

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft *Psychosoziale Gesundheit*

VORGETÄUSCHTE GESUNDHEITSSTÖRUNGEN

Münchhausen-Syndrom – Selbstzugefügte Krankheit – Vorgetäuschte Störungen – Selbstschädigendes Verhalten – Selbstmanipulierte Krankheit – Artefaktkrankheit – krankhafte Selbstbeschädigung – gesundheitliche Täuschungsversuche – Krankenhauswandern – Krankenrolle als Lebensinhalt

Es gibt Menschen, die sich gesundheitlich selber schädigen, indem sie Krankheitszeichen vortäuschen, verstärken oder künstlich hervorrufen. Damit wollen sie eine Patientenrolle erzwingen und sich in Krankenhäusern behandeln lassen, selbst um den Preis zahlreicher medizinischer Eingriffe einschließlich Operationen.

So etwas nannte man früher ein Münchhausen-Syndrom und heute eine selbstmanipulierte Krankheit oder vorgetäuschte Störung.

Dies hat jedoch nichts mit Simulation oder bewusstem Betrug zu tun. Patienten mit selbstschädigendem Verhalten sind psychisch krank, auch wenn sie das selber nie so akzeptieren würden. Dabei gehen sie mitunter so raffiniert vor, dass man ihnen lange Zeit nicht auf die Schliche kommt, obwohl sie zahlreiche Ärzte, Schwestern, Pfleger und sonstige Spezialisten vor scheinbar unfassbare diagnostische und therapeutische Probleme stellen.

Vorgetäuscht wird praktisch alles, was sich vortäuschen lässt: Schmerzzustände, Herz-Kreislauf, neurologische, urologische oder gynäkologische Krankheitsbilder, Manipulationen von Haut, ja Blutbild und sogar inneren Drüsen mit entsprechenden Stoffwechselstörungen. Eher selten, aber nicht auszuschließen sind auch vorgetäuschte Störungen im seelischen Bereich.

Dafür gibt es dann zahlreiche und meist unfassbare Manipulations-Techniken. Und sogar die besonders verwirrenden Fälle, wo Mütter ihrem Kind solche vorgetäuschten Störungen zufügen („Münchhausen in Vertretung“).

Doch trotz geschicktem „Krankenhauswandern“ und eindrucksvoll dicken Krankenakten wird die Sache irgendwann verdächtig. Jetzt geht es darum, die Betroffenen nicht zu verurteilen, sondern herauszufinden, weshalb sie eine solch abnorme Krankenrolle erzwingen wollen, was psychologisch dahinter steht – und vor allem wie man es psychotherapeutisch ändern kann. Die Heilungsaussichten sind zwar nicht sehr günstig, weil sich die Betroffenen nicht als Simulanten, sondern als nicht heilbare oder zumindest verkannte Patienten sehen. Doch versuchen sollte man es, denn hier sind nicht nur Ärzte und Pflegepersonal unnötig belastet, es fallen nicht nur extrem hohe Kosten an, hier leidet auch ein Mensch an sich selber - und bekommt offenbar nur seinen Seelenfrieden, wenn er sich zum chronisch Kranken macht, dem angeblich niemand helfen kann.

Nachfolgend deshalb die etwas ausführlichere Darstellung eines Leidens, das scheinbar keines ist, in Wirklichkeit aber wohl mehr Leid verursacht als so manche echte Krankheit.

Erwähnte Fachbegriffe:

Münchhausen-Syndrom - Selbstzugefügte Krankheiten – Vorgetäuschte Störungen – Selbstschädigendes Verhalten – Selbstmanipulierte Krankheit – Artefaktkrankheit – krankhafte Selbstbeschädigung – Täuschungsversuche, gesundheitliche – Krankenhauswandern – Krankenrolle als Lebensinhalt – Münchhausen in Vertretung – heimliche Selbstmisshandlung – Mimikry-Phänomen – Simulation – Aggravation – Pseudologia phantastica – phantastisches Lügen – Schmerzzustände, vorgetäuschte – Magen-Darm-Beschwerden, vorgetäuschte – neurologische Krankheitsbilder, vorgetäuschte – Haut-Manipulationen – urologische Beschwerden, vorgetäuschte – gynäkologische Beschwerden, vorgetäuschte – Blutbild-Veränderungen, vorgetäuschte – Herz-Kreislauf-Beschwerden, vorgetäuschte – endokrinologische Veränderungen, vorgetäuschte – seelische Krankheitszeichen, vorgetäuschte – selbstschädigende Manipulations-Techniken – Selbstmanipulationen, körperliche – Täuschung von Ärzten – Täuschung von Pflegepersonal – Medikamentenmissbrauch zu Täuschungsversuchen – Rauschdrogen zu Täuschungsversuchen – phantasierte Schicksalsschläge zu Täuschungsversuchen – Borderline-Störung – neurotische Entwicklung – Trichotillomanie – Dysmorphophobie – taktile Halluzinose – Dermatozoenwahn – neurotische Exkorationen – Hypochondrie – Hysterie – chronisches Schmerzsyndrom – Psychose – hirnorganische Störung – Selbstbeschädigung bei Häftlingen – Metallschlucker – Essstörungen – Anorexie – Bulimie – Suchtkrankheiten – psychische Entwicklungsstörung – Fassadenfamilie – Depersonalisation – psychologische Aspekte der vorgetäuschten Störungen – Therapieversuche – u.a.

Es gibt hunderte von Krankheiten und Millionen von Betroffenen, die davon beeinträchtigt, zermürbt und gepeinigt sind oder deren Leben dadurch gar zerstört wird. Alle haben nur einen Wunsch: wieder gesund zu werden. Keiner könnte sich vorstellen, dass es auch Menschen gibt, die sich selber Beschwerden und Krankheiten beibringen, um gesundheitliche Schäden vorzutauschen.

Und doch ist dieses selbstschädigende Verhalten nicht selten, ja, es scheint sogar zuzunehmen, oder man lernt es jetzt (aus Kostengründen) schneller zu erkennen.

Selbstschädigendes Verhalten – ein altes Leiden

Selbstschädigendes Verhalten ist jedoch seit dem Altertum bekannt. Dabei müssen die Betroffenen nicht einmal krank sein. Sie können dazu auch im Rahmen religiöser Riten (zeremonieller Festgebräuche) oder sogenannter Initiationsrituale gezwungen werden bzw. kulturell überzeugt mitmachen (Initiationsrituale sind bestimmte Aufnahme-Gebräuche in eine Standesgemeinschaft).

Es kann aber auch eine Krankheit vorliegen, in der Regel eine seelische. Und diese Art von krankhafter Selbstbeschädigung hat in den letzten Jahren offenbar an Bedeutung gewonnen.

Vielzahl von Fachbegriffen

Damit sind **selbermanipulierte Krankheiten** oder **Vorgetäuschte Störungen**, wie die modernen Fachbegriffe lauten, zwar ein schwer begreifbares, aber letztlich altes Phänomen in der Medizin. Früher wurden sie nach dem Lügenbaron von Münchhausen als „Münchhausen-Syndrom“ bezeichnet (siehe Kasten).

Heute spricht man auch von Artefaktkrankheit (Artefakt = mehrere Bedeutungen, z. B. künstlich hervorgerufene körperliche Veränderung), von Vorgetäuschter Störung, von selbstschädigendem Verhalten, von selbstzugefügter oder selbstmanipulierter Krankheit, von heimlicher Selbstmisshandlung, von Mimikry-Phänomen u.a.

Freiherr von Münchhausen

Wer kennt ihn nicht, den sagenhaften „Lügenbaron“ Karl Friedrich Hieronymus Freiherr von und zu Münchhausen von Schloss Bodenwerder (1720 – 1797), den Helden der „Wunderbaren Reisen zu Wasser und zu Lande, der Feldzüge und lustigen Abenteuer“ aus dem 18. Jahrhundert.

Wahrscheinlich hätte er sich nie träumen lassen, dass er einmal nicht nur seine Zuhörer und Leser köstlich amüsiert, sondern auch noch als Fachbegriff in die Medizin eingeht: das Münchhausen-Syndrom, wie man früher jedes selbstschädigende Krankheitsverhalten nannte und heute zwei bestimmte Untergruppen; eine davon besonders unvorstellbar: „Münchhausen-Syndrom in Vertretung“, wenn eine Mutter bei ihrem Kinde (selbst-)schädigendes Verhalten praktiziert (siehe später).

Der Begriff, der sich am ehesten durchsetzen wird, lautet „Vorgetäuschte Störungen“ (engl.: factitious disorder). So nennt die Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) in ihrem Standardwerk, dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-IV, dieses eigenartige Phänomen.

Was versteht man unter einer selbstmanipulierten Krankheit oder Vorge-täuschten Störung?

Dabei handelt es sich um Menschen, die Symptome (Krankheitszeiten) vor-täuschen, verstärken oder selber künstlich hervorrufen. Damit wollen sie eine Patientenrolle erzwingen und sich in Krankenhäusern behandeln lassen, selbst um den Preis (zahlreicher) medizinischer Eingriffe einschließlich Operationen.

Vorgetäuscht werden in der Regel körperliche Symptome, doch kann es sich auch um seelische Krankheitszeichen handeln.

Das Charakteristikum ist also das absichtliche Erzeugen körperlicher (und/oder ggf. psychischer) Symptome, die

- entweder völlig frei erfunden sind (z. B. Bauchschmerzen),
- selber ausgelöst wurden (z. B. Abszesse durch Speichel-Injektion in die Haut),
- oder bei bereits vorbestehenden körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen übertrieben oder verschlimmert wurden (z. B. das Vortäuschen eines epileptischen Anfalls, obgleich die tatsächlich bestehende epileptische Krankheit derzeit keine Probleme aufwirft).
- Schließlich ist auch jegliche Kombination oder Variation obiger „Krankheits-Strategien“ möglich.

Menschen mit selbstmanipulierter Krankheit täuschen also ihr Umfeld, vor allem Ärzte, Schwestern, Pfleger und andere Entscheidungsträger im Gesundheitswesen. Sie können enorme Kosten verursachen (Krankenhaus-

aufenthalte, aufwendige diagnostische Verfahren, Operationen, Nachsorge) und bringen es manchmal auf kilogrammschwere Krankenakten, wenn man die Dokumente sämtlicher Kliniken über alle Jahre des „Krankenhauswanderns“ zusammentragen könnte (was sie allerdings meist geschickt zu verhindern wissen).

Die Motivation für ihr sonderbares Verhalten liegt nicht in einem finanziellen Gewinn, in der Vermeidung legaler Verantwortung, in der Verbesserung körperlichen Wohlbefindens u.ä. wie beispielsweise bei der Simulation oder Aggravation (siehe unten). Die Motivation liegt allein in der Übernahme einer Krankenrolle. Man will krank sein – und ist dafür bereit alles zu ertragen, bis an die Grenze, die manchmal weit über das Verstehbare hinausgeht.

Patienten mit selbstschädigendem Verhalten sind psychisch krank, auch wenn sie das nie so akzeptieren würden (selbst wenn sie eine psychische Krankheit vortäuschen).

Wie unterscheiden sich Aggravation, Simulation und selbstmanipulierte Krankheit?

Natürlich kann es sehr schwer werden, die drei wichtigsten Aspekte in diesem Zusammenhang, nämlich Aggravation, Simulation und selbstmanipulierte Krankheit auseinander zu halten. Nachfolgend deshalb eine kurze Charakterisierung:

- Bei der **Aggravation** handelt es sich um eine bewusste und willentliche Übertreibung von (z. B. subjektiv empfundenen) Symptomen bzw. Krankheitszuständen.
- Bei der **Simulation** handelt es sich um eine ebenfalls bewusste und willentliche Vortäuschung von Krankheitszeichen, also Verstellung, Heuchelei oder Betrug. Es werden willentlich Symptome mit der bewussten Absicht hervorgerufen, die Umgebung zu beeinflussen, um einen erkennbaren Vorteil zu erlangen. Der Simulant weiß genau, was und wie er es will.

Doch sein Täuschungsmanöver geht auf keine seelische Krankheit zurück, wie das bei der selbstmanipulierten Krankheit der Fall ist (siehe unten). Er ist – wenn man es einmal drastisch ausdrücken will – ein seelisch gesunder Betrüger, der um seines Vorteiles willen gezielt manipuliert.

- Menschen mit einer **selbstmanipulierten Krankheit** unterliegen zwar ebenfalls einer willentlichen Kontrolle. Doch diese hat gleichsam zwanghaften Charakter. Der „Patient“ kann ihr nicht entrinnen. Die Be-

troffenen verfolgen Ziele, denen sie „unfreiwillig“ unterworfen sind, die ihnen letztlich nicht bewusst sind. Oder kurz:

Der - seelisch meist gesunde - Simulant macht sich eines Vergehens schuldig, während sich bei vorgetäuschten Störungen ein Mensch auf Grund seines krankhaften Seelenlebens in eine Patientenrolle verfangen sieht, die er selber nicht erklären kann.

Häufigkeit – Ursachen – Verlauf – Folgen

Dass es über die wichtigsten Unterscheidungsfaktoren, nämlich Häufigkeit, Geschlechts- und Altersverteilung, Ursachen und Verlauf, ja sogar über die psychosozialen Folgen wenig „harte Daten“ gibt, liegt auf der Hand. Selbstmanipulierte Krankheiten sind ein überaus heimliches und von den Betroffenen in der Regel mit großem Geschick inszeniertes Leiden, das sich lange einer exakten Dokumentation entzieht - auch wenn die Krankenakten letztlich gewaltige Dimensionen annehmen. Was man also sicher weiß, ist im Grunde nicht viel:

- Über die *Häufigkeit* gibt es nur Vermutungen. Zwar werden selbstmanipulierte Krankheiten eher selten diagnostiziert, sind aber wahrscheinlich häufiger, nur eben nicht (rechtzeitig) erkannt. Möglicherweise wird die chronische Verlaufsform auch unterschätzt, weil die Betroffenen verschiedene Ärzte bzw. Kliniken unter unterschiedlichen Namen aufzusuchen pflegen, um den wechselseitigen Informationen bzw. Warnungen zu entgehen.
- *Geschlechtsspezifisch* sollen Männer öfter betroffen sein als Frauen.
- Der *Krankheitsverlauf* kann sich auf einige wenige Episoden beschränken. Gewöhnlich aber handelt es sich hier um ein chronisches, also dauerhaftes „Leiden“.
- Der *Beginn* liegt üblicherweise im frühen Erwachsenenalter, häufig nach einem Klinikaufenthalt auf Grund eines realen Krankheitsgeschehens oder einer seelischen Störung (siehe unten).
- Zu den möglichen *prädisponierenden Faktoren* (also krankheitsbahnenden Einflüssen) zählen zum einen eine psychische Störung (z. B. schwere Persönlichkeitsstörung - siehe später), zum anderen reale körperliche Erkrankungen in der Zeit der Kindheit oder Adoleszenz (Heranwachsende), die damals zu intensiven medizinischen Behandlungen oder prägenden Klinikaufenthalten führten.

Als weitere Ursachen diskutiert man Groll, Neid, Hassgefühle u.ä. gegen den medizinischen Berufsstand, die Beschäftigung in medizini-

schen Bereichen (siehe später) oder eine die psychosoziale Entwicklung entscheidende Beziehung zu einem Arzt in der Vergangenheit.

- Fast schon charakteristisch sind die *psychosozialen Folgen* einer selbst manipulierten Krankheit. Häufig lässt sich damit keine stabile Arbeitssituation aufrecht erhalten, genauso wenig wie längerfristige partnerschaftliche, familiäre, überhaupt zwischenmenschliche Beziehungen. Eigentlich lässt sich alles auf einen Satz reduzieren:

Patienten mit selbstmanipulierter Krankheit sind einsam.

Wie gehen die „Patienten“ vor?

Oft kommen die „Patienten“ während der Notdienstzeit in die Klinik. In solchen hektischen Situationen sind die Chancen für eine rasche stationäre Aufnahme natürlich größer. Dabei schildern und präsentieren sie ihre „Symptome“ durchaus überzeugend, meist unwiderstehlich dramatisch, falls notwendig aber auch äußerst vage und unbestimmt, besonders bei ärztlichen Detailfragen. Diese Mischung aus hilfloser und fachbezogener Klage wird im Laufe der Zeit immer perfekter. Dazu kommt die Neigung zu phantastischem Lügen (Fachbegriff: Pseudologia phantastica), was diesem Krankheitsbild auch den Namen „Münchhausen-Syndrom“ eingebracht hat.

Auffällig ist das meist erstaunliche medizinische Fachwissen und die Kenntnis der Klinikroutine. Das erleichtert es ihnen auch, ihre Krankheits-Vorgeschichte (Fachbegriff: Anamnese) so glaubhaft darzustellen. Manchmal beschränken sie sich auf nur ein oder zwei Symptome, manchmal gehen die Krankheitszeichen mehrerer medizinischer Disziplinen durcheinander oder ineinander über, was die Situation natürlich kompliziert und den meist überforderten Aufnahmearzt besonders vorsichtig macht.

Liegen vielleicht noch alte oder neue reale Erkrankungen vor (siehe oben: Kombinations-Möglichkeiten), die in die Beschwerdeschilderung geschickt eingeflochten werden, wird es noch problematischer, die detaillierte oder vielleicht sogar entlarvende fachliche Übersicht zu bewahren.

So nimmt es nicht Wunder, dass man auf der Mediziner-Seite erst einmal vorsichtig ist, den Patienten untersucht und ggf. zur weiteren Beobachtung auf eine entsprechende Krankenstation nimmt und alles einleitet, was nötig erscheint. Damit hat er Patient erst einmal erreicht, was er wollte.

Einmal stationär aufgenommen, werden diese „Kranken“ aber oftmals rasch zu Problempatienten: anspruchsvoll, dauernd Aufmerksamkeit durch das Pflegepersonal fordernd, nicht gewillt, sich den Stationsregeln unterzuordnen, ständig wechselnde Klagen über körperliches Unbehagen, Beschwerden oder gar Schmerzen mit Wunsch nach entsprechenden Medikamenten, die letztlich

aber alle „nicht richtig helfen können“. Interessant auch die gute Kenntnis möglicher Nebenwirkungen (Beipackzettel, Fachinformationen) der verordneten Arzneimittel. In raffinierten Einzelfällen wird sogar die Verordnung der scheinbar notwendigen Medikamente so geschickt gesteuert, dass sich die unerwünschten Begleiterscheinungen wechselseitig verstärken (Fachausdruck: Arzneimittel-Interaktionen, Wechselwirkungen), was dann wieder begründeten Anlass zu neuen Untersuchungen und Therapie-Strategien gibt, d.h. es ist wieder Verwirrung gestiftet und Zeit gewonnen.

Allerdings müssen nicht alle diese Kranken anspruchsvoll, vorwurfsvoll oder „lästig“ sein. Nicht wenige sind auch „stille Dulder“, die sich nicht weiter in den Vordergrund drängen, besonders, wenn sie auf diese Weise ihren Krankenhausaufenthalt problemloser verlängern können.

Auffallend ist auch eine fast „selbstlose“ Bereitschaft, sich unangenehmen oder schmerzhaften Eingriffen zu unterziehen, die sie dann mit erstaunlicher Fassung, Ausdauer und Geduld über sich ergehen lassen (wahrscheinlich liegt bei nicht wenigen dieser Patienten auch eine erhöhte Schmerztoleranz vor, was ihnen diese Gelassenheit natürlich erleichtert).

Wenn die umfangreichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren zur Behebung der anfänglichen Beschwerden zu nichts führen, stellen sich die meisten allerdings rasch auf andere Klagen bzw. Krankheitszeichen oder – noch geschickter - auf komplizierte Symptom-Kombinationen um.

Was wird vorgetäuscht?

Welches sind nun die häufigsten Klagen und Krankheiten, die auf ein meist körperliches Leiden schließen lassen sollen?

Zum einen kann es sich um die erwähnte Übertreibung oder gezielte Verschlimmerung eines bestehenden krankhaften Zustandes handeln. Das macht die Situation natürlich noch schwieriger.

Zum anderen sind es rein vorgetäuschte und selbst ausgelöste oder verstärkte Symptome. Oft beginnt es mit dramatischen Ereignissen in der Öffentlichkeit („schnell einen Arzt!“), nicht selten für eine ausgewählte (d. h. leicht beeindruckbare oder übertrieben hilfsbereite) Umgebung arrangiert, manchmal auch im Wartezimmer des Arztes oder in einem anderen öffentlichkeits-wirksamen Umfeld.

Vorgetäuscht wird praktisch alles, was sich vortäuschen lässt. Und das ist im Grunde jeder Körper- bzw. Organbereich.

- Am häufigsten handelt es sich um **Schmerzzustände**. Sie können jeden Körperteil betreffen, am ehesten Gelenk-, Wirbelsäulen-, Muskel- oder andere Schmerzbilder. Ganz zu schweigen von Herz und Kreislauf mit den Möglichkeiten unklarer Herzbeschwerden bis zum „Vernichtungsschmerz“ beim „Herzinfarkt“ oder ähnlichen Schmerzbildern durch „Lungenembolie“ u.a. (siehe unten).
- Oftmals finden sich auch **Magen-Darm-Beschwerden** (z. B. im rechten Unterbauch) mit Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, ja Blutungen (siehe später). Angeboten werden vor allem Magen-Darm-Geschwüre und -blutungen, Blinddarm- oder Gallenblasen-Entzündungen usw.
- Nicht selten sind **neurologische Krankheitsbilder**, z. B. Kopfschmerzen, Gefühlsausfälle, Wirbelsäulen-Beschwerden, Gangstörungen, Anfallsleiden, Muskelschwäche oder gar Lähmungen.
- Im **dermatologischen (Haut-) Bereich** sind den Manipulationsmöglichkeiten fast keine Grenzen gesetzt: Ausschläge, Abszesse, Furunkel, unklare Wundheilungsstörungen, Ekzeme usw.
- In **urologischer Hinsicht** sind es vor allem Nieren- und Blasenschmerzen, ja sogar blutiger Urin.
- Beim **Frauenarzt** wird über Unterbauchschmerzen, Beschwerden bei der Monatsblutung, Scheinschwangerschaften, unklare Hautveränderungen und vor allem Blutungen an den Genitalien geklagt.
- Das **Blut** spielt überhaupt eine große Rolle: „So finden sich Blutarmut, Blutgerinnungsstörungen, Verschiebungen im roten und weißen Blutbild, sonderbare, offenbar infektiöse Blutbildveränderungen usw. nicht selten.“
- Auch das **Herz-Kreislauf-System** ist ein ergiebiges Feld, wie bereits erwähnt: Von unklaren Herzbeschwerden bis hin zur Nachahmung von Herzinfarkt oder Angina pectoris, ferner Bluthochdruck, Thrombosen (Blutpfropfbildungen), Fieberschübe u.a.
- Selbst **endokrinologische Symptome** wie Unterzuckerung, Überfunktion der Schilddrüse, sonstige Stoffwechselstörungen usw. sind nicht ausschließbar.
- Eher selten sind hingegen die Versuche, im **seelischen Bereich** etwas vorzumachen. Hier spüren die Betroffenen natürlich rasch, dass sie es mit Psychiatern und Psychologen zu tun haben werden, die die eigentlich zuständigen Fachleute für ihr „Grund-Leiden“ sind. Trotz allem wird aber auch hier manchmal versucht, depressive Zustände, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, Medikamentenmissbrauch, Rauschdrogenabhängigkeit, Alkoholkrankheit, vor allem dramatische Entzugsdelirien u.a. vorzutäuschen.

Was gibt es für Manipulations-Techniken?

Natürlich fragt sich jeder: Wie lassen sich - selbst im größten Stress - spezialisierte Ärzte mit ihren vielen Kontrollmöglichkeiten so lange an der Nase herumführen? Die Antwort ist einfach:

Zum einen darf man es sich nicht mit der vorschnellen und bequemen Verdachtsdiagnose einer „Simulation“ oder „vorgetäuschten Störung“ zu leicht machen. Es ist nicht nur ethisch, sondern auch unter Umständen juristisch verhängnisvoll.

Zum anderen gehen diese „Patienten“ so überzeugend, geschickt und bisweilen raffiniert vor und haben - vor allem im Laufe der Zeit und durch mehrere Krankenhäuseraufenthalte trainiert - ihr Leidensbild so perfekt zu präsentieren gelernt, dass es einfach seine Zeit braucht, bis der Betreffende die ersten entlarvenden Fehler macht - was noch lange nicht auf die richtige Spur führen muss (siehe später).

Und schließlich sind die Methoden der Selbstmanipulation auch für ein medizinisches Verständnis so ungewöhnlich, trickreich und meist eben nicht nur raffiniert, sondern mitunter fast schon gnadenlos bis grausam anmutend, dass man es sich als Laie oder selbst als Arzt (lange) einfach nicht vorzustellen vermag, zumindest nicht beim ersten Mal.

Nehmen wir nur die Selbstmanipulationen an der Haut, in Fachkreisen **artifizielle Hauterkrankungen** genannt: Wer beschädigt sich schon durch das Aufbringen von Säuren, Laugen oder andere schädigende Substanzen. Wer knetet, reibt, quetscht, stranguliert die Haut oder gar Arme und Beine, bis es zu Blutergüssen und Lymphstauungen kommt. Wer spritzt sich infizierte Lösungen, Speichel, Milch oder gar Spülwasser unter die Haut, bis sich alles entzündet und eitert.

Noch unfassbarer sind die **artifiziellen internistischen Erkrankungen**: Die Fälschung des Krankenblattes oder Thermometer-Manipulationen sind erst einmal „nur“ risiko- und schmerzloser Betrug. Aber künstliches Fieber durch Einnahme schädigender Substanzen oder künstliche Blutarmut durch ständiges Blutabzapfen oder selbst herbeigeführtes Bluten, wenn nicht gar die Einnahme von Antikoagulanzen (Arzneimittel, die die Blutgerinnung hemmen, um beispielsweise eine gefährliche Blutpfropfbildung zu verhindern) - das ist schon ein Schritt, den nicht jeder tun würde, selbst um eines vorübergehenden Vorteils willens.

Oder gar eine künstliche Überfunktion der Schilddrüse durch Schilddrüsenhormone, eine Unterzuckerung durch Einnahme von Antidiabetika bis hin zur Injektion von Insulin, oder zu wenig Kalium bzw. zuviel Kalzium im Blut durch

Einnahme entsprechender Medikamente, von überaus komplizierten **Manipulationen weiterer Stoffwechselbereiche** ganz zu schweigen.

Dasselbe gilt für **Herz- und Lungenbeschwerden**, die man durch Einnahme bestimmter Arzneimittel provozieren kann (Bluthusten beispielsweise durch geschlucktes Eigen- oder Tierblut).

Blut als Täuschungsversuch spielt überhaupt eine große Rolle, nicht zuletzt im gynäkologischen Bereich: z. B. Scheidenblutung durch Eigen- oder Fremdblut, aber auch ätzende Lösungen. Das gleiche gilt für Urin oder Stuhl (bis hin zur Selbstverletzung von Enddarm und Harnröhre bzw. Blase).

Und schließlich lassen sich **Speichel, Urin, Stuhl, Blut** usw. relativ einfach infizieren, und zwar schon bevor sie den Körper verlassen haben (z. B. Urin durch Kot).

Ein besonders problematisches Kapitel ist die **verzögerte Wundheilung** von Operationsnarben. Manche Patienten haben einen Unterbauch, der durch zahlreiche Operationen wie ein „Grillrost“ vernarbt ist.

Schier unüberschaubar werden inzwischen die Probleme durch die bereits erwähnten **Arzneimittel-Interaktionen** (Medikamenten-Wechselwirkungen), besonders wenn hier gezielt alle möglichen Komplikationen provoziert werden.

Nun sagt sich vielleicht der eine oder andere: Aber dafür sind doch die Ärzte ausgebildet. Schließlich muss man auch die Nachteile seines „Handwerkszeugs kennen“, also beispielsweise unerwünschte Begleiterscheinungen oder gar gefährliche Nebenwirkungen. Das ist richtig. Aber man muss auch die Dimensionen kennen, die heute auf einen Arzt zukommen (von einer Krankenschwester oder einem Pfleger ganz zu schweigen).

Jedes Fachgebiet, also innere Medizin, Urologie, Gynäkologie usw. hat bereits für sich ein medikamentöses Angebot von Dutzenden entsprechender Substanzen und Hunderten (!) von Präparaten zu bewältigen (in der Regel gibt es von einer chemischen Substanz mehrere Präparate mit natürlich anderem Handelsnamen). Da immer mehr Patienten auch immer mehr Arzneimittel einnehmen, und zwar aus verschiedenen medizinischen Bereichen, kann sich beispielsweise ein Aufnahmearzt plötzlich (!) mit einem Dutzend oder mehr Arzneimitteln konfrontiert sehen. Und alle haben unterschiedliche Heilanzeigen, Nebenwirkungen und Risiken. Und – wie erwähnt – noch schlimmer: Einige neutralisieren sich in ihrer erwünschten Wirkung gegenseitig, andere verstärken mit ihren Nebenwirkungen unangenehme bis ggf. gefährliche Folgen.

Und wenn jetzt noch jemand gezielt darauf hinarbeitet durch solche Arzneimittel-Wechselwirkungen Verwirrung oder Schaden anzurichten, dann darf man sich nicht wundern, dass ihm dies wahrscheinlich erst einmal gelingt.

Kurz: Mitunter ist es schier unfassbar, was den Betroffenen alles einfällt, um die Ärzte zu täuschen - zumindest eine Zeit lang.

Etwas schwieriger und damit auch seltener wird es, wenn mit **seelischen vorgetäuschten Störungen** manipuliert zu werden versucht. Doch auch da gibt es genügend Möglichkeiten:

So kann man z.B. **Psychostimulantien** oder Weckmittel einnehmen, um Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit, Schlafstörungen u.a. zu provozieren.

Bei den **Halluzinogenen** (z. B. Haschisch/Marihuana, vor allem aber LSD u.a.) soll ein veränderter Wahrnehmungszustand provoziert werden.

Analgetika (Schmerzmittel) können eine krankhafte Euphorie (inhaltsloses Glücksgefühl) vortäuschen, **Hypnotika** (Schlafmittel) eine ungewöhnliche Tagesmüdigkeit oder gar Lethargie (herabgesetzte Reaktionsfähigkeit bis hin zur ständigen Einschlafneigung).

Ganz besonders ungewöhnlich sind jene Krankheitsbilder, die durch verschiedene - möglichst noch gegensätzlich wirkende - chemische Substanzen ausgelöst werden (z. B. Schlafmittel und Psychostimulantien zugleich).

Wahrscheinlich hat jetzt mancher Leser einen Einwand, der nicht von der Hand zu weisen ist - auf den ersten Blick: Warum werden hier so detaillierte Hinweise gegeben, praktisch jedermann zugänglich, denn das könnte ja auch missbraucht werden.

Das ist das Problem gezielter Aufklärung generell. Informationen können grundsätzlich auch in schädlicher Weise genutzt werden. Bedeutsamer aber als solche Negativ-Folgen ist die Aufklärung aller gutwillig Interessierten, vor allem aber Betroffenen. Denn es sind in der Regel nur ganz wenige, die zum Nachteil anderer oder der ganzen Solidargemeinschaft vorgehen, aber viele, die darunter zu leiden haben, direkt oder indirekt. Und die gilt es gezielt zu informieren, damit die anderen nicht oder nur zeitlich begrenzt Schaden anrichten können.

Was deutet auf eine selbstmanipulierte Krankheit hin - was kann mit einer selbstmanipulierten Krankheit verwechselt werden?

Selbst bei begründetem Verdacht auf selbstmanipulierte Krankheit muss dieses Phänomen von einem echten seelischen oder körperlichen Leiden unterschieden werden. Wer dem Text bisher gefolgt ist, kann sich vorstellen, wo die Fußangeln liegen. Deshalb gilt es zwei Aspekte zu berücksichtigen:

1. Welche Verhaltenshinweise deuten auf eine selbstmanipulierte Krankheit hin?
2. Welche „echten“ seelischen oder körperlichen Erkrankungen können – umgekehrt - auf den *falschen* Verdacht einer selbstmanipulierten Krankheit führen?

Zum ersten Punkt: Die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) zählt in ihrem Standardwerk, dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen - DSM-IV, folgende Hinweise auf, die auf eine Vorgetäuschte Störung (wie es dort heißt) aufmerksam machen sollen. Im Einzelnen (modifiziert und erweitert):

