

# L. Artificielle Krankheiten und Münchhausen-Syndrome

REINHARD PLASSMANN

## 1. Einleitung

Die Feststellung, daß einige der körperlichen Krankheiten durch Manipulation der Patienten zustandekommen, hat Organmediziner schon lange veranlaßt, Einzelfallbeobachtungen zu publizieren, und es ist wiederholt unternommen worden, zu einer umfassenden Darstellung dieses «Artefakt» genannten Phänomens zu gelangen, indem möglichst viele solcher Krankheitsbilder beschrieben wurden, die alle die «Ätiologie» der Selbstmanipulation gemeinsam hatten. Die vollständigste Sammlung ist das «Handbuch der Artefakte» von MAYR (1937). In diesem Werk von 470 Seiten sind die meisten klinischen Fächer vertreten (Psychiatrie und Neurologie, Dermatologie, HNO, Augenheilkunde, Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Zahnheilkunde).

Unter dem Oberbegriff des Artefakts werden von MAYR und seinen Koautoren alle Krankheitsbilder zusammengefaßt, die irgendwie etwas mit Selbsterzeugung zu tun haben, nämlich Simulation, Selbstbeschädigung oder Selbstverstümmelung, sei sie offen vollzogen oder dem Arzt verheimlicht, bis hin zum bewußten Versicherungs- und Rentenbetrug durch falsche Angaben. Dieser Klassifikationsversuch hat einen nicht geringen wer-

tenden Charakter, die Täuschung des Arztes wird als verwerflich angesehen.

Der *Mißbrauch des eigenen Körpers* ist das zentrale Phänomen in verschiedenen klinischen Syndromen, die in den letzten Jahrzehnten beschrieben worden sind. Dabei ist stets der Arzt auf verschiedene Weise in das Agieren des Patienten einbezogen, die *Störung der Beziehung zum Arzt* wird zum Bestandteil des Krankheitsbildes. Die spezifische Pathologie der Arzt-Patient-Beziehung können wir auf unbewußte Phantasien des Patienten über den Arzt (und die Bereitschaft des Arztes, darauf einzugehen) zurückführen und als Bestandteil der Krankheit auffassen und interpretieren. Die Täuschung des Arztes durch die heimliche Selbsterzeugung von Krankheit und die Tendenz zum Beziehungsabbruch und Behandlungswandern sind auffälligste Merkmale dieser Beziehungs-pathologie. Fast alle klinischen Begriffe, die in den letzten Jahrzehnten vorgeschlagen wurden, versuchen, diese Elemente der Beziehungsstörung in Worte zu fassen, haben aber in ihrer Vielfalt wenig zu einer Systematik beigetragen. Die wichtigsten klinisch klar definierbaren Krankheitsbilder sind: Münchhausen-Syndrom, Münchhausen-by-proxy-Syndrom, künstliche Krankheiten («heimliche Selbstmißhandlung»), offene Selbstbeschädigung (PLASSMANN, 1987).

## 2. Münchhausen-Syndrom

### 2.1 Definition

Dieser Ausdruck wurde von ASHER (1951) eingeführt und fand breiteste Verwendung, so daß mittlerweile einige hundert Fälle unter dieser Diagnose publiziert worden sind (FORD, 1982).

Asher hat auf launige Art eine klinische Beschreibung gegeben, ohne sich auf eine ganz präzise Definition festzulegen. Dies hat dazu geführt, daß spätere Autoren den neuen Münchhausenbegriff wieder wie den alten Artefaktbegriff undifferenziert für alle Zustände selbsterzeugter Krankheit gebrauchten.

ASHER beschreibt Patienten mit

- a) phantasierter oder manipulierter Symptomatik,
- b) *pathologischem Erfinden von medizinischen und sozialen Identitäten*, mit falschen Namen, falschen Biographien und mit der Tendenz zum Hochstapeln («... being an exsubmarine commander who was tortured by the gestapo»),
- c) pathologischem Behandlungswandern von Klinik zu Klinik und antisozialem Verhalten, worunter ASHER Drogenabhängigkeit, Gefängnisstrafen und psychiatrische Kliniksbehandlung versteht.

Sofern der Begriff nicht inflationär, sondern in ASHERS ursprünglichem Sinne verwendet wird, ist er definiert durch «malingered or simulated diseases, pseudologia phantastica (pathological lying), and peregrination» (FORD, 1982; PLASSMANN, 1986).

ASHER selbst hat die Klarheit seines Begriffs gefährdet, indem er Untergruppen je nach Organbetroffenheit beschrieb (laparatomophilia migrans, haemorrhagica histrionica, neurologica diabolica), so daß später versucht wurde, den Münchhausenbegriff z. B. auch für sozial integrierte, nicht wandernde Patienten mit beliebigen Selbstbeschädigungssymptomen zu verwenden oder «typische» von «untypischen» Münchhausen-Patienten zu unterscheiden (NADELSON, 1985).

