrankheit als Lebensinhalt, Verlust von Arbeitsplatz, Familien- und Sozialbindung
- Fehlen stabiler Lebensepisoden
- keinerlei Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung

II. Mittelschwere Verlaufsformen :

II. Mittelschwere Verlaufsformen:

- leichtere Manipulationsformen (nicht lebensbedrohlich oder verstümmelnd, keine Dauerschäden)
- eher Mono- als Multisymptomatik, wenig Artefaktäquivalente
- episodischer Krankheitsverlauf mit vorhandener Sozialbindung (Beruf, Familie)
- längere stabile Lebensphasen im Erwachsenenalter
- psychisches Leidensgefühl mit zweiwelliger Akzeptanz psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe



III. Leichtere Verlaufsformen (benigne Artefaktkrankheit):

III. Leichtere Verlaufsformen (benigne Artefaktkrankheit):

- folgenlos ausheilende Manipulationsformen
- Gelegenheitsartefakte in umschriebenen Auslösesituationen als Monosymptom
- keine Gefährdung der sozialen Einbindung
- in der Regel stabile Lebenssituation
- aktive Suche nach Psychotherapie



Patienten der Gruppe I (Extremverläufe) haben dann eine äußerst ungünstige Prognose, wenn sie auf Dauer nicht durch psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe erreichbar sind im Sinne einer *malignen Artefaktkrankheit*. Patienten der Gruppe II sind in das psychotherapeutische Versorgungssystem manchmal integrierbar mit positiven Behandlungsergebnissen. Bei Patienten der Gruppe III (benigne Artefaktkrankheit) kommt anlässlich der artifiziellen Symptomatik rasch eine psychosomatisch-konsiliarische Betreuung in Gang oder die artifizielle Symptomatik wird als Begleitsymptom in laufenden Psychotherapien oder Analysen eher zufällig entdeckt.

Der dargestellte exemplarische Fall wäre zwischen Schweregrad I und II einzustufen.

4.4. Die Biographie des Artefaktpatienten

Körperliche Gewalt: Körperliche Mißhandlung ist die am häufigsten nachweisbare Form infantiler Traumatisierung bei ca. 50 % der Patienten. Täter sind Väter, Pflegeeltern, nahe Verwandte, Heimerzieher, Mütter. In mehreren Fällen wurden die Patienten vom Kleinkindesalter bis in die Adoleszenz gewohnheitsmäßig geschlagen. Es handelt sich dabei um ein Maß von

Gewalt, welches immer mit schweren Schmerzen und oft mit Körperverletzung (Blutergüsse etc.) verbunden ist und nicht etwa um eher angedeutete, den Ernst einer Ermahnung unterstreichende symbolische Züchtigungen. Die späteren Selbstmanipulationen sind in vielen Fällen analysierbare Erinnerungsäquivalente, sie wiederholen manchmal sehr konkret und buchstäblich die infantil erlittene Gewalt (Plassmann, 1986). Dies scheint insbesondere für sexuellen Mißbrauch zu gelten, weil dieser später geschieht und deshalb komplexer symbolisiert werden kann. Den Patienten sind die Erinnerungen an die am eigenen Leibe erfahrene Gewalt später oft nicht bewußt zugänglich, sondern bleiben Teil eines abgespaltenen und verleugneten, lediglich am eigenen Körper ausgelebten Realitätsfragmentes. Besonders bei Patienten mit hämatologischen Artefakten muß an eine Inzestbiographie gedacht werden.

4.5. Epidemiologie

Die Synopsis von 27 Publikationen mit epidemiologischen Angaben ergibt einen Überblick über Alters- Geschlechts- und Berufsverteilung sowie über Angaben zur Morbiditätsrate (siehe Tab. 2).

Epidemiologische Daten

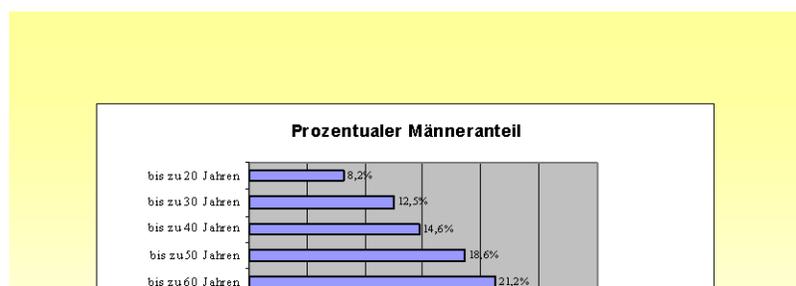
Gesamtgruppe n=1070

<i>n</i>	<i>Helferberufe</i>	<i>Geschlecht</i>	<i>Alter (Jahre)</i>	<i>Morbiditätsrate</i>
1070	58 %	78 % <i>Frauen</i> 22 % <i>Männer</i>	20 - 30	0,058-9


14

Tabelle 2: Epidemiologische Daten

In einigen der Publikationen ist die Relation zwischen Männern und Frauen auch nach Altersgruppen getrennt angegeben (Mayr 1937; siehe Tabelle 3).



Die Altersangaben beziehen sich in beiden Tabellen auf den Zeitpunkt der Diagnosestellung.

Die Betrachtung der Relationen zeigt, daß sich das Verhältnis von Frauen zu Männern in den einzelnen Altersklassen deutlich unterscheidet. In der Altersgruppe unter 20 haben die Frauen einen neunmal höheren Anteil, nur im Gesamtdurchschnitt ergibt sich ein Verhältnis von ca. 4:1. In der Altersgruppe bis 35 Jahren treten 78 % der Fälle auf (Mayr 1937). Die durchschnittliche Symptombdauer bis zum Behandlungsbeginn beträgt 4 Jahre (Plassmann 1991).

Durchschnittlich 58 % der publizierten Fälle von Artefaktkrankheit unter Ausschluß der Münchhausen-Syndrome hatten einer Helferberuf ergriffen. Ähnliche Zahlen finden sich bei Aduan u.a. (1979) mit 47 % Helferberufen, bei Bock und Overkamp (1986) sogar 73 %. Mulert und Stille (1988) geben 50 % Helferberufe an, Reich und Gottfried (1983) 68 %. Typischerweise handelt es sich um Krankenschwestern, Schwesternhelferinnen, Laborberufe, Medizinstudenten, jedoch fast nie um Ärzte.

Die Berufswahl muß als Aspekt des Krankheitsbildes gesehen werden. Die Patienten, meist Frauen, entscheiden sich für eine zunächst legale "körpermanipulatorische" Berufstätigkeit. Sie üben einen Teil dessen, was später zur Krankheit wird, als Beruf aus: Blutabnehmen, Injizieren, Medikamente geben etc.. Im Verlauf erfolgreicher Psychotherapien wenden sich fast alle Patientinnen von diesen Berufen ab, die sie dann als unerträglich eingreifend empfinden. Eine Patientin mit schwersten Augenartefakten beispielsweise, die zu Behandlungsbeginn

noch als Arzhelferin arbeitete, geriet jedes Mal in einen Zustand von Depersonalisation und Panik, wenn sie bei Durchleuchtungen assistieren mußte. Sie erlebte dabei das grenzenlose Hineinblicken in einen anderen Menschen, welches sie mit ihren Augenartefakten, die sie schon halb blind gemacht hatten, gerade hatte verhindern wollen.

Die Rollenwahl im Gesundheitswesen kann oft als eine Reinszenierung der ursprünglichen Familiensituation gedeutet werden. Ärzte werden als idealisierte Elterngestalten erlebt, der medizinische Helferberuf repräsentiert die Kindposition dem Arzt gegenüber und später, nach Entwicklung des Krankheitsbildes repräsentiert die Rolle des Patienten die Opferposition, welche die Patienten auch als Kinder erlebt hatten.

Erkrankungshäufigkeit. Die Literatur besteht in der Regel aus Einzelfallpublikationen, die ganz überwiegend in den westlichen Ländern erschienen sind.

Die geschätzte Krankheitshäufigkeit hängt sehr von den untersuchten Kollektiven und von der angewandten Untersuchungsmethode ab. Die Auswertung von ca. 20 000 dermatologischen Krankenakten (Mayr 1959) ergab verschwindend geringe Zahlen diagnostizierter Artefaktfälle, weil nur die Diagnosehäufigkeit, nicht die Krankheitshäufigkeit ermittelt worden war. In dermatologischen Kliniken finden sich nach Gieler u.a. (1987) ca. 1-2 % Artefaktkranke, in allgemeinen Krankenhäusern ebenfalls ca. 2 % (Lipsitt 1982). In einer internistischen Klinik haben Aduan u.a. (1979) unter Patienten mit unklarem Fieber 9 % Artefaktfälle gefunden.

4.6. Persönlichkeitsstruktur

Der Narzißmusfragebogen nach Deneke und Müller (1984) läßt Aussagen über das Selbstkonzept, die Objektvorstellungen, die Objektbeziehungen, die Kränkungsverarbeitung und über Zustände eines dekompenzierten Selbstwertsystems zu. Die Q-faktorenanalytische Auswertung der Selbstbeantwortungsfragebögen bei 18 Patienten ergab eine Borderline-strukturierte Persönlichkeit in 83 % der Fälle, 40 % der Borderline-Patienten wiesen zusätzlich eine narzißtische Persönlichkeitsorganisation auf (Plassmann 1991).

Die klinische Diagnostik, gestützt auf Exploration, psychoanalytische Interviews und Verlaufsbeobachtung ergibt bei 62 % der Patienten eine Borderline-Struktur und bei weiteren 29 % eine narzißtische Persönlichkeitsorganisation. Bei etwa einem Drittel der Patienten finden sich Hinweise auf eine reifere, neurotische Persönlichkeitsstruktur im Sinne einer Doppelschichtigkeit. Die Patientinnen verfügen beispielsweise über ein echtes, nicht nur Fassadäres Sprachvermögen und über die Fähigkeit, abgegrenzte, ambivalente und triangulär angelegte Beziehungsformen zu antizipieren und in der Therapie aufzubauen. Dies geschieht jedoch auf eine vulnerable, stets instabile Weise. Unter Belastung bricht diese reifere Deckschicht rasch zusammen und erweist sich als pseudoödpale, oft sexualisierte Abwehr der unterlagerten Borderline-Erlebnisweise. Allerdings finden sich in dieser Gruppe besonders häufig Patienten mit hoher Behandlungsmotivation und gutem therapeutischen Verlauf im Sinne der benignen Artefaktkrankheit.

4.7. Psychoanalyse der Artefaktkrankheit

Psychoanalyse der Arzt-Patient-Beziehung:

Die Artefaktkrankheit ist dadurch gekennzeichnet, daß die Patienten ihr unbewußtes, hochpathologisches Elternbild gerade auf Ärzte übertragen. Die Dynamik der Arzt-Patient-Beziehung läßt sich deshalb als Reinszenierung einer traumatischen präödpalen Erfahrung verstehen. Die Wahl des Arztes als Übertragungsobjekt scheint gerade von dem für die Medizin typischen und einzigartigen Spannungsbogen zwischen Helfen und Verletzen herzurühren. Von ganz besonderer Bedeutung ist dabei, daß die Medizin und der Arzt für die Patienten eine sprachlose Welt repräsentieren, in welcher aller Dialog nur über Handlung, nicht über Sprache geschieht. Der Arzt weist deshalb aus der Sicht der Patienten typische Eigenschaften eines archaischen Primärobjektes auf, dem sich die Patienten ausliefern: er ist ideal, sadistisch-allmächtig und präsymbolisch-unbegreiflich. Die Fixierung an den Arzt in der Artefaktkrankheit um den Preis körperlicher und seelischer Zerstörung wiederholt die innerpsychische Realität, daß die Patienten sich von diesem archaischen Primärobjekt nie gelöst haben. Das Leben in der Welt des Krankenhauses als Dauerpatient wiederholt und verstärkt die ausweglose infantile Fixierung.

In der Phantasie der Patienten hat der Arzt seinen Beruf nur gewählt, um unter dem Deckmantel des Helfens den Körper seiner Patienten für seine sadistischen Bedürfnisse zu mißbrauchen. Hierin liegt das tiefe Geheimnis der Patienten. Sie "wissen", daß Ärzte Sadisten sind, wie die Eltern auch. Sie "wissen" ebenfalls, daß dieser Gedanke nie gedacht oder gesprochen werden darf, weil es kein Leben mit dieser Wahrheit gibt. Jeder einzelne heimliche Körpermißbrauch drückt deshalb die tief empfundene unbewußte Loyalität und Identifizierung mit dem tötenden und mißbrauchenden Primärobjekt aus. Die wirksamsten Mittel der Patienten, diesen destruktiven Persönlichkeitsanteil aus dem Eltern- und Selbstbild abzuspalten, sind der *Sprachverlust* und die *Projektion ins Körperliche*. Was nicht benannt wird, ist, ganz in der Tradition ihrer Herkunftsfamilien, auch nicht geschehen. Die Loyalität mit den mißbrauchenden Primärobjekten umfaßt deshalb auch den Symbolisierungsverzicht. Hierher rühren die für das Krankheitsbild charakteristische Verleugnung der Selbstmanipulation, die nie gesprochene Realität werden darf und die heftige Gegenwehr der meisten Patienten gegen eine psychotherapeutische, d.h. sprechende Behandlungsweise. Die Körpermanipulationskrisen der Patienten sind deshalb nicht nur etwas Erlittenes, sondern stets auch gewaltsame Angriffe auf den Arzt, der gezwungen werden soll, die Dimension des Sprechens aufzugeben und sich auf die Ebene des sprachlosen Manipulierens einzulassen.

4.8.1 Diagnosestellung

Eine Zimmerdurchsuchung ist sicher in vielen Fällen diagnostisch aufschlußreich, wenn Manipulationswerkzeuge wie Spritzen, Insulinfläschchen, toxische Substanzen etc. vermutet werden. Durchsuchungen gegen den Willen des Patienten sind aber psychologisch und juristisch ebenso bedenklich wie heimliche Durchsuchungen in Abwesenheit, so daß die Zustimmung des Patienten eingeholt werden sollte (Ford 1996).

Diagnostisch sehr hilfreich ist auch das "Erlebnis-Skotom" der Patienten für die Symptomentstehung. Die tatsächliche Symptomentstehung (die Manipulation) bildet mit allen subjektiven Erfahrungen einen von der Wahrnehmung und Mitteilung ausgeschlossenen blinden Fleck. Die stattdessen geschilderte falsche Erklärung ist nur bei ganz flüchtiger Betrachtung plausibel. Sie bleibt aber in jedem Fall unlogisch und vor allem ohne jede subjektive Evidenz sowohl für Patient wie für Interviewer.

Es hat sich allgemein die Auffassung durchgesetzt, daß die Patienten mit ihrer verleugneten Selbstmanipulation auf eine unaggressive und das Krankhafte akzeptierende Weise konfrontiert werden sollten. Die Diagnosestellung und Konfrontation beendet nicht die Behandlung, sondern ändert lediglich ihre Schwerpunkte. Bei einem solchen Vorgehen leugnen zwar ungefähr 2/3 der Patienten weiterhin die Selbstmanipulation, brechen jedoch aufgrund der unaggressiven Konfrontationsweise die therapeutische Beziehung nicht ab, psychische Krisenreaktionen treten ebenfalls selten auf (Reich und Gottfried 1983). Vorteilhaft ist es auch, das Ausmaß der Konfrontation flexibel an den einzelnen Patienten anzupassen. Je bewußtseinsnäher die Tatsache der Manipulation dem Patienten ist, desto offener kann auch von seiten des Arztes damit umgegangen werden. Auf diese Weise scheinen immerhin ein Drittel der Patienten zu einer Psychotherapie motivierbar zu sein (Freyberger und Avenarius, 1988).

Nach der Diagnosestellung ist ein psychosomatisches Konsil notwendig, um dem Patienten Gelegenheit zu einem Gespräch über psychisches Leiden zu geben und die Behandlungsmotivation einzuschätzen. In jedem Falle ergibt sich die Notwendigkeit einer Langzeitbehandlung, allerdings auf verschiedenen Wegen.

5. Das Münchhausen-Syndrom

5.1 Definition und Klinik

Genauere epidemiologische Untersuchungen an größeren Patientenzahlen liegen bislang nicht vor. Es scheint sich aber in einem Verhältnis von 2:1 überwiegend um Männer zu handeln, die Altersbandbreite ist sehr groß ohne typische Häufungen irgendeiner Altersgruppe, so daß sich lediglich ein rechnerisches Durchschnittsalter von 40 Jahren bei den Männern und ca. 30 Jahren bei den Frauen ergibt.

Die *Symptompräsentation* bedient sich in den meisten Fällen klassischer medizinischer "Alarmsignale": Schmerz (75 %), Blutungen (31 %), psychiatrische und neurologische Störungen wie Bewußtlosigkeit, Krämpfe, Suizidalität. Die Patienten suggerieren dem Kliniker das Vorliegen von Herzinfarkt, Nierenkolik, Magendurchbruch, Tuberkulose, Porphyrie, Sepsis etc. (Ford 1982, Eckhardt 1989). Sie sind in der Regel bereits iatrogen verstümmelt, z.B. durch Serien von Laparatomien oder Operationen bis hin zu Amputationen. In manchen Fällen sind Leukosen aufgetreten als Folge multipler Röntgenuntersuchungen, so daß diese Patienten buchstäblich zu Tode geröntgt worden waren (Justus und Kitchens 1976). Das *Krankenhauswandern* kann exzessive Ausmaße annehmen mit mehreren hundert Hospitalisierungen in wenigen Jahren entlang ausgedehnter Reiserouten quer über den jeweiligen Kontinent (Maur 1973, Justus et al. 1980). Die meisten solcher Fälle wurden in England und USA publiziert (Ireland 1967).

Die Kindheit der Patienten wird übereinstimmend als chaotisch und traumatisch beschrieben. Immer wiederkehrende Elemente in der Biographie sind Beziehungsabbrüche zu den Primärobjekten in den ersten Lebensjahren, lange psychische oder körperliche Krankheiten der Eltern, eigene Krankheiten der Patienten als Kinder mit langen Hospitalisierungen, Waisenhaus-erziehung oder wechselnden Pflegestellen. In den Familien der späteren Patienten sind Dissozialität, Delinquenz, Sucht, Kindesmißhandlung und Inzest häufig. Ein hoher Anteil der Patienten (ca. 30 %) wird wegen kleinerer Delikte straffällig, z.B. Drogen- oder Alkoholdelikten. Konstante Berufsausübung ist selten, die Patienten sind hieran wie auch an ihren Ehen meist gescheitert. Stationäre psychiatrische Behandlungen, z.B. wegen Suizidversuchen sind überdurchschnittlich häufig (Ford 1982).

Die Patientin wurde aus diesem zweiten Abschnitt der Intervalltherapie in Bezug auf Selbstverletzungen stabil entlassen. Sie hat ihr Gewicht erfolgreich im normalgewichtigen Bereich stabilisiert. Sie sah sich selbst als alltagsstabil und hielt sich die Möglichkeit eines dritten Therapieintervalls als Option offen.

5.2. Psychodynamik

Psychodynamisch erscheint wesentlich, daß die Patienten ihre frühen unerträglichen Erfahrungen unzuverlässiger und sadistischer Primärobjekte narzißtisch zu bewältigen suchen. Die Integration des negativen Selbst- und Elternbildes gelingt nicht, die Erfahrung, ein ungeliebtes, unbeachtetes, vielleicht gehaßtes und mißhandeltes Kind zu sein, welches Eltern hat, die nicht liebens- und bewundernswert sind, ist für die Patienten zu schmerzhaft und trifft sie zu früh in ihrer Entwicklung, um bewältigt werden zu können. Statt dessen entwickelt sich eine narzißtische Abwehrform und die Patienten suchen in ihrer medizinischen Hochstaplerkarriere die Rolle des im Mittelpunkt von Sorge und Bemühungen stehenden "Patientenkindes". Die Vision des hingebungsvoll interessierten kompetenten Arztes, intensiv beschäftigt mit einem schwerkranken Patienten ist eine Art narzißtischer Romantik, von welcher die Patienten zur Abwehr ihrer negativen Erfahrungen abhängig sind. Die Zerstörung dieser in der Realität unerreichbaren idealen Selbst-Objekt-Konstellation ist für die Patienten unerträglich und mit der Gefahr der akuten psychotischen Desintegration, Depersonalisation und Suizidalität verbunden.

Die Tragik der Patienten ist, daß sie stets nur Fiktionen schaffen, deren Zerstörung sie zwanghaft mitinszenieren, während sie auf reale Angebote guter (z.B. therapeutischer) Beziehungen nicht eingehen können. Es ist dann stets der Verlust der idealisierten Arzt-Patient-Beziehung, welcher mit dem Münchhausenagieren, d.h. mit Weiterwandern verleugnet und kompensiert werden muß. Die Patienten können sich auf diese Weise notdürftig in der Illusion halten, die Welt sei für sie voll von idealen, jederzeit und überall erreichbaren Eltern-Arzt-Gestalten.

5.3. Therapie

Versuche, mit radikalen Mitteln vorzugehen, haben sich weder im Einzelfall noch generell bewährt. Versucht wurden Elektrokrampftherapie, Leukotomie, Insulinkoma (Barker 1962), Schwarze Listen und Strafverfolgung (Blackwell 1964, Ford 1982). Psychotherapien, insbesondere erfolgreiche, sind nur verschwindend wenige zustande gekommen, so z.B. eine 3 Jahre dauernde psychiatrische Verhaltensmodifikation (Yassa 1978). Die Tendenz zum Beziehungsabbruch ist derartig groß, daß nahezu alle auch ermutigend begonnen Behandlungen

gen scheitern, etwa die psychodynamisch hochinteressanten analytisch orientierten Therapien von Mayo und Haggerty (1984), Justus et. al (1980), Stone (1977).

Es bleibt die Empfehlung, die Patienten in ihrem Kranksein an einer hochgradig invalidisierenden Störung mit extrem schlechter Prognose anzunehmen mit dem Ziel, körperliche Eingriffe so weit wie möglich zu vermeiden und den Patienten in eine stationäre psychiatrische Langzeitbehandlung zu integrieren.

6. Das Münchhausen by proxy-Syndrom

6.1 Das Krankheitsbild

Der englische Kinderarzt Roy Meadow hatte 1977 zwei Fälle publiziert, in denen Mütter ihre Kinder, wie er herausgefunden hatte, heimlich krank gemacht hatten. In einem Fall hatte die Mutter seit Geburt bis zum Alter von 6 Jahren heimlich Blut und Eiter dem Urin des Kindes beigemischt, so dass das Kind eine endlose Tortur von medizinischen Untersuchungen und Behandlungen erlitt, bis im 6. Lebensjahr erst die richtige Diagnose gestellt wurde, nämlich ein völlig gesundes Kind als Opfer einer bislang unbekanntem Form der heimlichen Kindesmisshandlung.

Im zweiten Fall wurde, wie Meadow schreibt, der kleine Charles im Alter von 6 Wochen erstmals stationär aufgenommen wegen Erbrechen und Bewusstseinstäubung. Dies wiederholte sich unzählige Male. Man fand immer wieder extrem erhöhte Salzwerte (Hypernaträmie) im Blut. Im Krankenhaus erholte sich das Kind jeweils sehr rasch, es wirkte gesund, normal und gedieh. Erst mit 14 Monaten, also ein Jahr später, fiel den Ärzten der Zusammenhang auf: Niemals waren solche Zustände in der Klinik aufgetreten, sondern ausschließlich zuhause. Man begann etwas zu ahnen und trennte Mutter und Kind für einige Zeit, in der das Kind sich vollständig erholte. Genau am nächsten Besuchstag trat das nächste Koma auf. Dann passierte der entscheidende Fehler: Man gab der Mutter das Kind wieder mit und begann über sozialtherapeutische und psychologische Maßnahmen zum Schutz des Kindes und zur Therapie der Mutter nachzudenken. In dieser Phase brachte die Mutter das Kind erneut in tiefem Koma in die Klinik, wo es nach wenigen Stunden starb. Man fand bei der Autopsie eine ext-

reme Salzvergiftung und rekonstruierte, dass die Mutter, Krankenschwester von Beruf, dem Säugling das Salz wahrscheinlich mit einer Magensonde zugeführt hatte.

Meadow nannte das Krankheitsbild Münchhausen-by-proxy-Syndrom, also Münchhausen in Vertretung nach der auch in England populären Gestalt des Barons von Münchhausen, weil die Mütter systematisch den Arzt mit frei erfundenen Geschichten über Krankheiten täuschen, dabei aber nicht den eigenen Körper sondern gleichsam in Vertretung – by-proxy – den des Kindes benutzen.

