

Artifizielle Störungen und selbstverletzendes Verhalten (ICD 10: F68.1)

1. Diagnostische Kriterien:

Überwiegend bewusstes Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen und/oder psychischen Symptomen oder Krankheitsbildern bzw. Behinderungen.

Unterformen:

- **Artefaktstörung (AS)** (factitious disorder): Heimliche Manipulation an Körperteilen und – funktionen, teils im Rahmen einer rel. planmäßigen und „kunstfertigen“ Strategie und Inszenierung (*narzisstisch-hysterischer Pol*, z.B. Stoffwechsellentgleisungen, Aderlass, medikamentöse u.a. Intoxikationen), teilweise raptusartig, stereotyp und ohne bewusste Kontrolle (*dissoziativ-impulsiver Pol*, z.B. Stechen mit infizierten Nadeln, Abschnüren von Extremitäten, Augenverletzungen). Außerdem chronische „benigne“ A. (meist Hautmanipulationen wie Acne excoriée von Jugendlichen),
- **Münchhausen-Syndrom (MüS)**: Manipulation bzw. Erfindung von Körpersymptomen unter pseudologischer Ausgestaltung einer umfangreichen Krankengeschichte, soziale Entwurzelung und exzessives Wandern von Klinik zu Klinik (primäre „Alarmsignale“, Schmerz, Blutungen, Suggestion von schweren Erkrankungen, Koliken etc.). Unterscheidung zwischen „Krankenhaussucht“ und „Operationssucht“ sinnvoll.
- **Münchhausen-by-proxy-Syndrom (MüSbp)**(Meadow 1977): M. bei Kindern, ausgestaltet durch die Mütter unter Täuschung der Ärzte (alle körperlichen Symptome möglich).

abzugrenzen ist:

- **Offen selbstverletzendes Verhalten (SVV)**: Meist *offen* und bewusst bzw. während dissoziativer Zustände durchgeführte Schnitt- oder Brandverletzungen an erreichbaren Körperteilen (meist Arme, seltener Bauch oder Brust). Leichte Form (delicate selfcutting), nie verstümmelnd; schwere Form (deliberate selfharm syndrome) tiefe Verletzungen, Verstümmelungen. Auftreten im Rahmen von Borderlinestörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Essstörungen, dissoziativen Störungen, Drogenmissbrauch. Hohes Ausmaß an Suizidalität !
- **Selbstverletzendes Verhalten bei geistiger Retardierung, Demenz, schweren Psychosen.**

2. Epidemiologie:

Artefaktstörung: Überwiegend < 35J, Frauen : Männer 4 : 1; ca. 60% aus helfenden Berufen (aber nicht Ärzte !), 1-2 % der Krankenhauspatienten, Bevölkerungsprävalenz: < 0,1 %..

Münchhausen-Syndrom: Einzelfälle, Frauen : Männer 1 : 2,

Münchhausen-by-proxy-Syndrom: Einzelfälle, oft mehrere Geschwister betroffen, jedes Alter bis etwa 11. Lj., Letalität ohne Trennung von Eltern 10-15% !

Offen selbstverletzendes Verhalten: Beginn oft < 12Lj., Punktprävalenz 0,6 - 0,75%, Frauen : Männer 2 -9 : 1, 4-20% psychiatrischer Patienten, 25-40% aller stationär behandelten essgestörten Patientinnen)

3. Ätiologie, Störungsmodell

Bei **AS**, wie auch bei anderen psychischen Erkrankungen, oft schwere biographische Belastungen (> 50% Elternverlust, elterliche Dissozialität und Gewalt, gel. sexueller Missbrauch). In der Folge massive Anklammerungstendenzen, z.B. an medizinische Institutionen. Beruf wird aus ähnlichen Motiven ergriffen. **AS** führt zur Wiederholung der Traumatisierung durch Zuweisung einer „verletzenden Rolle“ an den Arzt.

MüS ähnlich wie AS, aber starke narzisstische Störung mit Ausgestaltung von „Hochstaplerkarriere“ und pseudologischen Legenden.