### 2.2 Klinik

Münchhausenkranke sind nach FORD (1982) etwa im Verhältnis 2 : 1 Männer, durchschnittlich 30 bis 40 Jahre alt, sie haben manchmal Berufserfahrungen im Gesundheitswesen. Sie sind extrem «kliniksüchtig», führen sich in

Ambulanzen oder Spitäler mit oder ohne Selbstmanipulation, immer aber durch Schilderung hochakuter Krankheitszustände ein. Sie geben sich, wie erwähnt, falsche Namen, falsche Anamnesen und Biographien, welche geeignet sind, Interesse und Faszination beim Arzt zu erzeugen. Sie geben sich als Kriegsveteranen, Lagerhaftgeschädigte oder als Träger seltenster Krankheiten aus. Die Patienten lassen alle Eingriffe und Untersuchungen geschehen, sie sind gleichsam ideale Patienten und idealisieren ihre Ärzte, bis dann Zweifel an der Echtheit ihrer Krankheit aufkommen, welche einen plötzlichen Umschwung der Beziehung bewirken mit Entwertung des Arztes (und des Patienten durch den Arzt), mit heftigsten aggressiven Beziehungsspannungen und abruptem Beziehungsabbruch. Danach inszenieren diese Patienten den gleichen Ablauf in der nächsten Klinik. In einem Fall sind 423 aufeinanderfolgende Klinikaufenthalte nach diesem Muster recherchiert worden. Die längste publizierte Dauer einer solchen Münchhausenwanderung beträgt 34 Jahre .

## 3. Munchausen by proxy

### 3.1 Definition und Klinik

Der englische Kinderarzt MEADOW hat den Ausdruck «Munchausen by proxy» eingeführt, nachdem er festgestellt hatte, daß in einigen Fällen von «Epilepsie bei Kindern» tatsächlich die Mütter die Krampfanfälle nur behauptet oder auch heimlich manipuliert hatten durch Verlegung der Atemwege, Halsabdrücken oder Verabreichung von Medikamenten (MEADOW, 1977, 1984).

Andere Autoren haben beschrieben, daß Mütter heimlich Durchfall bei ihren Kindern manipulieren, häufig sind heimliche Vergiftungen, Hautartefakte, Infektionen durch Injektion von Exkrementen, vorgetäuschte Blutungen.

Das Munchausen-by-proxy-Syndrom wird von vielen Autoren als *Sonderform der heimlichen Kindesmißhandlung* angesehen, die KEMPE et al. (1962) unter dem Namen «battered child-syndrome» beschrieben haben.

Die Eltern (häufig die Mutter) mißhandeln ihr Kind in psychischen Zuständen, für die später eine Amnesie besteht. Sie verleugnen die Mißhandlung des Kindes und finden banale Erklärungen für die Verletzungen.

Das Munchausen-by-proxy-Syndrom ist im Vergleich zu den vielen hundert publizierten Münchhausen- und Artefakt-Patienten bisher noch relativ selten diagnostiziert worden: Von 1977 bis 1984 wurden insgesamt 80 Fälle beschrieben. Die *Manipulationen der Mütter* sind in vielen Fällen lebensbedrohlich, zahlreiche Kinder, auch Geschwisterkinder, sterben am «plötzlichen Kindstod» unter ungeklärten Verhältnissen. Bei den Müttern fällt regelmäßig eine Tendenz zur Selbstbeschädigung oder körperlichen Selbstmanipulation auf, d. h., der eigene und der kindliche Körper sind den Müttern austauschbar.

Die Biographie und die manifeste Psychopathologie der Mütter geben zahlreiche Hinweise auf schwere Persönlichkeitsstörungen. In der Kindheit der Mütter häufen sich erlittene Mißhandlungen. Als Erwachsene scheinen die Mütter psychotische und suizidale Krisen durch das Munchausen-by-proxy-Agieren abzuwehren. Nach Konfrontation der Mütter mit der ärztlichen Diagnose der heimlichen Kindsschädigung ist die Gefahr von Suizidversuchen oder Psychosen der Mütter groß, oder aber die Mütter beginnen nach der Konfrontation an rätselhaften eigenen Krankheiten zu leiden, bei denen es sich, wie sich dann oft zeigt, um Artefakte handelt.

#### 4. Selbstbeschädigung

Selbstbeschädigung wird synonym auch als offene Selbstbeschädigung oder offene Selbstmißhandlung bezeichnet (PLASSMANN, 1987; SACHSSE, 1987), im Englischen wird von automutilation oder von delicate self-cutting gesprochen, da das Schneiden die am häufigsten praktizierte Selbstverletzungsmethode ist.

Dieses Verhalten ist in psychiatrischen Kliniken häufig in Gestalt des «Ritzens», «Schnippelns» oder als Brennen der Haut mit Zigarettenstummeln, als mechanische Trau-

matisierung durch Schlagen mit der Hand oder mit dem Kopf gegen harte Gegenstände oder auch, wie im Fall eines unserer Patienten, durch Verätzung der Haut mit Säure. Die Verletzungsarten sind eher stereotyp, ohne besondere 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 einem pseudoautonomen, unerreichbaren Ideal von Unabhängigkeit, während im Kontrast dazu die infantil-symbiotischen Bedürfnisse stark abgewehrt bleiben müssen. Ein Sprechen über die Selbstbeschädigung ist viel leichter möglich als ein Sprechen über die vorausgehende Angst und Ohnmacht. Die Interpretation der Selbstbeschädigung als Selbsthilfe in einer Notsituation entlastet diese Patienten sehr stark und eröffnet ihnen die Möglichkeit zur therapeutischen Allianz im gemeinsamen Suchen nach gesünderen Hilfsmöglichkeiten für den hilflosen, abhängigen Persönlichkeitsanteil. SACHSSE (1987) hat diesen Konflikt, dessen Symptom die Selbstbeschädigung ist, beschrieben und auf eine infantile Parentifizierungssituation der Kinder in der Beziehung vor allem zur Mutter zurückgeführt. Es hat bereits einige Versuche psychoanalytischer Behandlung solcher Patienten gegeben (SACHSSE, 1994).

## 5. Artificielle Krankheiten

### 5.1 Terminologie

Die Beschreibung der Münchhausen-Syndrome und der Selbstbeschädigung hat verdeutlicht, daß zur psychischen Problematik dieser Patienten zum einen eine Pathologie der Beziehung zum Körper gehört und zum anderen eine spezifische Pathologie der Arzt-Patient-Beziehung.

Der Arbeitsbegriff «*Mimikry-Phänomen*» (PLASSMANN, 1987) ist dem Bedürfnis entsprungen, für die charakteristische Beziehungsstörung zum Arzt eine möglichst wertneutrale Formulierung zu finden. Zahlreiche andere Termini enthalten eine mehr oder weniger deutliche Abwertung: «vorgetäuschte Krankheit» (DSM-III; BOCK u. OVERKAMP, 1986), «hospital hoboos», «doctor shopping». Eine große Zahl von Synonyma für die Artefaktkrankheit bezieht sich entweder auf die offensichtliche Autodestruktivität der Patienten oder auf deren Beziehungsstörung zum Arzt. PAAR (1987) hat 36 verschiedene Be-

nennungsvorschläge für vorgetäuschte und selbstmanipulierte Krankheiten aufgezählt, und dieser Liste könnten noch weitere angefügt werden.

### 5.2 Klinisches Erscheinungsbild

Die körperliche Symptomatik ist außerordentlich vielfältig. Synoptische Darstellungen finden sich bei MAYR (1937), BOCK und OVERKAMP (1986) sowie ECKHARDT (1987).

Besonders häufige Selbstmanipulationsarten sind artifizielles Fieber und artifizielle Infektionen. Häufig sind ebenfalls artifizielle Hautläsionen. Besondere und auch häufigere Formen der Hautmanipulation sind Handödeme oder Hautemphyseme. Auf gynäkologischem Gebiet kommen hauptsächlich artifizielle Blutungen vor. Artifizielle Anämien können beispielsweise durch die Einnahme gerinnungshemmender Medikamente hervorgerufen werden oder durch artifizielle Aderlässe (PLASSMANN, 1987). Auf endokri-

Tabelle 1: Artificielle Symptome auf internistischem Gebiet (Gesamtgruppe n = 44).

Symptome	n	Krankheitsbilder	n
Hypokaliämie	14	Enteritis, Colitis	10
Blutungen (Harn, Magen Rektum, Lunge, Nase, Haut)	12	Harnwegsinfektion	9
Hypotonie	9	Blutgerinnungsstörung	8
Tachy-, Bradykardie	9	Nieren-, Harnblutung	7
Durchfälle	7	Anämie	7
Anämien	6	Periphere Durchblutungs- störung	7
Fieber	6	«Tumor», Kachexie	7
Hämorrhag. Diathese	6	Pankreatitis	4
Durchblutungsstörungen	4	Hyperthyreose	3
Bauchkoliken	2	Conn-Syndrom	2
Blutdrucksteigerung	2	Insulinom	2
Erbrechen	2	Herzrhythmusstörung	2
Hypoglykämie	2	«Infektionskrankheit»	2
Ikterus	2	Endometriose	1
Hämolyse	1	Bartter-Syndrom	1
Hyperkaliämie	1	M. Addison	1
		Akute interm. Porphyrie	1
		Myokarditis	1
		Synkope	1
		Bauchdeckenabszesse	1
		Kollagenose	1

Mehrfachnennungen, da oft mehrere Symptome beim gleichen Patienten

nologischem Gebiet sind Hypoglykämien beschrieben durch Insulin und orale Antidiabetika sowie Hyperthyreosen durch Hormoneinnahme. Eine Übersicht gibt Tabelle 1 (nach BOCK u. OVERKAMP, 1986).

Die Patienten sind oft intim vertraut mit der Reaktionsweise ihres Körpers und entdecken dabei auch Manipulationsmöglichkeiten, die dem Arzt normalerweise unbekannt sind. Nach einer kleineren Verletzung der Wangenschleimhaut z.B. durch Nadelstich erzeugt kräftiges Backenaufblasen monströse Hautemphyseme des Gesichts, die in der vorantibiotischen Ära wegen der Gefahr des Gasbrandes alarmierend gewirkt haben. Um Schwellungen und trophische Störungen der Hände zu erzeugen, ist nur anfangs längeres Strangulieren oder Malträtieren der Extremität erforderlich, später nur noch sporadisches minutenlanges Beklopfen. Eine unserer Patientinnen hatte sich aus Fachliteratur genau über die Wirkung eines Toxins (Äthylenglykol) informiert, welches sie heimlich in knapp subletaler Dosis einnahm und damit rätselhafte Entgleisungen des Säurebasenhaushaltes auslöste.

### 5.2.1 Klinische Einschätzung des Krankheitsbildes

Die Artefakte sind von sehr unterschiedlicher physischer Gefährlichkeit. Oberflächliche Hautschädigungen sind ungefährlich, während Anämien, Hypoglykämien oder Stoffwechselmanipulationen sehr leicht lebensbedrohlich werden können. Destruktiven Charakter haben auch Operationen, besonders verstümmelnde, bei denen unersetzliche Organe wie Ovarien, Uterus entfernt werden. Unfälle als Artefaktäquivalent können ebenfalls eher leicht oder schwer sein, ebenso manifeste Suizidversuche. Süchtige Tendenzen können eher harmlos sein in Gestalt eines übermäßigen Trinkens zur Konfliktentlastung bis hin zu schwerem Analgetika- oder Morphinabusus. Dabei spricht eine große Vielfalt paralleler oder sich abwechselnder autodestruktiver Tendenzen für chronisch regressive Zustände mit einer schlechten Prognose.