Der kleine Artikel von Roy Meadow im Lancet hat international zahlreiche Berichte über ähnliche Fälle zur Folge gehabt und seit dieser Erstbeschreibung 1977 bis heute wächst die Zahl der bekannt gewordenen Münchhausen-by-proxy-Fälle rasant an. Nach einer einzigen Umfrage von Schreier und Libow (1993) bei 1.450 englischen Kinderärzten wurden 570 gesicherte oder hochverdächtige Fälle berichtet. In der internationalen Literatur sind seit 1957 ca. 250 wissenschaftliche Arbeiten über das Krankheitsbild erschienen, mittlerweile auch die große Monographie der beiden Amerikanerinnen Parnell und Day (Parnell, T. F.; Day, D. O., 1997).

Die Beschäftigung mit diesem Krankheitsbild hat etwas Detektivisches. Wir müssen einige Puzzlesteine zusammensetzen, bis endlich ein klares Bild entsteht.

6.2 Die Manipulationshandlungen der Mütter

Beginnen wir mit den Täterinnen. Es sind in 98 % der Fälle Frauen, 90 % sind die leiblichen Mütter, der Rest Stief- und Pflegemütter. Die Väter sind in diesen Familien praktisch niemals an der heimlichen Gewalt am Kind beteiligt, weil sie die Kinder völlig ihren Frauen überlassen, von denen sie selbst wie Kinder abhängig sind. Die Gewalt von Vätern, dies wäre hier zu ergänzen, geht andere Wege. Auffällig häufig sind die Männer ihren Frauen intellektuell weit unterlegen und ordnen sich ihnen unter. Dies mag ein Hinweis sein, dass die Mütter, die späteren Täterinnen, versuchen bei Mann wie Kind soviel Abhängigkeit wie möglich herzustellen.

Was machen diese Mütter mit ihren Kindern?

Manche Mütter setzen schon das ungeborene Kind im eigenen Leib ständigen Untersuchungen aus, in dem sie unentwegt Untersuchungen fordern und zu diesem Zweck oft auch Schwangerschaftskomplikationen erfinden, die sie tatsächlich nicht haben. Dieses Muster setzt sich fort, wenig nach der Geburt beginnt das tödliche Spiel. Die Mutter scheint von der Phantasie beherrscht, das Kind sei krank, lebensuntüchtig, es könne nicht gedeihen, sei auf Dauer vollständig abhängig von ihr, der Mutter. Sich selbst sehen die Mütter im Bündnis mit den Ärzten als lebensrettende Engel, denen nichts auf der Welt näher am Herzen liegt, als das Wohl ihres dieses Kindes, welches nur auf Grund ihres grenzenlos aufopferungsbereiten Bemühens noch am Leben sei. Zu diesem Zweck erfinden die Mütter Alarmsymptome im Bereich lebenswichtiger Organsysteme des Kindes oder sie erzeugen solche Störungen heimlich.

Am häufigsten sind Bewusstseinsstörungen, angebliche Anfälle, angebliche Blutungen oder angebliche Gedeihstörungen. In seiner ersten großen Übersichtsarbeit von 1984 fand Meadow (Meadow, R., 1984) beispielsweise insgesamt 31 Fälle von angeblichen Krampfanfällen, bei 2/3 davon hatten die Mütter die Krampfanfälle und Zustände von Bewusstlosigkeit nur berichtet und damit Odysseen von medizinischen Untersuchungen ausgelöst, in 1/3 der Fälle hatten die Mütter die Anfälle selbst erzeugt durch Ersticken des Kindes mit der Hand, einem Kissen oder einer Plastiktüte oder durch heimliches Vergiften mit Überdosen von Salz, wie im beschriebenen Fall, oder mit Vergiftungen von Medikamenten (Palmer, A. J.; Yoshimura, J., 1984; Hickson, G. B.; u. a., 1989)

Am zweithäufigsten ist das Manipulieren von angeblichen Spontanblutungen beim Kind. Die Mütter nehmen sich selbst Blut ab, verschmieren es um den Mund oder andere Körperöffnungen des Kindes oder mischen es unter Urin, Speichel oder Stuhl. Ärzte denken erfahrungsgemäß zuletzt oder nie an die Möglichkeit einer Manipulation, so dass die Kinder in der Regel einer Tortur aufwendigster medizinischer Maßnahmen unterworfen werden.

Ebenfalls häufig wird das Kind als gedeih- und ernährungsgestört präsentiert, es nehme trotz sorgfältigster Ernährung einfach nicht zu, berichten die Mütter.

Smith and Killam (1994) haben den Fall des kleinen Robert publiziert, der ständig an Gewicht verlor und deshalb anderthalb Jahre lang einer einzigen Serie von stationären Untersuchungen ausgesetzt war. Schließlich wurde klar durch genaue Verhaltensbeobachtungen, dass die Mutter dem völlig gesunden Kind auf eine unauffällige und perfekte Weise sowohl zuhause als auch im Krankenhaus ständig jede Nahrung vorenthielt, in dem sie Fläschchen oder Teller außer Reichweite stellte mit charmanten Begründungen wie „Oh, er mag das nicht.“ oder „Er hat gar keinen Hunger, er will damit nur spielen.“, wenn das Kind sich „gierig“, wie die Autoren schreiben, auf das Essen stürzen wollte. Die Mutter war einerseits im Begriff das Kind verhungern zu lassen und brachte es andererseits stets ins Krankenhaus, um sich dort als liebevolle, sorgende und aufopferungsvolle Mutter zu präsentieren.

Eine andere Mutter, ebenfalls Krankenschwester von Beruf, saugte die im Krankenhaus gefütterte Milch mit Spritze und Plastikschlauch aus dem Magen ihres ausgehungerten Kindes wieder ab (Meadow, R., 1984).

Ich schildere ihnen diese Fälle nicht, um sie das Gruseln zu lehren, sondern um zu illustrieren, wie extrem schwierig es sein kann, diese perfekt getarnten Formen von versuchter Kindstötung zu erkennen. In mehreren Fällen gelang dies erst durch Installation von Videokameras im Krankenzimmer (Southall, D. P.; u. a., 1987). Der Arzt als Detektiv.

Was die Mütter mit ihren in aller Regel noch kleinen Kindern machen, hat meist einen direkten Bezug zu den lebenswichtigen Körperfunktionen. Es ist, als ob die Mütter sagen wollten: Ihr sollt nicht dieses Kind für seine Vitalität lieben, sondern mich die Retterin dieses lebensunfähigen Wesens.

Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die bekanntgewordenen Manipulationen (Rosenberg, D., 1987).

Münchhausen-by-proxy-Symptome: Methoden der Erzeugung und der entsprechenden Diagnosestrategien

Präsentation	Methoden der Simulation und/oder Erzeugung	Methoden der Diagnoseerstellung
Blutungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Marcumar-Vergiftung 2. Phenolphthalein-Vergiftung 3. Blutverschmierungen an Körperöffnungen 4. Ausbluten des Kindes 5. Hinzufügen von Farbstoffen zu Stuhl oder Urin 	<ol style="list-style-type: none"> 1. toxikologisches Screening 2. Nachweis in der Windel 3. Blutgruppenbestimmung 3. Erythrocytenmarkierung 4. Überführung der Mutter 5. Nachweis
Anfälle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erfinden 2. Vergiftung (Phenothiazine, Hydrokarbonat, Salz, Imipramin) 3. Erstickung oder Karotissinuskompression 	<ol style="list-style-type: none"> 1. suchen nach anderen MBPS-Merkmalen 2. Blutanalyse, Urinanalyse, Analyse der Kindsnahrung 3. beobachten, Nachweis, Fotos von Druckstellen
Bewusstseinstrübung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Drogen (Insulin, Chloralhydrat, Barbiturate, Aspirin, Imipramin, Antidepressiva, Paracetamol) 2. Erstickung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Blutanalyse, Probe des Mageninhaltes untersuchen, Urinanalyse, Analyse des Insulin-Typs 2. wie bei „Atemstillstand“ und „Anfälle“
Atemstillstand	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erzeugen des Erstickens mit der Hand 2. Vergiftung 3. Erfinden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Druckstellen auf der Nase 1. direktes Überführen (Videokamera) 1. Ausschluss anderer Diagnosen 2. toxikologische Untersuchung des Mageninhaltes und des Blutes 2. Flüssigkeitschromatographie 3. Ausschluss anderer Diagnosen

Präsentation	Methoden der Simulation und/oder Erzeugung	Methoden der Diagnoseerstellung
Durchfall	<ol style="list-style-type: none"> 1. Phenolphthalein oder andere Laxanzien 2. Salzvergiftung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse des Stuhlgangs 2. Probe des Mageninhaltes untersuchen
Erbrechen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vergiftung mit Brechmitteln 2. Erfinden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Substanznachweis 2. stationäre Beobachtung
Fieber	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verfälschen der Temperatur 2. Verfälschen der Fieberkurve 	<ol style="list-style-type: none"> 1. genaues Aufzeichnen, Nachprüfen 2. genaues Aufzeichnen, Nachprüfen 2. die Fieberkurve im Schwesternzimmer duplizieren
Ausschlag	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vergiftung 2. Zerkratzen 3. Säure auf das Gesicht auftragen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Probe nehmen 2. Ausschluss anderer Ursachen 3. Probe entnehmen, abwaschen

Etwa $\frac{1}{4}$ der Mütter erfinden die Symptome oder manipulieren Messwerte, in dem sie z. B. dem Urin, dem Stuhl oder dem Speichel etwas beimischen, 75 % der Mütter manipulieren direkt den Körper des Kindes (Rosenberg, D., 1987).

Die Mortalität dieser Form der heimlichen Kindsmisshandlung ist in Folge dessen erschreckend. In verschiedenen Studien wurde zwischen neun und 31 % Todesfälle unter den Kindern gefunden. Die Todesrate wird um so höher, je mehr Zeit nach der Diagnosestellung vergeht, ohne die Kinder aus der Familie zu entfernen.

Wie wir mittlerweile wissen, muss der Arzt damit rechnen, dass nicht nur das ihm vorgeführte Kind sondern auch dessen Geschwister gleichfalls Opfer sind. In einer Studie von Jureidini (Jureidini, J., 1993) hatten sechs Mütter 19 Kinder, von denen 14 betroffen waren. Dieses Phänomen wird Multiple-Child-Münchenhausen-by-proxy-Syndrom genannt. In einer Studie von Alexander (Alexander, R. u. a., 1990) fanden sich in einer Gruppe von fünf Familien 18 Kinder, von denen 71 % betroffen waren, 31 % starben nach mehrjährigem Verlauf. In der Studie von Bools (Bools, C. N. u. a., 1992) waren 39 % der Geschwister betroffen, 11 % starben. Insbesondere, wenn ein zunächst präsentiertes Kind zu seinem Schutz aus der Familie ent-

fernt wurde, gingen die Manipulationen häufig mit einem anderen Kind weiter. Die Mütter scheinen wie süchtig nach der Existenz eines von ihnen auf Leben und Tod abhängigen Kindes. Bei den Geschwistern liegt die Todesrate in ähnlicher Höhe. Von den überlebenden Kindern haben mind. 8 % bleibende körperliche Dauerschäden, häufig Hirnschäden durch Erstickungsversuche (Rosenberg, D., 1987).

Die Kinder sind meist noch sehr klein, wenn die Manipulationen beginnen, das Durchschnittsalter bei Diagnosestellung liegt bei ca. 3 ¼ Jahren, von Manipulationsbeginn bis Diagnosestellung vergehen im Mittel 15 Monate (Rosenberg, D., 1987).

6.3. Die Arzt-Patient-Beziehung

Wir müssen uns nun einen weiteren Puzzlestein näher anschauen und zwar die auffällige Affinität dieser Mütter zu Ärzten und zur Medizin.

Alle diese Mütter bringen ihre Kinder selbst zum Arzt und ins Krankenhaus mit Berichten über dramatische Gesundheitsstörungen der Kinder. Dort sind sie scheinbar die idealsten Mütter, die man sich vorstellen kann. Sie weichen dem Kind nicht von der Seite, verbringen Tage und Nächte im Krankenhaus, sie sind völlig identifiziert mit dem medizinischen Team, insbesondere mit den Krankenschwestern. Sie begrüßen jede medizinische Maßnahme am Kind und sei sie noch so belastend, schmerzhaft oder gefährlich für das Kind und unterstützen das medizinische Team dabei nach Kräften. Sie nehmen sehr gerne persönliche Kontakte zum Stations-team auf, sie verhalten sich, wie wenn sie zum Stationsteam gehören würden, kurzum, wie wenn sie Krankenschwestern wären. Tatsächlich sind diese Mütter mit dem Beruf der Krankenschwester sehr stark identifiziert, wahrscheinlich, weil er ihrer Selbstillusion der liebenden und allmächtigen Frau am nächsten kommt. Die Täterinnen geben ganz regelmäßig an, Krankenschwester zu sein, häufig auch, obwohl sie es nicht sind.

In der Phantasie dieser Mütter scheint es in der Beziehung zu ihren Kindern eine bizarre Spaltung zu geben: Ein Teil der Mutter erlebt das Kind als Bedrohung, das Kind scheint nur zu fordern und nicht zu geben, es scheint die Mutter zerstören zu wollen, es scheint der Mutter das zu nehmen, was sie selbst braucht. Dieser Teil der Täterinnen erkennt im Kind wahrscheinlich die eigene Mutter wieder. Im heimlichen Krankmachen der Kinder finden die Mütter

die Lösung. Nun sind nicht mehr sie selbst von der Stimmung des Kleinkindes, das sie zu beherrschen scheint, abhängig, sondern kehren die Situation um, das Kind wird völlig abhängig von ihnen selbst und sie können die Illusion der perfekten Krankenschwester/Mutter leben und bekommen vom Krankenhaus das, was sie emotional brauchen, nämlich Bestätigung und Bewunderung, zumindest bis zur Diagnosestellung.

Um diese bizarre Spaltung zu begreifen, brauchen wir als weiteren Puzzlestein die in der Kindheit der Mütter in deren eigenes Unbewusstes eingeschriebenen Erfahrungen.

Was hierüber an Berichten existiert, spricht eine einheitliche Sprache. Die eigene Kindheit war von Serien von Arztbesuchen und Operationen durchzogen jeweils mit fragwürdigen Begründungen. Man spricht hier vom second-generation-Münchhausen-by-proxy-Syndrom, die heutigen Täterinnen sind die ehemaligen Opfer. Auch Vernachlässigung, emotionaler Missbrauch ebenso wie körperliche Misshandlungen, sexueller Missbrauch häufen sich in den Biographien der Mütter/Täterinnen (Parnell, T. F.; Day, D. O., 1997).

Diese transgenerationale Weitergabe erlebter Destruktivität in der Kindheit deckt sich mit unseren Erfahrungen aus anderen Formen des Kindsmissbrauchs. Wir wissen das 50 % sexuell missbrauchter Töchter eine ebenfalls sexuell missbrauchte Mutter haben, ebenso 40 % der männlichen Täter (Dulz, B.; Nadolny, A., 1998).

Wir wissen heute, dass regelmäßig aus Opfern Täter werden, häufig an den eigenen Kindern. Kinder mit solchen traumatischen Kindheitserfahrungen haben jene gute Mütterlichkeit und Väterlichkeit, die sie für ihre eigenen Kinder brauchen, nicht verinnerlicht. Sie können ihren Kindern nur das geben, was sie selbst bekommen haben. Folglich bilden sich gleichsam Destruktivitätsdynastien. Während Frauen die Destruktivität in der Regel an ihren eigenen Körper oder an ihr Kind weitergeben, geht die Tradierung bei jungen Männern etwas andere Wege. Der traumatisierte Junge wird später mit hoher Wahrscheinlichkeit sein destruktives Potential nach außen richten. Der vom Vater verprügelte Sohn will sich nie wieder so hilflos fühlen wie damals und sucht sich Opfer, in denen er seine eigene Hilflosigkeit ablädt und damit seine Vater-Sohn-Geschichte wiederholt. Wir finden diese jungen Männer deshalb nicht im

Krankenhaus als Patienten, sondern im Gefängnis als Täter und sie ziehen als prügelnde Väter die nächste Generation von Opfern heran, die dann wieder zu Tätern werden.

Die traumatisierten Frauen hingegen richten die Destruktivität auf den eigenen Körper oder auf ihr Kind, das wie ein Teil des eigenen Körpers behandelt wird.

6.4. Therapie

Therapeutisch ist ein entschlossenes juristisches Eingreifen erforderlich zum Schutz des Kindes oder der Kinder und eine zunächst stationäre Psychotherapie der Mutter. Es gibt international praktisch keine Berichte über erfolgreiche Behandlungen der Mütter, alles scheitert an deren Verleugnungstendenz. In einem kürzlich behandelten Fall hat in unserer Klinik hat sich das traumatherapeutische Grundkonzept, welches ich noch schildere, gut bewährt.