MüSbp Kind wird zum symbiotisch verbundenen „bösen“ Selbstanteil, der stellvertretend bestraft, getötet wird. Gleichzeitig kann über das kranke Kind „Zuwendung“ eingeholt werden, die dem Selbst nicht gestattet ist. Auslöser sind oft Verlusterlebnisse. Gefahr des Suizides nach der Handlung sehr groß.

SVV: U.a. im Rahmen psychischer Störungen der Eltern (Sucht, Depression etc.) entstandene massive Selbstwertproblematik. Akutes Auftreten oft im Rahmen dissoziativer Zustände bei narzisstischen Kränkungen und/oder Affektüberflutung (Angst, Wut, leerer Depression, Gefühllosigkeit) mit dem Ziel von Spannungsabbau („Blut tut gut“). Hintergrund gel. Abspaltung von Traumaerfahrungen, aber auch oft Teil eines rachsüchtigen Machtkampfes („...ihr könnt mich nicht hindern“). Z. T. auch Lustgewinn (Allmachtsgefühl) durch Schmerz.

4. Behandlung

AS : Entscheidend zunächst die Diagnosestellung (Zimmervisite, um Instrumente zu finden). Hinweise finden sich in falschen Symptomerklärungen. Unaggressive, flexible Konfrontation sinnvoll, aber ca. 60% leugnen AS. Etwa 30 % sind für Psychotherapie zu gewinnen. Motivierung im Liaisonmodus: Betreuung durch Psychotherapeuten im Rahmen der somatischen Behandlung. Später stationäre Psychotherapie mit Therapiezielen: Grenzsetzung, Entwicklung von „Symbolisierungsfähigkeit“ und Objektkonstanz. Ambulante Langzeittherapie anschließen. Insgesamt: Veränderung des pathologischen Körper selbst.

MüS: Therapie kaum möglich, da sehr häufig Beziehungsabbruch unmittelbar nach Aufdeckung der Manipulation. Versuch einer Begleitung und Gewinnung der Patienten für langfristige stationäre psychotherapeutische Behandlung. Wichtig ist, die Patienten vor evtl. invalidisierenden Eingriffen zu schützen.

MüSbp: Trennung der Kinder von den Eltern unumgänglich ! Angebot für psychotherapeutische Begleitung an die Mütter wird manchmal sogar dankbar angenommen.

SVV: z. T. medikamentöse Unterstützung (Antidepressiva, mittelpotente oder atypische Neuroleptika). Psychotherapie: Zentrierung auf Grenzsetzung bez. Impulskontrollstörung, Affektdifferenzierung, , Selbstwertproblematik. Ggf. Arbeit an Traumabewältigung um Rückgriff auf dissoziative Mechanismen zu verringern.

5. Besonderheiten der Arzt-Patienten-Beziehung

Die Arzt-Patient-Beziehung ist bei den AS und MüS durch die Heimlichkeit und die Destruktivität des Agierens erheblich belastet. Das pathologische Elternbild wird übertragen: Arzt/Ärztin werden als ideal, allmächtig und unerreichbar erlebt. Der „Sprachverlust“ der Patienten führt zu extremem Hilflosigkeitserleben bei Behandlern. Es besteht die Gefahr, dass Ärzte die sadistische Rolle des vorwürflich-kontrollierenden Objekts übernehmen, bis hin zu operativen „Bestrafungen“. Wichtiges Ziel im ärztlichen Kontakt ist deshalb die Vermeidung von Gegenübertragungsgagieren („wütende Zurückweisung“). Psychotherapeuten müssen sich auf lange begleitende Therapieprozesse einstellen, in denen sie immer wieder zu Grenzziehung und Strukturierung aufgefordert sind. Supervision ist in der Therapie solcher Patienten auch für erfahrene Therapeuten unverzichtbar.

6. Literatur

Plassmann R (1996) Selbstschädigendes Verhalten.: Münchhausensyndrome und artifizielle Erkrankungen. In: Uexküll, T (Hrsg.) Psychosomatische Medizin, 5. Auflage, Urban & Schwarzenberg, München, S. 567-580

Eckhardt, A (1989) Das Münchhausensyndrom. Formen der selbstmanipulierten Krankheit. Urban & Schwarzenberg, München

Sachsse, U (1994) Selbstverletzendes Verhalten. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen