

Skript

u.a. zur Vorlesung 429010-43212 [VO] **Praktische Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie**

Univ.-Doz. Dr.med. Hans-Bernd Rothenhäusler

Leiter des psychiatrischen Konsiliardienstes
Facharzt für Psychiatrie
ÖÄK-Diplom Psychotherapeutische Medizin
Univ.-Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität Graz
8036 Graz, Auenbruggerplatz 31A

Tel.: 0316/385-86217

Fax.: 0316/385-3950

e-mail: Hans-Bernd.Rothenhaeusler@klinikum-graz.at

Heimliches selbstschädigendes Verhalten

Einleitung

1951 beschrieb der englische Internist Richard Asher in einem Lancet-Artikel von Krankenhaus zu Krankenhaus „wandernde“ Patienten, die durch geschicktes Vortäuschen von Blutungen, abdominellen Beschwerden oder verschiedensten neurologischen Symptomen die Krankenrolle und stationäre Aufnahme erstrebten. Eindrücklich imponierten hierbei die von den Patienten eloquent vorgetragenen, bunt-schillernden Geschichten mit falschen Namen und Biographien aus ihrem bewegten Leben („... being an exsubmarine commander tortured by the Gestapo ...“). Asher prägte für diese Patienten in Anlehnung an die von Rudolf Erich Raspe (1737-1797) ins Englische übertragenen fantastischen Erlebnisberichte des weitgereisten Rittmeisters Hieronymus Karl Friedrich Baron von Münchhausen (1720-1797) erstmals den spektakulären Begriff „Munchausen`s syndrome“ (3). Richtigerweise leitete Asher seine Arbeit mit dem Hinweis ein, dass es sich bei der von ihm als „Münchhausen-Syndrom“ bezeichneten Variante vorgetäuschter körperlicher Krankheit um ein Krankheitsbild handele, das zwar den meisten Ärzten im Laufe ihrer klinischen Tätigkeit begegne, über das jedoch bis dahin nur äusserst selten berichtet worden sei. Auf Ashers Publikation setzte in der medizinischen Fachliteratur eine Flut von Kasuistiken über „Münchhausen-Patienten“ ein, die mit zahlreichen Neugier provozierenden Wortschöpfungen charakterisiert wurden (z.B. „Köpenick-Syndrom“, „Koryphäen-Killer-Syndrom“, „Ahasver-Syndrom“, „Cardiopathia phantastica“, „Pseudologia phantastica“, „Neurologica diabolica“ usw.). In einer weiteren Variante des Münchhausen-Syndroms, dem sogenannten „Münchhausen by proxy“ oder „Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom“ wies erstmals 1977 der in Leeds tätige Kinderarzt Roy Meadow auf Eltern hin, die bei ihren Kindern absichtlich körperliche Symptome erzeugen oder vortäuschen und sie häufig unter Notfallbedingungen Ärzten oder Aufnahmestationen vorstellen (24). 1980 erschien im New England Journal of Medicine eine Arbeit unter dem Titel „Factitious Mun-

chausen`s syndrome“ oder „Pseudo-Münchhausen-Syndrom“. Sie blieb ohne Relevanz. Pikanterweise stellte sie eine freie Erfindung der Autoren dar (17). Offensichtlich scheint sich in dem Bemühen einiger Autoren, immer neuere und interessantere Nomenklaturbezüge für diese Patienten zu finden, die wechselvolle Geschichte der historischen Münchhausiaden zu wiederholen, die zunächst von Baron Münchhausen für das Berliner Blättchen „Vade Mecum für lustige Leute“ 1781 geschrieben, jedoch wenige Jahre später zunächst von dem nach London emigrierten ehemaligen Kasseler Beamten Raspe, später von dem deutschen Schriftsteller Gottfried August Bürger (1747-1794) um frei erfundene, aufsehenerregende Erlebnisse, wie z.B. der Ritt auf der Kanonenkugel, grosszügig erweitert wurden (6). Der sich heimlich selbst schädigende „Münchhausen-Patient“ verweist indes auf ein sehr ernst zunehmendes Problem unserer medizinischen Versorgungssysteme. Er taucht regelhaft in allen Fachgebieten der klinischen Medizin auf. Deshalb sind grundlegende Kenntnisse über diagnostische und therapeutische Fragestellungen bei dieser schwierigen Patientenpopulation für jeden klinisch tätigen Arzt im allgemeinen und für den Konsiliarpsychiater im speziellen erforderlich (7, 14-17, 21, 27, 36-38, 42). Nicht selten verstreichen nämlich bis zu 10 Jahre, bis die Krankheit entdeckt wird. Während dieser Zeit können immense Behandlungskosten entstehen, die nicht zuletzt auf iatrogene Schädigungen und hieraus resultierende Sekundärfolgen bzw. –behinderungen zurückzuführen sind (9*, 10, 13*, 20*, 25, 26*).

Begriffsdefinition

Heimliche selbstschädigende Handlungen, die zu nachweisbaren Verletzungen des Körpers (z.B. artifizielles Lymphödem durch Abschnürung einer Extremität) oder zu Krankheitssymptomen (z.B. Hyperthyreosis factitia durch Einnahme von Schilddrüsenhormonen) führen oder körperliche (z.B. Fieber durch Thermometermanipulation) und/oder psychische Symptome (z.B. akute Suizidalität

nach vorgeschützter Vergewaltigung) vortäuschen oder willentlich aggravieren, werden in der 4. Auflage des Diagnostischen Manuals der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (DSM-IV) (2) als *vorgetäuschte Störungen* bzw. in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) (41) als *artifizielle Störungen* bezeichnet. Weitere Synonyme sind selbstmanipulierte Krankheiten, Artefaktkrankheiten und Mimikry-Krankheiten. Hierzu zählen auch Folgeerkrankungen, die aus ärztlich notwendig gewordenen invasiven diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen entstehen (z.B. Vortäuschen eines Phäochromozytoms durch Selbstinjektion von Katecholaminen mit nachfolgenden Adrenalektomien und daraus resultierender Addison Krankheit). Neben der heimlichen Selbstschädigung und möglichen induzierten iatrogenen Schädigung wird also immer auch ein Moment der interpersonalen *Täuschung* impliziert. Der sich selbst schädigende „Münchhausen-Patient“ weiss in aller Regel, dass er die Krankheitssymptome bei sich selbst zielgerichtet hervorruft und gleichzeitig mit den Beschwerden seinen Arzt täuscht. Doch geschehen diese Handlungen „wie unter Zwang“, so dass nach *Scharfetter* (34) „nicht ohne weiteres die Intentionalität eines freien Willensentscheides“ unterstellt werden kann. Die Motivation für dieses Handeln kann in der Übernahme der Krankenrolle bestehen, wobei das Krankenhaus nicht selten zur „Ersatzheimat“ wird. Es müssen aber zusätzlich eine Reihe anderer psychodynamischer Gründe angenommen werden. In Abgrenzung zur Simulation, die nach dem Verständnis des DSM-IV bzw. der ICD-10 *keine* psychische Störung darstellt, ist die Motivik des heimlichen selbstschädigenden Handelns aber nicht auf das bewusst intendierte Erlangen von sozioökonomischen Vorteilen oder Vergünstigungen (z.B. Befreiung vom Wehrdienst) zurückzuführen.

Gegenwärtig werden im DSM-IV vier Subtypen der vorgetäuschten Störungen in Abhängigkeit der vorherrschenden Symptomatik unterschieden:

1. Vorgetäuschte Störung mit vorwiegend psychischen Zeichen und Symptomen (z.B. posttraumatische Belastungsstörungen nach fiktiven Kampfeinsätzen)
2. Vorgetäuschte Störung mit vorwiegend körperlichen Zeichen und Symptomen (z.B. Speichelzusatz zum Harn erfolgt zur Vortäuschung einer Pankreatitis)
3. Vorgetäuschte Störung mit sowohl psychischen wie körperlichen Zeichen und Symptomen (z.B. akute Suizidalität und selbstmanipulierte Verletzung im Vaginalbereich bei vorgeschützter Vergewaltigung)
4. Nicht näher bezeichnete vorgetäuschte Störung: Dieser Subtypus bezieht sich auf die vorgetäuschte Störung „by proxy“ (durch Nahestehende induziert) durch Eltern an Kindern oder durch Erwachsene an Erwachsenen. Möglicherweise könnte dieser Subtypus künftighin auch das erst jüngst im Lancet beschriebene „Munchausen syndrome by phone“ beinhalten, bei dem sich ein vormals als „epileptischer Münchhausen-Patient“ bekannter Anrufer als Arzt ausgab und Krankenhausärzte telefonisch davon überzeugte, ein Intensivbett für einen vermeintlich an Status epilepticus leidenden Patienten bereitzuhalten (28).

Im DSM-IV ist der Terminus des „Münchhausen-Syndrom“ explizit nicht mehr erwähnt. Indes wird er nach wie vor sowohl in der medizinischen Fachliteratur als auch in der ICD-10 (wenn auch nicht näher erläutert und lediglich als zur artifiziellen Störung dazugehöriger Begriff aufgelistet) verwandt. Unter *Münchhausen-Syndrom im engeren Sinne* wird eine *chronische* vorgetäuschte Störung mit körperlichen Symptomen verstanden, die durch folgende *Trias* charakterisiert wird:

1. Pseudologia fantastica (zwanghafte Neigung zum hochstaplerischen Erzählen von erfundenen Geschichten mit falschen Biographien)

2. Tendenz zu exzessiven Reisen bei mangelnder sozialer Verwurzelung mit kontinuierlichem Krankenhauswechsel (Hospitalismus migrans, Hospitalhopper-Syndrom, Krankenhaus - „Wandern“)
3. Regelmäßig Querelen und Selbstentlassungen gegen ärztlichen Rat

Epidemiologie

Epidemiologische Studien zu genauen Prävalenz- und Inzidenzziffern gestalten sich schwierig, da gerade das Phänomen der absichtlichen Täuschung mit oftmals falschen Angaben zu Name und Adresse als typisches Merkmal der vorgetäuschten Störungen gilt. Sicherlich hängt die Prävalenzrate und Aufdeckungsinzidenz für vorgetäuschte Störungen von zahlreichen Faktoren ab: dem medizinischen Behandlungssetting (z.B. Kreiskrankenhaus der Grundversorgung *versus* universitäres Grossklinikum mit spezialisierten Behandlungseinheiten), der besonderen Berücksichtigung spezieller Hochrisikogruppen (z.B. Patienten mit unklaren Fieberschüben), dem Grad der Vertrautheit mit dem Problem der Diagnose bzw. dem Verdachtsindex auf das Vorliegen einer selbstschädigenden Verursachung und dem Vorhandensein liaisonpsychiatrischer Dienste im Allgemeinkrankenhaus. Das Münchhausen-Syndrom im engeren Sinne (siehe oben), über das in der Fachliteratur häufig kasuistisch wegen „sensationell“ anmutender Krankheitsbilder berichtet wird, scheint gegenüber den weniger spektakulär verlaufenden vorgetäuschten Störungen im weiteren Sinne in bezug auf die Häufigkeit überrepräsentiert zu sein. In einer kürzlich publizierten Übersicht über 93 Patienten mit einer artifiziellen Störung, die in den Jahren 1978 bis 1996 von konsiliarpsychiatrisch tätigen Ärzten am Münchener Universitätsklinikum Grosshadern identifiziert wurden, wurde eine Inzidenz von ca. 0.6% artifizieller Störungen bei den konsiliarisch vorgestellten Patienten berichtet. Folglich musste bei durchschnittlich fünf von ca. 2000 konsiliarisch betreuten Patienten pro Jahr die Diagnose einer vorgetäuschten Störung gestellt werden. Dabei fanden

die Autoren „nur“ bei 11% der Gesamtgruppe die Kriterien für ein Münchhausen-Syndrom im engeren Sinne erfüllt. Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung bestand eine deutliche Häufung vorgetäuschter Störungen bei Frauen (82%), dagegen überwog der Anteil der Männer beim zwanghaften Krankenhauswandern im Sinne des Münchhausen-Syndroms (90%). 50% der weiblichen Patienten stammten aus medizinischen/pflegerischen Berufen, gegenüber nur 6% bei den Männern (19). Zu ganz ähnlichen Resultaten kam eine konsiliarpsychiatrische Forschungsgruppe aus Toronto, die eine Inzidenz von 0.8% an vorgetäuschten Störungen bei einer Gesamtgruppe von 1.288 stationär in einem Allgemeinkrankenhaus der Maximalversorgung behandelten Patienten errechnete (35). In einer jüngst publizierten Untersuchung zu Veränderungen von Diagnosegruppen und Therapiemodalitäten in der psychiatrischen Konsiliartätigkeit an einem Allgemeinkrankenhaus im 8-Jahresvergleich konnte u.a. gezeigt werden, dass mit wachsender Vertrautheit mit dem psychiatrischen Krankheitsbild der vorge-täuschten Störungen die Anzahl der entdeckten „Münchhausen-Patienten“ von neun im Jahr 1990 auf fünfzehn im Jahr 1998 anstieg (33). Wird bei speziellen Hochrisikogruppen wie z.B. Patienten mit unklaren Fiebersymptomen die Diagnose einer vorgetäuschten Störung systematisch berücksichtigt, so scheint die Häufigkeit wesentlich höher zu liegen, als in den Lehrbüchern berichtet. So fanden Aduan et al. (1) bei Patienten mit unklarem Fieber einen Anteil artifizieller Fieberzustände von 9.3%. Im Gegensatz hierzu scheinen vorgetäuschte Störungen mit vorrangig psychologischen Symptomen wesentlich seltener vorzukommen. Bhugra (5) errechnete in seiner Untersuchung an stationär-psychiatrisch behandelten Patienten eine Prävalenzrate von 0.5%.

Klinisches Bild

Die in den modernen Klassifikationssystemen von DSM-IV und ICD-10 formulierten diagnostischen Kriterien für den sich selbst schädigenden „Münchhausen-

sen-Patienten“ im Kontext einer vorgetäuschten Störung sind in **Tabelle 1** zusammengefasst.

Oftmals stellen sich diese Patienten mit *akuten* körperlichen und/oder psychischen Symptomen nachts oder am Wochenende in der Nothilfe von Kliniken vor, wo sie den zeitlich stark beanspruchten Dienstärzten in dramatisierender Form eine lehrbuchmässige Schilderung ihrer Beschwerden darbieten (18, 30). Auffällig ist, dass sie trotz der Akuität und Schwere der geschilderten Symptomatik nicht von Angehörigen oder Freunden begleitet werden.

Vorgetäuschte Störung mit vorwiegend körperlichen Zeichen und Symptomen

„Münchhausen-Patienten“ im engeren und weiteren Sinne können die unterschiedlichsten somatischen Krankheitsbilder mimikryartig nachahmen. **Tabelle 2** gibt eine Übersicht über häufig und selten vorgetäuschte körperliche Symptome und Krankheitsbilder an einer internistischen Universitätsklinik. Gleichfalls häufig finden sich vorgetäuschte neurologische (Kopfschmerzen und Krampfanfälle), gynäkologische (Vaginalblutungen, Polymenorrhoe), chirurgische (Manipulationen an Wunden und Operationsnarben, Selbstinjektion von Fremdkörpermaterial zur Erzeugung von Abszessen), dermatologische (Lymphödem durch Strangulieren von Extremitäten, Aufbringen von Säuren und Laugen) und HNO-Symptome (Otitis externa, Rhinitis purulenta). Ausserdem wurde in den letzten Jahren wiederholt auch über vorgetäuschte HIV-Infektionen berichtet (z.B. 43).

Die Methoden der Manipulation sind vielfältig. Sie reichen von der Thermometermanipulation zur Vortäuschung von Fieber über Abschnüren einer Extremität zur Erzeugung eines Lymphödems bis hin zu akut lebensbedrohlichen Sepsis mittels Manipulation an zentral-venösen Zugängen. Weitere Beispiele für häufigere und seltenere Methoden der Manipulation sind in **Tabelle 3** dargestellt.

In den seltensten Fällen werden „Münchhausen-Patienten“ im ärztlichen Erstkontakt identifiziert. Typischerweise erhärten sich *Verdachtsmomente* erst dann,

- wenn ein Patient zufällig beobachtet wird, wie er an sich selbst manipuliert,
- wenn Paraphernalien (z.B. Blutabnahmebesteck oder Medikamente) in den persönlichen Effekten (z.B. in Zigarettenschachteln, in einer Tamponpackung) eines Patienten gefunden werden,
- wenn Laborbefunde erhoben werden, die den Verdacht einer Selbstmanipulation nahelegen (z.B. erhöhtes Insulin bei niedrigem C-Peptid im Blut),
- wenn diagnostische Konstellationen vorliegen, die den Arzt grundlegend skeptisch stimmen (z.B. im Falle von chronischen Wundheilungsstörungen wiederholt in der Wunde Fremdkörper, ungewöhnliche Erreger, Infektausbreitung entgegen dem Lymphstrom oder scharfrandige Wundränder auf vormals intakter Haut),
- wenn keine bekannte somatische Krankheit die erhobenen Befunde erklären kann und die Diagnose einer vorgetäuschten Störung mit körperlichen Symptomen per exclusionem gestellt werden muss.

Einer besonderen Bedeutung in der klinischen Beschreibung der „Münchhausen-Patienten“ ist der pathologischen, oft von sadomasochistischen Konflikten geprägten Arzt-Patienten-Interaktion einzuräumen. Die vorgetäuschten Symptome jagen sich mit hoher Geschwindigkeit und setzen den behandelnden Arzt unter Zugzwang. Die jeweilige Verdachtsdiagnose steht immer knapp vor der Bestätigung. Der behandelnde Arzt führt zunehmend invasivere und risikoreichere Eingriffe durch, um den hohen Erwartungen des Patienten nach diagnostischer Klä-

nung ihrer Beschwerden zu entsprechen. Parallel zu den intensivierten ärztlichen Aktivitäten tauchen beim Behandler unbewusste Grandiositätsgefühle auf, womöglich einen äusserst seltenen, vielleicht noch nie veröffentlichten „Fall“ vor sich zu haben. Kommt ihm schliesslich der Verdacht, einer von dem Patienten selbst manipulierten Krankheitssymptomatik „hinterherzuhecheln“, unternimmt er oftmals detektivisch-kriminalistisch anmutende Aktionen (z.B. Durchsuchung des Nachttisches, des Schrankes und der persönlichen Gegenstände des Patienten in seiner Abwesenheit, selbstverständlich in Gegenwart von Zeugen), um den Patienten zu „überführen“. Bestätigt sich der Verdacht, sieht er sich oftmals mit heftigen aggressiven Gefühlen dem Patienten gegenüber konfrontiert. Oftmals wird dem „überführten“ Patienten schonungslos die korrekte Diagnosestellung mitgeteilt („Der Vorhang fällt!“). Es kommt zum Behandlungsabbruch, zum Arztwechsel, zum Klinikwechsel, und das „Spiel“ beginnt anderswo von neuem.

In einer psychopathologischen Sichtweise gilt es zu beachten, dass es sich bei den „Münchhausen-Patienten“ um eine heterogene Patientenpopulation handelt, so dass unterschiedliche Verläufe möglich sind. Die in einer sorgfältigen konsiliarpsychiatrischen Evaluation aufgedeckte psychiatrische Komorbidität erfasst antisoziale, Borderline, histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen, vielfältige Störungen der Impulskontrolle, depressive, Angst- und Zwangsstörungen, dissoziative Störungen, nicht-organische Schlaf- und sexuelle Funktionsstörungen, Abhängigkeits- und Essstörungen. Je nach Schwere der mit der vorgetäuschten Störung assoziierten psychiatrischen Störung kann es zu einmaligem Auftreten leichter künstlich induzierter Symptome, zu intermittierenden Verlaufsformen mit meist nicht lebensbedrohlichen artifiziellen Symptomen und zu chronischen Krankheitsverläufen mit rezidivierend auftretenden lebensbedrohlichen somatischen Krisen kommen. Nicht minder gilt es zu beachten, dass die Prognose bei diesen Patienten auch von der grossen Gefahr einer iatrogenen

Schädigung und hieraus resultierender Sekundärfolgen bzw.-behinderungen („Iatrogene *Selbstverstümmelung*“ nach *Wasmuth* (39)) abhängt. In der Literatur wird der Anteil an letalen Komplikationen mit 10-15% angegeben (10). Zur Illustration seien einige dramatische Beispiele für induzierte iatrogene Schädigungen und Behinderungen in **Tabelle 4** aufgeführt.

Vorgetäuschte Störung mit vorwiegend psychischen Zeichen und Symptomen

Patienten mit vorrangig vorgetäuschten psychologischen Symptomen sind selten. Einige wenige Berichte existieren über Patienten, die psychotische Symptome (z.B. Stimmenhören), depressive Verstimmungen (z.B. nach fiktivem Verlust naher Angehöriger) oder posttraumatische Belastungssymptome assoziiert mit suizidalem Syndrom (z.B. nach vorgeschützter Vergewaltigung) schilderten und hierüber eine stationär-psychiatrische Aufnahme bewirkten (12). Selbstmanipulierte Provokationen psychotischer Zustandsbilder mittels psychotroper Substanzen wurden gleichfalls erwähnt (10). Inwieweit das Ganser-Syndrom, charakterisiert durch Vorbeireden, Konversionssymptome, verändertes Bewusstseinsniveau und gelegentliche optische und akustische Pseudohalluzinationen, als besondere Variante dieser Subgruppe vorgetäuschter Störungen gelten kann, muss vorerst offen bleiben (z.B. 40). Einige Autoren betrachten vorgetäuschte Störungen mit psychologischen Symptomen als eine Unterform der Simulation (4).

Nicht näher bezeichnete vorgetäuschte Störung

Die vorgetäuschte Störung „by proxy“ bzw. das „Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom“ kommt hauptsächlich in der Pädiatrie vor, insbesondere wenn damit die häufigere Sonderform der artifiziellen Schädigung durch Eltern, vor allem

Mütter, an ihren Kindern gemeint ist. Auch wenn es ärztlich begrüsst werden kann, dass dieses Verhalten mittlerweile im DSM-IV nicht mehr als blosse Kindesmisshandlung mit ausschliesslich juristischer Wertigkeit betrachtet, sondern als Folge einer psychischer Störung im Spektrum der vorgetäuschten Störungen akzeptiert wird, muss dennoch der besondere Aspekt der Fremdgefährdung Schutzbefohlener berücksichtigt werden. Dies impliziert mitunter auch eine polizeiliche Anzeige und die Einschaltung juristischer Instanzen zum Schutz der gefährdeten Kinder. Die Mortalitätsrate infolge fremderzeugter Störungen bei Kindern ist mit bis zu 10% erschreckend hoch (29). In der ICD-10 wird das „Münchhausen by proxy“ nach wie vor unter Kindesmisshandlung (T 74.8) geführt.

Ätiopathogenese

Die Ätiopathogenese vorgetäuschter Störungen ist multifaktoriell. **Tabelle 5** gibt eine orientierende Übersicht über die in der Fachliteratur diskutierten Entstehungsbedingungen bzw. zugrundeliegenden psychischen Störungen für heimliche selbstschädigende Handlungen (z.B. 8, 10, 13, 19, 25, 26, 32). In der gegenwärtigen Diskussion wird für die Gruppe der vorgetäuschten Störungen im Sinne einer vereinheitlichten Konzeptualisierung ein gleitendes Spektrum von Simulation, somatoformen Störungen, dissoziativen Störungen und vorgetäuschten Störungen angenommen (z.B. 20).

Differenzialdiagnostische Erwägungen

In der Differentialdiagnose müssen zunächst selbstschädigende Handlungen ausgeschlossen werden, die Manifestationen psychotischer Erkrankungen, zufällige Begleitumstände akuter Intoxikationen, psychischer oder Verhaltensstörungen bei Missbrauch oder Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ein-

schliesslich Entzugssyndrome, und selbstverletzende Handlungen bei spezifischen somatischen Erkrankungen wie z.B. Lesch-Nyhan Syndrom, Rett Syndrom, Cornelia de Lange Syndrom, Temporallappenepilepsie, Neuroleues sind.

In der engeren Differentialdiagnose sind *offene* Selbstbeschädigungen bei Patienten mit Impulsstörungen bzw. Patienten in emotionalen Konfliktsituationen mit Selbstbeschädigungen der Haut durch Schneiden, Ritzen, Kratzen, Brennen usw, Haarausreissen und Onychophagie, *süchtige* Selbstbeschädigungen bei essgestörten Patienten bzw. bei Suchtpatienten zum Erhalt analgosedierender oder anderer psychotroper Substanzen, *unbewusste* Selbstschädigungen bei chronisch somatisierenden Schmerzpatienten mit einem unbewussten Operationswunsch („psychogen motivierter Operationswunsch“ nach *Küchenhoff (22)*), und schliesslich *simulierende* Patienten abzugrenzen. Bei der intendierten Simulation ist zu beachten, dass sie gewöhnlich nur unter besonderen Bedingungen wie z.B. anhängigen juristischen Verfahren, schwebenden Wiedergutmachungsprozesse, Justizvollzugsanstalten, Wehrbereich vorkommt.

Therapeutische Strategien

Traditionellerweise ist die Einschätzung psycho- und pharmakotherapeutischer Ansätze in der Behandlung von Patienten mit vorgetäuschten Störungen, insbesondere von „Münchhausen-Patienten“ im engeren Sinne, zurückhaltend-pessimistisch. Nicht selten begnügten sich die behandelnden Ärzte früher mit der „Überführung“ der Patienten und der schonungslosen Konfrontation, was zumeist zu Behandlungsabbruch und Arztwechsel bei den Patienten („Arzttourismus“) führte. Häufig wurde der psychiatrische Konsiliarier ausschliesslich in der Absicht hinzugezogen, eine Unterbringung der Patienten in eine psychiatrische Klinik zu organisieren. Angesichts der Tatsache, dass bei keiner anderen Erkrankung so gravierend gegen die normativen Voraussetzungen der Arzt-

Patienten-Beziehung, der Krankenrolle und des institutionellen Kontextes von Kranksein und Gesundwerden verstossen wird wie bei den vorgetäuschten Störungen, ist es nicht so verwunderlich, dass sogar das Anlegen sogenannter „schwarzer Listen“, die Einschaltung juristischer Instanzen zur Erstattung entstandener Behandlungskosten und die Applikation psychedelischer Wirkstoffe zur Durchbrechung der vorgeblichen Lügen empfohlen wurden (z.B. 23). In den letzten Jahren setzt sich erfreulicherweise bei den somatisch tätigen Kollegen zunehmend die Einsicht durch, dass die bedingungslose Konfrontation nur einen Behandlungsabbruch und eine nicht endende Spirale erneuter Krankenhausaufenthalte erzeugt. So wurden jüngst in einer im Zentralblatt für Chirurgie erschienenen Arbeit über Factitiawunden in der Plastischen Chirurgie folgende Behandlungsrichtlinien empfohlen: sorgfältiger Ausschluss organischer Ursachen, rein symptomatische Behandlung und Vermeidung invasiver Massnahmen, kein kriminalistisches Aufdecken der Selbstbeschädigungstechnik, keine Konfrontation mit der Selbstbeschädigung, Herstellen einer einfühlsamen Arzt-Patienten-Beziehung und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem betreffenden Hausarzt und einem erfahrenen Psychologen oder Psychiater zur Initiierung einer langandauernden psychotherapeutischen Behandlung (16).

Unseres Erachtens ist für die Einleitung einer kontinuierlichen Behandlung dieser Patienten durch einen Psychotherapeuten nach Klinikaufenthalt entscheidend, frühzeitig den Patienten im Rahmen eines integrierten somatisch-konsiliarpsychiatrischen Behandlungssettings „gesichtswahrende Brücken“ zu bauen. Hierzu gehört primär, dass der Konsiliarpsychiater in der ersten Phase, die zumeist mit der Zeit sich zuspitzender Spannungen in den Interaktionen von Patienten und Behandler team auf der somatischen Station zusammenfällt, aufklärend vermittelt und sich um Verständnis für die schwerwiegende Psychopathologie und Interaktionsdynamik der Patienten bemüht. Der Konsiliarpsychiater sollte beispielsweise darauf hinweisen, dass die heimliche Selbstschädigung als

pathologischer Hilferuf nach medizinischer Zuwendung, Betreuung, Fürsorge und Behandlung vor dem Hintergrund oft massiver sexueller und/oder physischen Missbrauchserfahrungen während der Kindheit, in der der Klinikaufenthalt oftmals als die einzige Zufluchtsstätte vor elterlicher Gewalt diente, aufgefasst werden kann. Das Werben für eine empathische Grundeinstellung innerhalb des somatischen Teams für diese Patienten ist umso wichtiger, wenn durch die Schwere der künstlich hervorgerufenen Verletzungen ein längerer stationärer Aufenthalt indiziert ist. Durch tägliche Präsenz auf der Station kann der Konsiliarpsychiater immer wieder aufkommende emotionale Konflikte und heftige Gegenübertragungsreaktionen („splitting“) rechtzeitig erkennen und bewältigen. Im unmittelbaren Kontakt mit den „Münchhausen-Patienten“ steht nicht die forcierte Konfrontation mit der Selbstbeschädigung und dem von Täuschung und Manipulation getragenen Krankheitsverhalten im Vordergrund. Vielmehr ist es die Aufgabe der Konsiliarpsychiaters, die Patienten durch eine vorsichtige, nicht-anklagende Ansprache nach eventuellen Belastungen, möglichen allgemeinen „psychosomatischen“ Zusammenhängen und Bedingungen seiner Körpersymptome eine Beziehungsbrücke zu bauen. Ein interessanter nicht-konfrontativer supportiver Ansatz unter den Bedingungen der integrierten somatisch-konsiliarpsychiatrischen Behandlungsphase stammt von Eisendraht (11): in der sogenannten therapeutischen Doppelbindung („therapeutic double-bind“) wird den Patienten von seiten des behandelnden Arztes eine spezielle Behandlung (z.B. innovativer Okklusivverband oder neuartiges Medikament) mit dem Hinweis angeboten, sie wirke nur dann, wenn die körperlichen Symptome nicht vorgetäuscht seien. Die Patienten haben nun die Wahl entweder durch Ansprechen auf die Behandlung zu beweisen, dass die Symptome nicht vorgetäuscht sind, oder durch Nichtansprechen auf die Therapie zu beweisen, dass sie an einer vorgetäuschten Störung leiden.

Die weiterführende Therapie der Patienten mit vorgetäuschten Störungen entspricht im wesentlichen jener für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Diese umfasst ambulante und stationäre Einrichtungen der psychotherapeutischen Medizin und Psychiatrie. Die Verschränkung einer ambulant und stationär psychotherapeutischen Behandlungskette erweist sich als vorteilhaft (26). Auch wenn die häufig fehlende Behandlungsmotivation zur Inanspruchnahme der verfügbaren Versorgungsstrukturen ein grundsätzliches Problem darstellt, besitzen generell psychotherapeutische Massnahmen in der Behandlungsrationale einen klaren Vorrang. Psychopharmakologische Ansätze sind nur bei Vorliegen einer ernsthaften psychiatrischen Komorbidität sinnvoll und können in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren syndromorientiert eingesetzt werden. So könnten beispielsweise bei gleichzeitig vorhandener Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Beeinträchtigungen in der Impuls-Aggressionsregulation und einer auffälligen affektiven Labilität mit rasch fluktuierender Stimmungslage selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer vorteilhaft gegeben werden (31).

Schliesslich gilt es zu beachten, dass bei einigen Patienten die selbstmanipulierte körperliche Symptomatik lebensbedrohliche Ausmasse annehmen kann, so dass unter Umständen nach medizinischer Primärversorgung Massnahmen gegen den Willen der Patienten unter Anwendung des Betreuungs- bzw. Unterbringungsgesetzes erforderlich sind.

Literatur

1. Aduan RP, Fauci AS, Dale DC, Herzberg JH, Wolff SM (1979) Factitious fever and self-induced infection: a report of 32 cases and review of the literature. *Ann Intern Med* 90:230-242
2. APA – American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV (4th ed.). American Psychiatric Association, Washington DC
3. Asher R (1951) Munchausen`s syndrome. *Lancet* I:339-341
4. Bass C, Gill D (2000) Factitious disorder and malingering. In: Gelder MG, Lopez-Ibor Jr JL, Andreasen NC (Hrsg) *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford New York, S 1126-1132
5. Bhugra D (1988) Psychiatric Munchausen`s syndrome. Literature review with case reports. *Acta Psychiatr Scand* 77:497-503
6. Boccarius P (2001) Die Abenteuer des Barons von Münchhausen. *History* 3:7-13
7. Bock KD, Overkamp F (1986) Vorgetäuschte Krankheit – Beobachtungen bei 44 Fällen aus einer Medizinischen Klinik und Vorschlag einer Subklassifikation. *Klin Wochenschr* 64:149-164
8. Diefenbacher A, Heim G (1997) Neuropsychiatric aspects in Munchausen`s syndrome. *Gen Hosp Psychiatry* 19:281-285
9. Eckhardt A (1989) Das Münchhausen-Syndrom – Formen der selbstmanipulierten Krankheit. Urban & Schwarzenberg Verlag, München Wien Baltimore
10. Eckhardt-Henn A (1999) Artifizielle Störungen und Münchhausen-Syndrom – Gegenwärtiger Stand der Forschung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 49:75-89
11. Eisendraht SJ (1995) Factitious disorders and malingering. In: Gabbard GO (Hrsg): *Treatment of psychiatric disorders* (2nd edtn, Vol 2; pp 1803-1819) Washinton DC American Psychiatric Press
12. Feldman MD, Ford CV (2000) Factitious disorders. In: Sadock BJ Sadock VA (Hrsg) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7th edition). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, S 1533-1543
13. Fiedler P (1999) Vorgetäuschte Störungen und Simulation. In: Fiedler P (Hrsg) *Dissoziative Störungen und Konversion*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, S 308-338

14. Frerichs O, Fansa H, Schneider W (1998) Die Artefaktkrankheit in der plastischen Chirurgie. *Chirurg* 69:274-277
15. Fuessl HS (1999) Verwirrende Schilddrüse. *MMW Fortschr Med* 141:53-54
16. Funke M, Machens HG, Fieguth A, Berger A (2000) Factitiawunden in der Plastischen Chirurgie. *Zentralbl Chir* 125:900-903
17. Hotz MA, Mauron H (1998) Das Münchhausen-Syndrom in der Hals-Nasen-Ohren-Heilunde. *HNO* 46:879-881
18. Kapfhammer HP, Dobmeier P, Mayer C, Rothenhäusler HB (1998) Konversionssyndrome in der Neurologie – eine psychopathologische und psychodynamische Differenzierung in Konversionsstörung, Somatisierungsstörung und artifizielle Störung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 48:463-474
19. Kapfhammer HP, Rothenhäusler HB, Dietrich E, Dobmeier P, Mayer C (1998) Artifizielle Störungen – Zwischen Täuschung und Selbstbeschädigung. *Konsiliarpsychiatrische Erfahrungen an einem Universitätsklinikum. Nervenarzt* 69:401-409
20. Kapfhammer HP (2000) Artifizielle Störungen und Simulation. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York, S 1386-1399
21. Kernbach-Wighton G, Kijewski H, Sprung R, Degner D, Riegel A, Saturnus KS (1998) Schwermetall-Inkorporation als ungewöhnliche Selbst(be)schädigung. *Akt Radiol* 8:131-134
22. Küchenhoff J (1993) Der psychogen motivierte Operationswunsch. *Chirurg* 64:382-386
23. McDonald A, Kline S, Billings RF (1979) The limits of Munchausen`s syndrome. *Can J Psychiatry* 24:323-328
24. Meadow R (1977) Munchhausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. *Lancet* II:343-345
25. Pankratz L (1981) A review of the Munchausen syndrome. *Clin Psychol Rev* 1:65-78
26. Plassmann R (1996) Selbstschädigendes Verhalten: Münchhausen-Syndrome und artifizielle Störungen. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiack W (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg Verlag, München Wien Baltimore, S 567-580
27. Rabe E (1999) Das artifizielle Lymphödem aus klinischer Sicht. *Wien Med Wochenschr* 149:95
28. Reuber M, Zeidler M, Chataway J, Sadler M (2000) Munchhausen syndrome by phone. *Lancet* 356:1358

29. Rosenberg DA (1987) Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse and Neglect* 2:547-563
30. Rothenhäusler HB, Kapfhammer HP (1999) Psychiatrische Notfälle – Konsiliartätigkeit am Allgemeinkrankenhaus. *Psycho* 25:550-565
31. Rothenhäusler HB, Kapfhammer HP (1999) Der Verlauf von Borderline-Störungen – Eine Literaturübersicht. *Fortschr Neurol Psychiatr* 67:200-217
32. Rothenhäusler HB, Ehrentraut S, Kapfhammer HP (2001) Dissoziation und Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie* 6:106-113
33. Rothenhäusler HB, Ehrentraut S, Kapfhammer HP (2001) Changes in patterns of psychiatric referral in a German general hospital: results of a comparison of two 1-year surveys 8 years apart. *Gen Hosp Psychiatry* 23:205-214
34. Scharfetter C (1984) Automanipulation von Krankheit. Selbstinduzierte, aggravierte, simulierte Krankheit und die Automutilation. *Schweiz Med Wochenschr* 114:1142-1149
35. Sutherland AJ, Rodin GM (1990) Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics* 31:392-399
36. Tellioglu T, Oates JA, Biaggioni I (2000) Munchausen's syndrome presenting as braoerflex failure. *N Engl J Med* 343:581
37. Urschel JD, Miller JD, Bennett WF (2001) Self-inflicted pneumothoraces. *Ann Thorac Surg* 72:280-281
38. Vieker S, Hilger-Wittkowsky B, Krüger A, Moll I, Vieluf I, Püst B (1999) Artificielle Ekchymosen als Ausdruck einer familiären Krise. *Klin Pädiatr* 211:44-46
39. Wasmuth K (1948) Iatrogene Selbstverstümmelung. *Med Klinik* 43:371-372
40. Weber J (2001) Dissoziative und verwandte Störungen in der forensisch-psychiatrischen Begutachtung. *Psychotherapie* 6:136-146
41. Weltgesundheitsorganisation – WHO (1993) Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10 (2. Überarbeitete und erweiterte Auflage; Hrsg.: Dilling H, Mombour W, Schmidt H). Huber Verlag Bern
42. Zahner J, Muehlenberg K (2001) Cardiopathia fantastica – Fallbericht und Literaturübersicht. *Z Kardiol* 90:58-64
43. Zuger A, O'Dowd MA (1992) The baron has AIDS: a case of factitious human immunodeficiency virus infection and review. *Clin Infect Dis* 14:211-216

Tabellen

Tabelle 1. Diagnostische Kriterien für den sich selbst schädigenden „Münchhausen-Patienten“ im Kontext einer vorgetäuschten Störung unter Berücksichtigung von DSM-IV und ICD-10

Vortäuschung, Aggravation und/oder künstliches Hervorrufen von körperlichen und/oder psychischen Krankheitssymptomen
Suchtartiges Verlangen nach ständig neuen Krankenhausaufenthalten
Auffällige Bereitschaft, sich invasiven, insbesondere auch unangenehmen und schmerzhaften diagnostischen und therapeutischen einschliesslich operativen Eingriffen zu unterziehen
Ergiebige Operationsanamnese mit vorhandenen Narben („Grillrostbauch“)
Pathologische, oft von sadomasochistischen Konflikten geprägte Arzt-Patienten-Beziehung
Fehlende verstehbare äussere Motive für das sich selbst schädigende Verhalten wie finanzielle Vorteile, Vermeidung von Haft, Verhör, Verhandlung, Wehrdienst usw. Das Verhalten zielt allein auf die Einnahme der Krankenrolle ab.
Ausschliesslich beim Münchhausen-Syndrom im engeren Sinne: Pseudologia phantastica, Hospitalismus migrans, Querelen und Selbstentlassungen gegen ärztlichen Rat

Tabelle 2. Übersicht über häufig und selten vorgetäuschte körperliche Symptome und Krankheitsbilder an einer medizinischen Universitätsklinik (Modifiziert nach (7))

Häufiger	Seltener
Hypokaliämie	Hyperthyreose
Rektale Blutung	Hypoglykämie
Magenblutung	Ikterus
Hämoptyse	Hämolyse
Hämaturie	Hypertonie
Hypotonie	Herzrhythmusstörungen
Tachy-, Bradykardie	„Infektionskrankheit“
Chronische Diarrhoen	Endometriose
Colitis, Enteritis	Morbus Addison
Harnwegsinfektion	Conn-Syndrom
Blutgerinnungsstörung	Akute intermittierende Porphyrrie
Anämien	Myocarditis
„Tumor“, Kachexie	Bartter-Syndrom
Ungeklärter Status febrilis	Synkope
Periphere Durchblutungsstörung	Bauchdeckenabszesse
Pankreatitis	„Kollagenose“

Tabelle 3. Beispiele für Methoden der Manipulation

Hypoglykämie durch Injektion von Insulin subkutan
Hypokaliämie durch grosse Mengen von Lakritzen oder Einnahme von Diuretika
Gelbliche Hautfarbe durch übermässiges Trinken von Karottensaft
Hohe Amylasewerte durch Speichelzusatz zum Harn
Thermometermanipulation zur Vortäuschung von Fieber durch rhythmische Analsphinkterkontraktionen
Erzeugung von Fieber und Tachykardien zur Vortäuschung einer Myocarditis durch Einnahme grosser Mengen fluorhaltiger Zahnpasta
Pneumothorax durch Kanülierung der Brustwand
Induktion wechselnder Episoden hypertensiver Krisen/Tachykardien und Hypotonien/Bradykardien zur Vortäuschung eines Baroreflexversagens durch intermittierende Einnahme von Clonidin
Hyperthyreose durch Einnahme von Levothyroxin
Hypercortisolismus durch Einnahme cortisonhaltiger Präparate
Hämoptysis zur Vortäuschung eines Goodpasture Syndroms durch vorher geschlucktes Eigenblut
Parkinsonähnliches Beschwerdebild durch parenterale Selbstbeibringung von Quecksilber
Anämie durch Selbstentnahme von Blut mittels Kanülen, Nadeln, Kathetern oder durch Einnahme von Phenprocoumon
Chronische Wundheilungsstörung durch wiederholte Kontamination mit Erregern
Ekchymosen durch wiederholtes Zusammenschieben und Kneifen eines rautenförmigen Hautareals auf der Bauchhaut mit Daumen und Zeigefinger beider Hände
Rezidivierende Wangenschwellung durch Selbstinjektion von Silikonen

Tabelle 4. Beispiele für induzierte iatrogene Schädigungen und Behinderungen (Nach (19))

Patientin: Mammektomie, Hysterektomie, Ovarrektomie (selbstmanipulierte Abszesse und Blutungen)
Patientin: Oberschenkelamputation bei Osteomyelitis (selbstmanipulierte Wundheilungsstörung)
Patientin: Unterschenkelamputation rechts (selbstmanipuliertes Knieempyem), drohende Unterschenkelamputation links ein Jahr später (selbstmanipuliertes Knieempyem)
Patient: Gastrektomie (habituelles Löffelverschlucken)
Patient: Beinlähmung (nichtindizierte Phenprocoumoneinnahme)

Tabelle 5. Orientierende Übersicht über die in der Fachliteratur diskutierten Entstehungsbedingungen bzw. zugrundeliegenden psychischen Störungen für heimliche selbstschädigende Handlungen

Hirnorganische Störung	Kasuistische Einzelberichte über EEG-Veränderungen, unterdurchschnittliches Intelligenzniveau, bilaterale unspezifische Veränderungen im MRT, unspezifische Veränderungen im SPECT
Persönlichkeitsstörung	Komorbiditätshinweise auf Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen (Borderline > narzisstisch > histrionisch > antisozial), die häufig mit chronischen selbstschädigenden Verhaltensmuster vergesellschaftet sind und im besonderen Masse bedeutsame Ichstrukturelle Defizite aufweisen
Dissoziative Störungen	Hinweise auf unbewusst, also im Zustand der Dissoziation ablaufende selbstschädigende Handlungen
Psychosoziale/entwicklungspsychologische Aspekte	Hinweise auf hohe Rate an traumatisierenden Erlebnissen wie körperlichem und sexuellem Missbrauch, starke Häufung eigener schwerwiegender somatischer Erkrankungen, prägender Alkoholmissbrauch innerhalb der Ursprungsfamilie