7. Die offene Selbstbeschädigung: Selbstverletzendes Verhalten

7.1 Krankheitsbild

Selbstbeschädigung wird synonym auch als offene Selbstbeschädigung oder offene Selbstmißhandlung bezeichnet (Plassmann 1987a; Sachsse 1987a), oder selbstverletzendes Verhalten. Im Englischen wird von *automutilation* oder von *delicate self-cutting* (Pao 1969) gesprochen, da das Schneiden die am häufigsten praktizierte Selbstverletzungsmethode ist.

Dieses Verhalten ist in psychiatrischen Kliniken häufig in Gestalt des "Ritzens" oder als Brennen der Haut mit Zigarettenstummeln, als mechanische Traumatisierung durch Schlagen mit der Hand oder mit dem Kopf gegen harte Gegenstände oder auch, wie auch im Fall einer unserer Patienten, durch Verätzung der Haut mit Säure. Die Verletzungsarten sind eher stereotyp, ohne ausgeprägte persönliche Symbolik.

Bei der Selbstbeschädigung ist sowohl dem Patienten als auch seiner Umgebung, besonders dem Arzt oder Therapeuten klar, daß der Patient Urheber der körperlichen Schädigung ist. Münchhausen- und Artefaktpatienten hingegen bauen eine fast undurchdringliche psychische Abwehr für die Tatsache auf, daß sie selbst am Körper schädigend manipulieren. Sie bauen diese Abwehr in einem komplizierten Mehrpersonensystem aus Patient, Patientenkörper bzw. Kindskörper und Arztgestalt auf unter massiver Verwendung von Pseudologie, Spaltungs- und Verleugnungs- und Projektionsvorgängen.

Bei vielen Patienten mit (offener) Selbstbeschädigung liegen die Verhältnisse hingegen anders. Diese Patienten leben ihren destruktiven Selbstanteil offen aus, sie können auch über Gewalt und Inzest in ihren Familien sprechen. Es scheint ihnen gar nichts auszumachen, daß sie ihren Körper durch ihre Selbstbeschädigungshandlungen zerstören. Sie wirken identifiziert mit der Destruktivität, während Sorge um sich und Fürsorge für den Körper, die Verantwortung für sich selbst unzugänglich sind.

7.1 Epidemiologie

Die Häufigkeit, in der in den einzelnen Studien selbstverletzendes Verhalten gefunden wird, hängt natürlich extrem von der Definition ab, also ob gelegentliches oberflächliches Ritzen im Sinne des delicate self cutting gezählt wird oder nur schwerere Verletzungen. Die Studien geben diesen Unterschied leider nicht immer präzise an. In verschiedenen amerikanischen Studien streut die Häufigkeit gemäß Favazza und Rosenthal (1993) von 400 bis 1.400 Personen pro 100.000, also 0,4 – 1,4 %. Hänle (1996) schätzt, dass in der Schweiz mit zur Zeit 7 Mio. Einwohnern bei bis zu 42.000 Personen jährlich selbstverletzendes Verhalten neu auftritt. Sachsse schätzt in Folge dessen, dass in den westlichen Kulturnationen etwa 1 % der Bevölkerung selbstverletzendes Verhalten praktiziert (Sachsse, 2000).

8. Therapie

Die stationäre Behandlungsmethode kann sich an den Modellen der Borderline-Therapie orientieren wie sie von Janssen (1987) oder Lohmer (1988) beschrieben worden sind oder an den Konzepten stationärer Traumatherapie, wie wir es mittlerweile praktizieren.

Autodestruktives Verhalten wird allgemein als etwas nicht Kontrollierbares angesehen, es wird also den primären Krankheitsphänomenen zugeordnet. Dem widersprechen allerdings zahlreiche klinische Beobachtungen, die eher wenig Beachtung finden. Die Patienten kontrollieren beispielsweise immer den Ort, an dem sie ihre Selbstmanipulationen praktizieren. Niemals geschieht dies in Anwesenheit des Arztes. Im Arztkontakt entsteht vielleicht der Gedanke, danach der Plan und dann die Entscheidung, später die Umsetzung am hierfür bevorzugten Ort. Bei primären Krankheitsphänomenen, einem Asthma- oder Migräneanfall beispielsweise, wäre dies nicht möglich. Autodestruktives Verhalten erscheint auch oft eingebettet in eine Beziehungs- und Gruppendynamik, es gibt Selbstverletzungsepidemien innerhalb und außerhalb von Kliniken. Selbstverletzendes Verhalten hat stets auch eine gewisse Symbolik in der Wahl des verletzten Körperteils.

All dies spricht dafür, dass es sich bei selbstmanipulierendem Verhalten um ein sekundäres, somit auch kontrollierbares Krankheitsphänomen handelt. Die Notwendigkeit, diese Fähigkeit auch zu nutzen, ergibt sich aus der offensichtlichen selbsttraumatisierenden Wirkung autodestruktiven Verhaltens. Dem Körper wird Gewalt angetan, es ist eine Form der Körperverletzung, die, würde sie einem Anderen angetan, unter Strafe stünde. Die Auswirkungen auf die Stabilität der Patientinnen sind fatal. Selbstverletzendes Verhalten zehrt enorm Energie, gerade keimende Stabilität oder beginnende Entwicklung wird durch jede neue Selbsttraumatisierung dieser Art gestoppt. Auch der Therapeut fühlt das sehr deutlich. Selbstverletzendes Verhalten zehrt Energie, es ist nichts Ungewöhnliches, dass in stationären Psychotherapieeinheiten ein großer Teil der Teamressourcen von der Beschäftigung mit autodestruktiven Patienten absorbiert ist.

8.1. Das 4-Phasen-Modell der stationären Psychotherapie.

Zunächst benötigen wir einen therapeutischen Rahmen. Grundlage ist das traumatherapeutische 3-Phasen-Modell, welches noch von Janet (1889) stammt. Wir ergänzen

zen es um die Ressourcenorganisation und kommen somit zum 4-Phasen-Modell der stationären Psychotherapie.

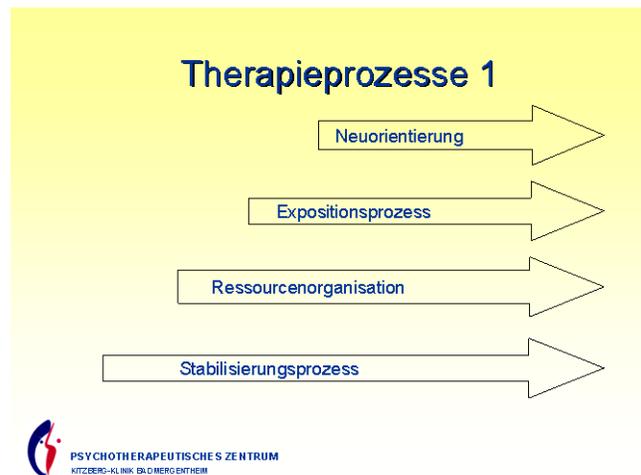


Abb. 7: Therapieprozesse 1

Dieser allgemeine Therapierahmen hat sich mittlerweile als Grundstruktur stationärer Psychotherapie sehr bewährt.

Therapieprozesse 2

1. Stabilisierung:
 - Beendigung der Selbsttraumatisierung
 - kontrollierter Umgang mit dem emotionalen Belastungsmaterial
2. Ressourcenorganisation:
 - Kontakt zu den salutogenetischen Kräften der Persönlichkeit
 - bipolares EMDR
3. Exposition:
 - systematisches Durchprozessieren des emotionalen Belastungsmaterials
4. Neuorientierung:
 - Wagen was Sinn macht.

Abb. 8: Therapieprozesse 2

Stabilisierung bedeutet dabei das Beenden der Selbsttraumatisierung sowie den Erwerb der Fähigkeit zum kontrollierten Umgang mit dem emotionalen Belastungsmaterial. Dies gilt sowohl für die Patientinnen wie auch für die Therapeuten. Beide Beteiligten dürfen in der Annäherung an das emotionale Belastungsmaterial die jeweiligen Grenzen der Verarbeitungsfähigkeit nicht überschreiten.

Im Prozess der Ressourcenorganisation wird die Fähigkeit zum kontrollierten und steuerbaren Umgang mit dem emotionalen Belastungsmaterial aktiv gefördert durch Aufsuchen, Unterstützen und Integrieren der in der Person vorhandenen Verarbeitungsfähigkeiten, z. B. mit Hilfe der mittlerweile weitverbreiteten imaginativen Verfahren, dem sicheren Ort, den inneren Helfern. Unterstützt man die Ressourcenorganisation durch bipolares EMDR, so kommen erstaunlich häufig Selbstheilungsprozesse in Gang, die große Teile der Expositionsphase überflüssig machen.

Die Expositionsphase, sofern noch erforderlich, dient dem systematischen Durchprozessieren des noch bestehenden und krankmachenden emotionalen Belastungsmaterials.

Die Neuorientierungsphase dient dem Finden der eigenen Entwicklungsziele und der notwendigen Entscheidungen. Kurzum: Wagen was Sinn macht.

Die einzelnen Phasen dieses Therapierahmens vollziehen sich nicht von selbst, sondern bedürfen krankheitsspezifischer Unterstützungsprotokolle, die, erlauben Sie mir den technischen Begriff, die Selbstheilungsprozesse wie Katalysatoren intensivieren. Sie bilden den entwicklungsförderlichen Rahmen für das Selbstheilungspotential der Patientinnen, etwa nach diesem Schema:



Auf diesem Gebiet ist eine lebhafte Entwicklung im Gange, die bei weitem noch nicht abgeschlossen ist. Ich kann Ihnen nun zeigen, welche Unterstützungsprotokolle wir derzeit verwenden, und welche Behandlungsergebnisse die Patientinnen mit deren Hilfe erreichen.

8.2. Die aktive Selbststabilisierung.

Das emotionale Belastungsmaterial im Kern der Erkrankung hat Kompensationsmechanismen auf den Plan gerufen: **primäre Sofortreaktion** und **sekundäre Folgereaktionen**.

Die Sofortreaktionen sind sehr basale Strategien, die das Überleben des Individuums bei unerträglicher emotionaler Belastung sichern sollen: Dissoziation des Erlebten, Fragmentierung der Eindrücke, Dekontextualisierung des Erlebten, also blockierte Verknüpfung mit vorhandenen Erfahrungen, Blockierung der Symbolisierungs- und Versprachlichungsfunktionen. All dies sind Elemente der traumatischen Reaktion. Der psychische Verarbeitungsapparat hat keine anderen Möglichkeiten als das überstarke, nicht verarbeitbare Material gleichsam in einen extraterritorialen Raum auszukapseln. Als gleichsam reflektorische Selbstschutzstrategie des Organismus. Der Vorgang dient dem psychischen Überleben, außerhalb der Kontrolle des Ichs.

Ganz anders die sekundären Reaktionen. Sie sind der fortwährende Versuch der gesunden Persönlichkeit, Kontrolle über das emotionale Traumaschema zu bekommen. Die dabei entwickelten Fähigkeiten sind stets Mischwesen, eine Art Zwitter aus Trauma und Ressource. Beispielsweise ist die Fähigkeit anorektischer Patientinnen das eigene Gewicht zu kontrollieren, hochentwickelt und die Fähigkeit ist zugleich eine Form der Selbsttraumatisierung, die zur Zerstörung der eigenen Weiblichkeit und der eigenen Entwicklung führt.

Die Sekundärphänomene unterliegen einer starken bewussten Kontrolle, sie werden aktiviert und deaktiviert abhängig von den situativen Begebenheiten und den aktuellen Zielen der Person. Trotz ihrer Zwitternatur zwischen Ressource und Trauma sind sie eine Form der Kreativität. Sie sind Schöpfungen des gesunden Teils der Person, Lösungsversuche, die allerdings nicht lösen.

Wichtig ist, die primären und die sekundären Reaktionen sorgfältig zu unterscheiden. Die Stabilisierungsphase beginnt als Phase der **aktiven Selbststabilisierung** jenes Sekundärphänomens, welches die stärkste selbsttraumatisierende und entwicklungsblockierende Wirkung hat. Die Patientinnen übernehmen Verantwortung, dieses Negativ-Muster unter Nutzung ihrer vorhandenen Ressourcen zu kontrollieren und zu beenden.

Warum ist es so wichtig, dass die Patientinnen die Selbsttraumatisierung beenden?

Jedes destruktive emotionale Muster, wie Anorexie, Selbstverletzung, bulimisches Verhalten, Zwangsrituale, Sucht vergrößert jenen Persönlichkeitsbereich, der unter dem Einfluss des

Traumataschemas steht. Stellen Sie sich ein Boot vor, Leck geschlagen und halbvoll Wasser, Sie kommen als Lotse an Bord (- die Therapie beginnt -), der Steuermann ist damit beschäftigt, Wasser **in** das Boot zu schöpfen. Ich meine, dieser Steuermann sollte als Erstes aufhören, Wasser **ins** Schiff zu schöpfen und seine Kräfte stattdessen für das Lenzen verwenden. Dies ist **aktive Selbststabilisierung**.

Wie lässt sich nun die vorhandene Fähigkeit zur Kontrolle dieses Negativ-Musters im Sinne der aktiven Selbststabilisierung nutzen? Wir verwenden ein einfaches Selbststabilisierungsprotokoll. Die Patientinnen legen sich darauf fest, selbst die Verantwortung für ihr selbstverletzendes Verhalten zu übernehmen, es zu unterlassen oder die stationäre Psychotherapie so lange zu unterbrechen, bis sie diese Fähigkeit erworben haben.

Therapievertrag bei selbstverletzendem Verhalten:

§ 1 Mit dieser Vereinbarung lege ich mich darauf fest zu klären, ob mir ein gewaltfreier Umgang mit mir selbst und damit eine Fortsetzung der Therapie möglich ist.

§ 2 Sollte es nach Abschluss dieses Vertrages zu Selbstverletzungen kommen, so gilt Folgendes:

Nach der ersten Selbstverletzung halte ich eine 4wöchige Ruhephase ohne Selbstverletzung ein, nach der zweiten Selbstverletzung eine 6wöchige Ruhephase. Danach entscheide ich mich für ein endgültiges selbstverletzungsfreies Leben oder beende die Therapie.

§ 5 Sollte es innerhalb dieser Ruhephasen zu einer erneuten Selbstverletzung kommen, so habe ich mich gegen Heilung entschieden, der Aufenthalt wird beendet.

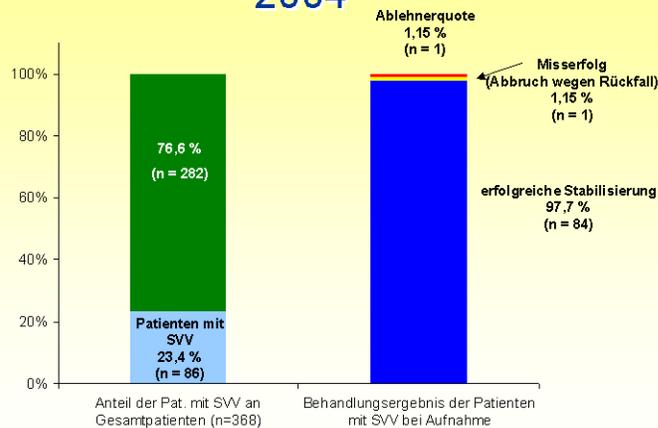
§ 6 Eine dritte Selbstverletzung beendet die Therapie, die Entscheidung für einen gewaltfreien Umgang mit mir selbst ist noch nicht getroffen. Ich habe dann die Möglichkeit, nach einer dreimonatigen, selbstverletzungsfreien Zeit in die Klinik zurückzukehren.



20

Man könnte nun in vermuten, dass es sich vielleicht um eine schwache und nur manchmal wirksame Ressource handeln könnte, dies ist aber nicht der Fall. Wir hatten im Jahr 2004 insgesamt 86 Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten, dies waren 23 % unserer Gesamtpatientenzahl, alle bis auf eine Patientin (1,2%) haben nach der stationären Aufnahme dieses Stabilisierungsprotokoll akzeptiert, eine Behandlung (1,2%) musste wegen Rückfällen abgebrochen werden. Die Klinik ist in Folge dessen praktisch selbstverletzungsfrei. Wiederum sofort fühlbar ist, wie sich das Wegfallen dieser Form von Selbsttraumatisierung auf die freie Energie, also die Ressourcen auswirkt, und nicht nur die der Patientinnen.