## 5.3 Epidemiologie

Aus den zahlreichen Publikationen zum Thema Artefaktkrankheit lassen sich nur relativ spärliche epidemiologische Daten entnehmen. Die Synopsis von 27 Artikeln, welche verwertbare Zahlenangaben enthalten, ergibt eine Gesamtpatientengruppe in diesen Arbeiten von insgesamt 1070 Fällen. Deren Alters-, Geschlechts- und Berufsverteilung zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2: Epidemiologische Daten (Gesamtgruppe n = 1070)

n	Med. Berufe	Geschlecht	Alter (Jahre)	Morbiditätsrate
1070	58 %	78 % Frauen 22 % Männer	20–30	0,058–9

Eine Aufschlüsselung der gewählten Berufe meiner Gruppe von 24 Patienten ergibt folgendes Bild:

Tabelle 3: Berufsverteilung (Gesamtgruppe n = 24)

Berufe	n
Krankenschwester	8
ungelernte(r) Arbeiter/in	4
kfm. Angestellte	4
Arzthelferin	2
Kindergärtnerin	1
Retoucheur	1
Technischer Zeichner	1
Fernfahrer	1
Köchin	1
Lehrling	1
Gesamt	24

Die Helferberufe (Krankenschwester, Kindergärtnerin und Arzthelferin) machen zusammengenommen einen Anteil von 46 Prozent aus. Die drei Männer hatten technische Berufe gewählt: Fernfahrer, Schlosserlehrling, Technischer Zeichner. Die Wahl medizinischer und körperbezogener Berufe ist immer wieder aufgefallen (PLASSMANN, 1986, 1987; PAAR, 1987; ECKHARDT, 1987). Die naheliegende Erklärung, daß z.B. Krankenschwestern aufgrund ihres medizinischen

Wissens instände seien, schwer diagnostizierbare Artefakte zu erzeugen, läßt erstens offen, warum sie dieses Wissen erwerben, und beantwortet auch nicht, warum sie überhaupt den Körper zum Objekt von Manipulationen machen. Wahrscheinlich ist bereits die Berufswahl Ausdruck einer besonderen Bedeutung, welches die Körperlichkeit, das Krankenhaus und die Arztgestalt für diese Patienten haben.

#### 5.4 Biographische Daten

Artefaktpatienten sind in ihrer Kindheit sehr häufig größten Traumatisierungen ausgesetzt. Bei einer Gruppe von 22 Artefaktpatienten waren 61 Prozent Opfer schwerer Kindesmißhandlungen, 24 Prozent waren vergewaltigt worden, 19 Prozent der Patienten waren Opfer eines Inzests und 28 Prozent hatten traumatische Objektverluste durch Trennung von Mutter oder Vater in den ersten Lebensjahren erlitten (PLASSMANN, 1993). Die Zahlen können als Untergrenze angesehen werden, da die Patienten die erlittene ebenso wie die selbst durchgeführte Schädigung ihres Körpers verleugnen. Zum Vergleich: Bei Patienten mit offener Selbstmißhandlung fand SACHSSE realen Inzest bei zwei Drittel der Fälle (SACHSSE, 1987). Zahlreiche Autoren haben darauf hingewiesen, daß sich in der Kindheit von Artefaktpatienten Objektverluste, Mißhandlungen, Inzest und auch Erfahrungen mit körperlicher Krankheit sehr häufen (s. auch ECKHARDT, 1987).

#### 5.5 Psychodynamik

Artefaktpatienten scheinen Teile des eigenen Körpers unbewußt nicht der eigenen Person zuzurechnen, sondern fassen diese wie ein äußeres Objekt auf oder wie eine Verschmelzungszone von Subjekt und Objekt. Die *Störung der Bildung einer realistischen Körpervorstellung* kann auf der Art und Weise beruhen, wie die Mutter mit dem kindlichen Körper in den ersten Lebensmonaten umgegangen ist. Analog dem Umgang von Münchhausen-by-proxy-Müttern mit ihren Kindern

kann ein Kind dabei durch eindeutig destruktive Manipulationen an seinem Körper psychisch geschädigt werden, etwa durch Zufügen von Schmerz oder Auslösen von Funktionsstörungen (Anfälle, Durchfall). Subtilere Formen der Traumatisierung können beispielsweise durch ein Ernährungs- und Hautpflegeverhalten bewirkt werden, welches sich in Intensität und Zeitpunkt nicht an den subjektiven Bedürfnissen des Kindes orientiert, sondern an denen der Mutter. Die Mutter nimmt den kindlichen Körper auf diese Weise ganz oder teilweise gewaltsam in Besitz, das Kind erlebt die Empfindungen aus dem Körper als von außen gemacht und kann Teile des Körpers nicht in das Selbstbild integrieren, es kommt zu Strukturstörungen im sogenannten Körper selbst.

Die Folge hiervon kann die unbewußte Vorstellung einer «symbiotischen Zone im Körper», sein. In diesem «symbiotischen» Bereich des Körper selbst persistiert damit die unbewußte (psychotische) Phantasie einer körperlichen Entgrenzung. Bei Artefaktpatienten verbindet sich diese Vorstellung ganz überwiegend mit negativen Affekten von Haß, Angst und Schmerz.

Auch die Väter halten nicht die nötige Distanz, vielmehr häufen sich körperliche Gewalt und sexuelle Übergriffe. Die Vorstellung eines gewaltsam erzwungenen Grenzverlustes in der Beziehung zur Mutter überträgt sich auf die Vaterbeziehung. Dadurch verfestigt sich die Störung des Körpererlebens beim Kind. Es entsteht die Vorstellung einer symbiotisch-inzestuösen Zone im Körper selbst. Dies bedeutet, daß besonders das weibliche Genitale als schutzlose Öffnung nicht nur des Körpers, sondern der gesamten Person erlebt und gefürchtet wird. Gerade weil solche Vorstellungen unbewußt sind und unbewußt gehalten werden müssen, können sie nicht psychisch verarbeitet werden, sondern kommen statt dessen in der Krankheit, in der Selbstmanipulation, zum Ausdruck. Andere Phantasien umfassen die Vorstellung eines «guten» und eines «bösen» Bezirks im eigenen Körper. *Prädilektionsstellen* hierfür sind die *paarigen Organe*, besonders die Hände, Arme und Beine, aber auch die Ovarien oder die Augen als ebenfalls paarige Organe. Die

Patienten sind für Opferungsinszenierungen sehr anfällig, in denen das «böse Organ» aus dem Körper entfernt wird und nur das «Gute» verbleibt. Die «gute Hand» einer Patientin operierte beispielsweise nachts der «bösen Hand» einen Fingernagel ab, weil dieser schmerzte.

Auch Körperteile, die normalerweise in einer aktiv-passiv-Beziehung zueinander stehen (Hand-Mund, Hand-Wunde, Hand-Genitale, Mund-Finger usw.) können zur Repräsentanz einer *Spaltungsphantasie* werden. Es ist solchen Patienten nicht möglich, das objektiv Destruktive in der Tätigkeit des aktiven Organs zu sehen, die gute Hand katheterisiert beispielsweise die «böse Blase», die dann schmerzt, blutet und «sich» infiziert. Solche Phantasien können als Ausdruck einer Spaltungszone im Körperselbst interpretiert werden.

Besonders bei Patienten mit Artefakten im narzißtisch hoch besetzten Gesicht, aber auch an den Beinen (speziell im Bereich der Knie) fällt die Bedeutung der Zerstörungszonen als *Repräsentanz negativer Selbstanteile* auf. Während das Gesicht und sein Spiegelbild als Symbol der Gesamtperson eine geläufige Form der Selbstrepräsentanz sind, bleibt die narzißtische Symbolik der Beine oder der Knie schwerer verständlich. Mehrere Patientinnen mit hoher Besetzung von Kraft, Bewegung und Geschicklichkeit, die leidenschaftlich Leichtathletik, Kampfsportarten oder Turniertanz als Leistungssport betrieben hatten, entwickelten anlässlich harmloser Sportverletzungen, welche aber ihre Leistungsfähigkeit beeinträchtigten, Bein- und Knieartefakte von unglaublicher Destruktivität bis hin zur drohenden Beinamputation, die von den Patienten selbst gewünscht wurde. Das einmal durch Artefakte und Operationen verstümmelte, verunstaltete und behinderte Knie und Bein wurde zum Symbol alles narzißtisch negativ besetzten Häßlichen und Unvollkommenen.

Solche pathologischen Phantasiebildungen können als narzißtische Zonen im Körperselbst klassifiziert werden.

In Zuständen tiefer Regression tauchen bei sehr schwer gestörten Patienten zeitweise Phantasien auf, der eigene Körper oder seine Teile seien tot. Konkrete Prädilektionsstellen

hierfür sind kranke Körperteile, die tatsächlich totes, abgestorbenes Gewebe enthalten, so z. B. Eiter in Abszessen oder artifiziell eingebrachte Fremdkörper. Dies wäre Ausdruck toter Zonen im Körperselbst.

Die bislang beschriebenen pathologischen Phantasien sind unbewußt und üben einen starken *Wiederholungs- und Inszenierungsdruck* aus. Sie werden am eigenen Körper agiert, häufig unter Einbeziehung anderer Personen. Diese werden manipuliert, sich den dabei unbewußt bleibenden Phantasien gemäß zu verhalten und beispielsweise körperfusionäre Phantasien durch Operation oder Spaltungsphantasien durch Exstirpation eines Organs zu agieren. Das Handeln von Ärzten in solchen Fällen kann dann einer Gegenübertragungsidentifizierung entsprechen.

Die dargestellten Strukturstörungen im Körperselbst persistieren sowohl durch fortgesetzte Manipulation des Körpers (Artefakte, ärztliche Eingriffe) als auch durch eine innerpsychische «mißbräuchliche» Verwendung des Körpers zu Abwehrrzwecken. Angsterregende Erlebniswirklichkeiten werden von Artefaktpatienten habituell durch Projektion und Abspaltung in den Körper abgewehrt und dadurch in pathologische Organwelten verwandelt.

Die am eigenen Körper vorgenommene Manipulation ist Ergebnis einer formalen, qualitativen *Regression des Bewußtseins*. Bestimmte Auslösesituationen (sexuelle Erlebnisse, ärztliche Maßnahmen am Körper, Objektverluste) aktivieren pathologische Zonen im Körperselbst und die darin fixierten Phantasien. In einer Art *Prodromalphase* (PLASSMANN, 1993) können diese bislang unbewußten Inhalte noch abgewehrt, d. h. in Distanz gehalten werden, allerdings unter starker Angstentwicklung und oft verbunden mit einem immer stärker werdenden Derealisationserleben. Der Übergang in die *Manipulationsphase* bringt psychisch zunächst Entlastung. Der Widerstand gegen die pathologischen unbewußten Phantasien wird aufgegeben, die Patienten tauchen ein in ihre pathologische Organwelt, sie aktivieren ihre psychotischen (toten, fusionären oder gespaltenen) Zonen im Körperselbst.

Mit der Fixierung des abgespaltenen, psychotisch strukturierten Bezirks im Körper selbst ist die Disposition für artifizielle Krankheiten geschaffen. Diese stellen eine Regression in pathologische Zonen im Körper selbst dar. Die regressive Bewegung wird durch Umstände begünstigt, wie sie in der Adoleszenz und später in der Arzt-Patient-Beziehung besonders häufig vorkommen.

## 5.6 Therapie

Die nähere Betrachtung der zahlenmäßig sehr umfangreichen Literatur zeigt, daß nur relativ wenig Behandlungen über ein Anfangsstadium von einzelnen Gesprächen hinausgegangen sind.

Sofern die krankhafte Bedingtheit von Autodestruktivität anerkannt wurde, ist eine größere Anzahl von Vorschlägen zur psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgung gemacht worden. Meist wird angeregt, die Patienten in eine psychiatrische Klinik einzuweisen. Viele der Patienten lehnen dies jedoch ab, so daß die Eingliederung in das normale psychiatrische Versorgungssystem häufig skeptisch beurteilt wurde. Das Methodenspektrum der dennoch zustande gekommenen Behandlungen ist relativ gering. Es wurde in Einzelfällen mit hypnotischer Trance gearbeitet, auch aus diagnostischen Gründen, um die Verleugnungsbarriere der Patienten auf diese Weise zu unterlaufen. Es hat sich dabei um Einzelsitzungen gehandelt, nicht um längerfristige Behandlungen. Ferner wurde sozialpsychiatrische Familienhilfe eingesetzt und zwar besonders in Fällen von Münchhausen-by-proxy-Syndrom, da dort die Pathologie der Familien massiv auffällt. Gruppenpsychotherapeutische Ansätze wurden lediglich von BRODY (1959) in Fällen von Operationssucht publiziert.

Meist genutzte therapeutische Verfahren sind verschiedene *Formen analytisch orientierter Therapie* in Gestalt von supportiver Psychotherapie, analytischer Psychotherapie und in Einzelfällen auch als Psychoanalyse. Analysen wurden mit operationssüchtigen Patienten durchgeführt (MENNINGER, 1934), mit Selbstbeschädigern (SACHSSE, 1987) und in einigen Fällen von psychogenem Schmerz (HIRSCH, 1985), die der Operationssucht verwandt sind. Narzißtische Persönlichkeitsstörungen mit pathologischem Hochstapeln und Pseudologia phantastica weisen eine gewisse Verwandtschaft zum Münchhausen-Syndrom

und auch zu den artifiziellen Krankheiten auf, einzelne Analysen sind publiziert worden, z. B. von GREENACRE (1958).

Für die Therapie autodestruktiv agierender Patienten werden bislang als Behandlungsrahmen sowohl stationäre Aufnahme als auch ambulante Behandlung empfohlen. Sofern nicht nur Empfehlungen, sondern auch Erfahrungen vorliegen, betraf stationäre Behandlung ausschließlich Aufnahme in Nervenkliniken, da psychotherapeutische Institutionen als Versorgungsnetz in den meisten Staaten nicht existieren (SCHEPANK, 1988).

### 5.6.1 Das Konfrontationsproblem

Das Konfrontationsproblem betrifft hauptsächlich den Umgang mit Artefaktpatienten, die ihre Selbstmanipulation verleugnen und ist in der Literatur verschiedentlich diskutiert worden. Aus psychotherapeutischer Sicht erscheint die *Verleugnung* (vgl. Kap. III.F und IV.I) als ein innerpsychisch erforderlicher Abwehrvorgang, und es hat sich allgemein die Auffassung durchgesetzt, daß diese Verleugnungshaltung für die Selbstbeschädigung nicht in einem Gewaltakt durch harte Konfrontation durchbrochen werden kann. Eine aggressive Konfrontationstechnik wird von seiten solcher Autoren empfohlen, welche die Selbstmißhandlung nicht als Krankheit, sondern als eine Form von Delinquenz interpretieren. Von dieser Voraussetzung ausgehend wird vom Patienten, bevor ihm Hilfe angeboten wird, ein Geständnis verlangt. Dieses Vorgehen führt meist zum Behandlungsabbruch.

Vor dem Hintergrund eines psychodynamischen Verständnisses ist Konfrontation der Versuch, den Patienten mit seinen abgespaltenen, verleugneten, negativ besetzten Persönlichkeitsanteilen auf eine solche Weise in Berührung zu bringen, daß kein Beziehungsabbruch erfolgen muß und die Bildung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses erleichtert wird.

Im Falle der Münchhausen-Patienten scheint eine Konfrontation mit deren Agieren gänzlich unmöglich. Die Patienten brechen sofort die Beziehung ab mit der Folge einer fortgesetzten Münchhausen-Karriere in wei-

teren Kliniken. Möglich ist allenfalls eine Verständigung mit den Patienten darüber, daß emotionale Probleme vorliegen, die eine psychiatrische Behandlung empfehlenswert machen. Aus solchen Erfahrungen heraus wurde zunehmend versucht, Konfrontationstechniken zu entwickeln, die vom Patienten toleriert werden. Daß überhaupt eine Konfrontation erforderlich sei, wird meist damit begründet, daß den Patienten mit dem Hinweis auf ihre Selbstbeschädigung der Vorschlag einer psychiatrischen Behandlung plausibel gemacht werden müsse, auch in der Hoffnung, daß damit die medizinische Krankenhauskarriere beendet werden könne. Eine Konfrontation mit solchem Ziel wurde versucht als Gespräch des Patienten mit dem behandelnden Gesamtteam, bestehend aus Chefarzt, Psychiater, Sozialarbeiter und Stationschwester. Die regelmäßig bei der Konfrontation aufkommende, erhebliche Beunruhigung und Aggressivität des Patienten soll in einem längeren Gespräch abgebaut werden, in welchem der Patient an die Behandlung bei einem Psychiater herangeführt wird. Sofern die Konfrontation durch den Organmediziner und nicht durch den Psychiater durchgeführt wird, haben REICH und GOTTFRIED (1983) empfohlen, auf eine *betont unaggressive und annehmende Art* mit den Patienten zu sprechen, indem die Selbstmanipulation benannt und dabei der Krankheitscharakter dieses Verhaltens akzeptiert wird. Auf diese Weise wird der Patient nicht mit Beziehungsabbruch bedroht; er bleibt in Behandlung mit dem Ziel, ihn in Psychotherapie zu vermitteln. Bei diesem Vorgehen leugnen zwar etwa zwei Drittel der Patienten die Selbstmanipulation, sie müssen jedoch aufgrund der unaggressiven Konfrontationsweise die Beziehung nicht abbrechen, psychische Krisen sind ebenfalls nicht beobachtet worden (REICH u. GOTTFRIED, 1983). Dies deckt sich mit den Erfahrungen der Hanooverschen Arbeitsgruppe (NORDMEYER et al., 1983, 1984).

Diese Autoren schlagen vor, die Konfrontation flexibel an den einzelnen Patienten anzupassen. Je bewußtseinsnäher dem Patienten die Tatsache seiner Manipulation sei, desto offener könne auch von seiten des Arztes damit

umgegangen werden. Allerdings verbleibt nach Erfahrung der Autoren ein Teil von etwa 5 Prozent der Patienten, die keinerlei Konfrontation zugänglich sind. Mit einem solchen flexiblen und unaggressiven Vorgehen scheinen etwa ein Drittel der Patienten zu einer Psychotherapie motivierbar zu sein.

#### 5.6.2 *Arbeitsbündnis, Motivation und Behandlungstechnik*

Der allergrößte Teil der versuchten Psychotherapien kommt über ein anfängliches Stadium mit einigen psychiatrischen Interviews nicht hinaus. Über den Verlauf solcher anbehandelter Fälle ist nichts bekannt, da Katanmesestudien bislang fehlen. Hier ist kein Arbeitsbündnis für eine längerfristige Therapie zustande gekommen, sei es, weil dies von seiten der Behandler nicht intendiert war, sei es, weil die Patienten das therapeutische Angebot nicht wahrgenommen haben. Die Patienten stehen einer therapeutischen Annäherung extrem zwiespältig gegenüber. In der therapeutischen Beziehung bildet sich deshalb ebenso wie in der somatischen Behandlung eine extreme Ambivalenz ab, die der Elternbeziehung entstammt. Die Patienten suchen die positive Elterngestalt und brechen die Beziehung sofort ab, sofern negative Übertragungselemente aufkommen, oder sie reagieren auf negativ erlebte Erfahrungen mit erneuter und verstärkter Symptomproduktion. Die *Gefahr des Therapieabbruchs* ist besonders zu Beginn groß. Erst in einem längeren therapeutischen Prozeß kann sich eine ausreichend stabile Arbeitsbeziehung bilden, die dann auch ein Durcharbeiten negativer Erfahrungen ohne Behandlungsabbruch ermöglicht. Häufig angewandtes Mittel zur Bildung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung ist die *initiale stationäre Behandlung*, deren Dauer allerdings sehr unterschiedlich gehandhabt wird, zwischen einigen Wochen und zwei Jahren. Diese anfängliche stationäre Behandlungsphase kann den Patienten erste Erfahrungen mit einer psychotherapeutischen, d. h. sprechenden und reflektierenden Beziehung ermöglichen. Dabei findet eine interpersonale Annäherung zwischen Therapeut und Patient statt und auch

eine innerpsychische Annäherung an die unbewältigten, unbewußten Inhalte. Auf diesen langsamen Annäherungsprozeß kann sich auch die therapeutische Technik einstellen mit einem zunächst unverbindlichen Psychotherapieangebot, welches erst im Verlauf einiger Monate in eine stabilere Arbeitsbeziehung übergeht. Diese bereits recht differenzierten behandlungstechnischen Erfahrungen entstammen der Therapie von Selbstbeschädigungspatienten, während mit Artefaktpatienten diesbezügliche Vorerfahrungen bislang noch nicht bestanden.

## 6. Schluß

Medizinische Behandlung der Patienten, so sorgfältig und aufwendig sie auch betrieben wird, führt erfahrungsgemäß nicht zur Besserung, sondern zur Chronifizierung. Therapeutisches Ziel ist deshalb die *Motivation* der Patienten für Psychotherapie. Im Falle der Münchhausen-Syndrome liegen kaum Behandlungserfahrungen oder Behandlungserfolge vor, da die Patienten fast niemals für Psychotherapie motivierbar sind. Sie brechen die therapeutischen Beziehungen eher ab, verschleiern ihre Spuren und führen ihr unverändertes Verhalten andernorts fort. Sowohl mit Selbstbeschädigungs- als auch mit Artefaktpatienten sind aber in den letzten Jahren teils Einzelfallerfahrungen, teils systematische Studien versucht und durchgeführt worden. Patienten mit offener Selbstbeschädigung sind meist primär in psychiatrischer Behandlung, und es können psychoanalytische Langzeitbehandlungen stationär und ambulant eingeleitet werden, die trotz hoher Behandlungsschwierigkeit und langer Behandlungsdauer erfolgreich verlaufen können.