Selbstverletzendes Verhalten 2004



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

1

9. Schluss

Ich komme zum Schluß. Die Entwicklung von Behandlungskonzepten mit autodestruktiven Patientinnen ist noch im Fluss. Stationär- ambulante psychoanalytische Behandlung hat bei Artefakt-Patientinnen in etwa 50% der Fälle zu einer wesentlichen Besserung, in einigen Fällen zur Symptomfreiheit geführt, kommt aber nur für einen kleineren Teil der Patientinnen in Frage (Plassmann 1991) und kann für die Behandler zu extremen emotionalen Belastungen führen durch lange Zeit ausgelebte Destruktivität. Therapie muss helfen, darf aber nicht zu Lasten der Therapeuten gehen, was leicht geschehen kann, wenn die Patientinnen an der

Stabilisierungsarbeit nicht angemessen beteiligt werden. Moderne traumatherapeutische Konzepte nutzen deshalb systematisch die Ressourcen der Patientinnen. Stationäre Psychotherapie nach dem beschriebenen Vorgehen scheint für deutlich mehr Patientinnen geeignet zu sein und insbesondere zu sehr viel rascherer Stabilisierung zu führen.

Die aktive Selbststabilisierung ist ein selbstorganisatorischer Vorgang. Eine in der Patientin vorhandene Fähigkeit, bislang ungenutzt, wird aktiviert, in Folge dessen kommt es zu weitreichenden Musterveränderungen in der Patientin, in ihrem Selbstbild, in ihren Beziehungen, es kommt zur Ressourcenorganisation, Energie wird frei. Es sind aber nicht wir, die Therapeuten, die diesen Veränderungsprozess bewirken, wir sind lediglich die Intendanten dieses Geschehens.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur

- Aduan, R.P., A.S. Fauci et al. (1979):** Factitious fever and self-induced infection. *Ann. intern. Med.* 90, p. 230-242.
- Alexander, R.; Smith, W.; Stevenson, R. (1990):** Serial Munchausen syndrome by proxy. *PEDIATRICS*, 86, Seite 581 – 585.
- Asher, G. (1951):** Münchhausen's Syndrome. *Lancet* 1 339-341.
- Badura, H.O., H. Wundlich (1985):** Begegnung mit dem sogenannten MünchhausenSyndrom in der psychiatrischen Klinik. *Psychiat. Prax.* 12 194-199.
- Bock, K.D., F. Overkamp (1986):** Vorgetäuschte Krankheit. *Klin. Wschr.* 64 149164.
- Bools, C. N.; Neale, B. A.; Meadow, R. (1992):** Co-morbidity associated with fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Archives of Disease in Childhood*, 67, Seite 77 – 79.
- Deneke, F.W., R. Müller:** Selbstwert und dessen Regulation in der Selbstbeschreibung von Patienten. In: *Czogalik, D., W. Ehlers, R. Teufel (Hrsg.): Perspektiven der Psychotherapieforschung: Einzelfall-Gruppe-Institut. Hochschul-Verlag, Freiburg 1984.*
- Eckhardt, A. (1989):** Das Münchhausen-Syndrom - Formen der selbstmanipulierten Krankheit. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore.
- Ford, C. (1982):** The Somatizing Disorders, chap. 8-10. Elsevier, Amsterdam.
- Freyberger, H., J.P. Nordmeyer, H.J. Freyberger, J. Nordmeyer: Avenarius, H. J.:** Patients suffering from factitious disorders in the clinico-psychosomatic consultation liaison service: Psychodynamic processes, psychotherapeutic initial care and clinicointerdisciplinary cooperation. In: Plassmann, R. (ed.): *Factitious Disease*. Karger, Basel. *Psychother. and Psychosom.* 62 (1994) 108122.
- Gieler, U., I. Effendy, U. Stangier (1987):** Kutane Artefakte - Behandlungsmöglichkeiten und ihre Grenzen. *Z. Hautkr.* 62, 882-890.
- Hänsli, N. (1996):** Automutilation: der sich selbst schädigende Mensch im psychopathologischen Verständnis. *Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.*
- Hickson, G.B. et al.:** Parental administration of chemical agents: a cause of apparent life-threatening events. *Amer. Acad. Pediat.* 83 (1989) 772-776.
- Janet, P. (1889):** L'automatisme psychologique. *Paris.*
- Janssen, P.L.: *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Klett-Cotta, Stuttgart 1987.

- Jureidini, J. (1993):** Obstetric factitious disorder and Munchausen syndrome by proxy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, Seite 135 – 137.
- Justus, P., S. Kreuzinger, C. Kitchens:** Probing the dynamics of Münchhausen's syndrome. Detailed analysis of a case. *Ann. intern. Med.* 93 (1980) 120-127.
- Kempe, C., F. Silverman, B. Steele, W. Droegemüller, H. Silver:** The battered-child syndrome. *J. Amer. Med. Ass.* 181 (1962) 105-112.
- Lipsitt, D. R.:** The enigma of factitious illness. *In: Med. and Health Annual*, pp. 114-127. *Encyclopedia Britannica*, 1982.
- Lohmer, M. (1988):** Stationäre Psychotherapie bei Borderlinepatienten. *Springer, Berlin-Heidelberg-New York*.
- Mayo, J. P., J. J. Haggerty (1984):** Long-term psychotherapy of Munchhausen Syndrome. *Amer. J. Psychother.* 4, S. 571-579.
- Mayr, J. (1937):** Handbuch der Artefakte. *Fischer, Jena*.
- Maur, K. v., K. R. Wasson, M. J. W. DeFord, G. J. Caranasos (1973):** Munchhausen's Syndrome: A thirty-year history of peregrination par excellence. *Southern Med.* 1. 66, p. 629-632.
- Mayr, J. (1959):** Artefakte. *In: Dermatologie und Venerologie, Bd. 3, S. 92-106. Thieme, Stuttgart*.
- Meadow, R. (1977):** Münchhausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. *Lancet* 2, p. 343-346.
- Meadow, R. (1984):** Factitious epilepsy. *Lancet* 2, p. 25-28.
- Mulert, R., W. Stille (1988):** Untersuchungen zu selbstinduzierten Infektionen. Die häufigste Manifestation des Münchhausen-Syndroms. *In: Schulte, R.M. (Hrsg.): Intrakorporale Fremdkörper und Münchhausen-Syndrom, S. 13-55. Zuckerschwerdt, München-Bern*.
- Nadelson, T. (1979):** The Munchhausen spectrum. *Gen. Hosp. Psychiat. Vol. 1, pp. 11-17. Elsevier, N. Holland*.
- Paar, G.H. (1987):** Selbstzerstörung als Selbsterhaltung. *Mat. Psychoanal. analyt. orient. Psychother.* 1, S. 1-55.
- Paris, J. (2004):** Kindheitstrauma und Boderline-Persönlichkeitsstörung. *In: Kernberg, Dulz, Sachsse (Hrsg.): Handbuch der Borderline-Störungen 2000, Schattauer Verlag*.
- Palmer, A. J., J. Yoshimura (1984):** Munchhausen syndrome by proxy. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.* 23, p. 503-550.

- Plassmann, R. (1986):** Die heimliche Selbstmißhandlung. *Z. psychosom. Med. Psychoanal.* 4, 316-336.
- Plassmann, R. (1987):** Der Arzt, der Artefaktpatient und der Körper. *Psyche* 41, S. 883-899.
- Plassmann, R. (1989):** Artificielle Krankheiten und Münchhausen-Syndrome. In: *Hirsch, M. (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Springer, Berlin-Heidelberg-New York.*
- Plassmann, R.:** Psychoanalyse artifizierter Krankheiten. Habilitationsschrift. *Med. Hochschule Hannover 1991. Shaker, Aachen 1993.*
- Plassmann, R. (1996):** Münchhausen Syndromes and Factitious Diseases. In: *Plassmann, R. (Ed.): Factitious disease. Karger Verlag, Basel, Freiburg, Paris London, Seite 7 - 26*
- Plassmann, R. (1994):** Münchhausensyndrome und artifizelle Erkrankungen. In: *Uexküll, Thure von (Hg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Urban und Schwarzenberg*
- Rosenberg, D. (1987):** Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 11, Seite 547 – 563.
- Sachsse, U. (1994):** Selbstverletzendes Verhalten. *Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen*
- Sachsse, U. (2000):** Selbstverletzendes Verhalten – somatopsychosomatische Schnittstell der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: *Kernberg, Dulz, Sachsse (Hrsg.): Handbuch der Borderline-Störungen 2000, Schattauer Verlag, S. 347 – 370.*
- Stone, M.H. (1977):** Factitious illness. Pathological findings and treatment recommendations. *Bull. Menn. Clin.* 41, p. 239-254.
- Yassa, R. (1978):** Münchhausen syndrome: A successfully treated case. *Psychosom.* 19, 242.