Bei Artefaktpatienten muß zunächst eine längere Phase der Motivation erfolgen, da die Patienten sich selbst nicht als psychisch behandlungsbedürftig betrachten. Es hat sich bewährt, die Patienten klar mit der psychischen Bedingtheit ihrer körperlichen Störungen zu konfrontieren und ihnen eindeutig psychotherapeutische Hilfe zu empfehlen. Die

Tatsache der Selbstmanipulation ist für die meisten Patienten allerdings nicht bewußtseinsfähig, so daß ihnen ein Geständnis oder auch nur eine Zustimmung aus psychischen Gründen nicht möglich ist. Eine harte, evtl. aggressiv durchgeführte Konfrontation bringt deshalb keinen therapeutischen Gewinn.

Für Psychotherapie motivierbar sind vor allem solche Patienten, die selbst begonnen haben, um ihre Gesundheit oder sogar um ihr Leben zu fürchten, und deshalb auf der Suche nach Hilfe und Veränderung sind. Behandlungserfolge haben sich mit stationär-ambulanter Langzeitpsychotherapie erreichen lassen. Nach initialer klinischer Psychotherapie bleiben die Patienten in mehrjähriger ambulanter Weiterbehandlung unter Einsatz therapeutischer Methoden der psychoanalytischen Borderline-Behandlung mit einigen behandlungstechnischen Parametern. Wichtig sind Vermeidung aller (ärztlicher) Manipulationen am Körper des Patienten, Objekt Konstanz durch niederfrequente Langzeittherapie, systematische Förderung der reflektierenden Ich-Funktion und Förderung triangulärer Beziehungsstrukturen durch therapeutische Mehrpersonensysteme und durch Supervision.

Es verbleibt trotz sorgfältigen Vorgehens in der Konfrontation und Motivation ein nicht unerheblicher Teil der Patienten, der für Psychotherapie nicht motivierbar ist. Sie zwingen die Organmediziner durch fortgesetzte Manipulationen zum Tätigwerden und erzeugen in den zuständigen Abteilungen nicht selten unerträgliche Spannungszustände. Einige Patienten aus dieser Gruppe führen mittels ihrer Körpermanipulation letztlich ihre eigene Vernichtung herbei in einem für sie selbst und ihre Behandler qualvollen Geschehen. Sie müssen als chronisch suizidal eingestuft werden. In solchen Fällen sind Konzepte der Liaison-Betreuung notwendig mit Einsatz *supportiv-psychotherapeutischer Verfahren* und mit Versuchen antidepressiver medikamentöser Behandlung. Auch diese supportive Betreuung vor Ort bedarf langfristiger Konzepte über Monate und Jahre, so daß sich konstante therapeutische Beziehungen bilden und das Labilisieren der Patienten durch fortwährendes Weitervermitteln beendet werden kann.

## Literatur

- ASHER R: Munchausen's syndrome. *Lancet* 1, 339–341, 1951
- BOCK KD, OVERKAMP F: Vorgetäuschte Krankheit. *Klin Wschr* 64, 149–164, 1986
- BRODY S: Value of group psychotherapy in patients with polysurgery addiction. *Psychiat Quart* 33, 260–283, 1959
- DSM-III: Dt. Bearbeitung und Einführung von K. KOEHLER u. H. SASS. Beltz, Weinheim/Basel 1984
- ECKHARDT A: Das Münchhausen-Syndrom – Die chronische Artefaktkrankheit. Inaugural Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades, Marburg 1987
- FORD C: The somatizing disorders. Kap. 8–10, Elsevier, Amsterdam 1982
- GREENACRE P: The Impostor. *Psychoanal Quart*, 27, 359–380, 1958
- HIRSCH M: Psychogener Schmerz als Übergangsphänomen. *Prax Psychother Psychosom* 30, 261–261, 1985
- KEMPE CH, SILVERMANN FN, STEELE BF, DROEGEMUELLER W, SILVER HK: The battered-child syndrome. *J Am Med Assoc* 181, 105–112, 1962
- MAYR J: Handbuch der Artefakte. Fischer, Jena 1937
- MEADOW R: Munchausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. *Lancet* 2, 343–346, 1977
- MEADOW R: Factitious epilepsy. *Lancet* 2, 25–28, 1984
- MENNINGER KA: Polysurgery and polysurgical addiction. *Psychoanal Quart* 3, 173–199, 1934
- NADELSON T: False patients/real patients: A spectrum of disease presentation. *Psychother Psychosom* 44, 175–184, 1985
- NORDMEYER J, AVENARIUS HJ, ZICK R, MIELKE H, ANAGNOU J, MITZKAT H: Psychosomatik der artifiziell erzeugten Erkrankung (factitious disease). *Therapiewoche* 33, 4725–4730, 1983
- NORDMEYER J, ZICK R: 'Factitious disease': Psychodynamik und Patientenumgang. *Med Klin* 79(19), 501–503, 1984
- PAAR GH: Selbstzerstörung als Selbsterhaltung. *Mat Psychoanal Orient Psychother* 1, 1–55, 1987
- PLASSMANN R: Die heimliche Selbstmißhandlung. *Z Psychosom Med Psychoanal* 4, 316–336, 1986
- PLASSMANN R: Der Arzt, der Artefaktpatient und der Körper. *Psyche* 10, 883–899, 1987
- PLASSMANN R: Psychoanalyse artifizierter Krankheiten. Shaker-Verlag, Aachen 1993
- REICH P, GOTTFRIED LA: Factitious disorders in a teaching hospital. *Ann Intern Med* 99, 240–247, 1983
- SACHSSE U: Selbstbeschädigung als Selbstfürsorge. Zur intrapersonalen und interpersonellen Psychodynamik schwerer Selbstbeschädigung der Haut. *Forum Psychoanal* 3, 51–70, 1987
- SACHSSE U: Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1994
- SCHEPANK H: Die stationäre Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. In SCHEPANK H, TRESS W (Hrsg.) Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen, S. 13, Springer, Berlin 1988