- Eine untypische oder besonders dramatische Darbietung des Leidensbildes, die nicht zu einer bekannten medizinischen Krankheit oder psychischen Störung passt.
- Symptome oder Verhaltensweisen, die nur dann auftreten, wenn die betreffende Person beobachtet wird.
- Pseudologia phantastica, also ein phantastisches (bzw. phantasiereiches) Lügen.
- Nicht angepasstes, unsoziales bis destruktives (zerstörerisches, im übertragenen Sinne einfach unsoziales, die Gemeinschaft belastendes) Verhalten auf der Krankenstation, z. B. mangelnde Bereitschaft, sich den Klinikregeln und -vorschriften unterzuordnen, häufige (unnötige, gereizte oder aggressive) Diskussionen mit Pflegepersonal und Ärzten u.a.
- Ausgesprochen gute Kenntnisse über Krankheiten, medizinische Fachbegriffe, aber auch die Klinikroutine und vor allem ihre organisatorischen Schwächen bzw. Schlupfwinkel.
- Heimlicher Substanzgebrauch (Arzneimittel, schädigende chemische Stoffe u.a.).
- Hinweise auf zahlreiche medizinische Eingriffe (z. B. Berichte über Operationen, Elektrokrampfbehandlung u.a.).
- In der Vorgeschichte offenbar ungewöhnlich viele Reisen, und zwar nicht nur regional, sondern auch auf Bundesebene oder gar europaweit.
- Erstaunlich wenige Besucher während des Klinikaufenthaltes, was entweder mit wenig ernstere Bekanntschaften zusammenhängt oder mit den ständig wechselnden Klinikaufhalten; und wenn, dann sorgsam vom Personal zurückgehalten oder gar verborgen.

- Ausgesprochen wechselhafter Krankheitsverlauf mit zum Teil schnellen Krankheitsentwicklungen, „ungewöhnlichen Komplikationen“ oder neuen „krankhaften Phänomenen“, wenn die ersten Untersuchungen keine greifbaren Ergebnisse zu bringen drohen u.a.m.

Eine Übersicht über jene Leiden, die vor der Diagnose einer selbstmanipulierten Krankheit ausgeschlossen werden müssen, zeigt die nachfolgende Übersicht:

- *Offene Selbstbeschädigung* zur Erreichung eines bestimmten Zieles (z. B. Krankenhaus statt Gefängnis).
- *Simulation*: siehe die entsprechenden Hinweise in diesem Kapitel.
- *Selbstverletzendes Verhalten bei hirnorganischen Krankheiten*: z. B. geistige Behinderung mit impulsiv-dranghaften Selbstverletzungen.
- *Trichotillomanie*: krankhaftes Herausreißen des Haares, gehört zu den sogenannten Impulshandlungen. Meist Mädchen.
- *Dysmorphophobie*: auch als körperdysmorphe Störung bezeichnet. Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel.
- *Chronische taktile Halluzinose*: Einzelheiten siehe das spezielle Kapitel über den Dermatozoenwahn.
- *Neurotische Exkorationen*: krankhafte Hautabschürfungen auf Grund einer neurotischen Fehlhaltung. Weitere Einzelheiten siehe auch das Kapitel über Haar und seelische Störung.
- *Hypochondrische Störungen*: Einzelheiten siehe das spezielle Kapitel über die Hypochondrie.
- *Hysterische Störungen*: Einzelheiten siehe das spezielle Kapitel über die Hysterie.
- *Chronisches Schmerzsyndrom*: Einzelheiten siehe u.a. im Kapitel Schmerz und seelische Störungen.
- *Selbstbeschädigung bei Psychosen*: weitere Einzelheiten siehe auch die Kapitel über Schizophrenie und wahnhafte Störungen, aber auch bei hirnorganischen Psychosen (Geisteskrankheit durch Gehirn-Störung mit entsprechendem Beschwerdebild).

- *Selbstbeschädigung bei Häftlingen*: z. B. sogenannte Metallschlucker, um in die Krankenabteilung oder gar ins nächste Krankenhaus verlegt zu werden.
- *Ess-Störungen*: Anorexie und Bulimie u.a. Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel.
- *Suchtkrankheiten*: selbstschädigendes Verhalten durch Medikamentenmissbrauch, Rauschgiftsucht und Alkoholabhängigkeit.

Wie teilt man selbstmanipulierte Krankheiten klassifikatorisch ein?

Selbstmanipulierte Krankheiten kann man je nach psychiatrischer Klassifikation noch unterteilen. Die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) differenziert beispielsweise in drei Subtypen:

- **Vorgetäuschte Störung mit vorwiegend psychischen Symptomen:** Charakteristisch ist das absichtliche Erzeugen oder Vortäuschen seelischer Symptome. Meist wird eine Psychose (Geisteskrankheit) mit Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen vorgespielt (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel über Schizophrenie, wahnhaftige Störungen u.a.).

Nicht selten sind es auch Depressionen bis hin zu suizidalen Absichten (z. B. nach dem Tode eines nahen Angehörigen, der sich aber trotz detaillierter Nachfragen nicht bestätigen lässt).

Auch Erinnerungslücken (für kurz oder länger zurückliegende Ereignisse) werden vorgetäuscht und die schon erwähnten Halluzinationen (akustische, optische und andere Sinnestäuschungen), ja sogar seelische Blindheit, Sprachlosigkeit, Lähmungen u.a. Hier fällt vor allem auf, dass der „Patient“ äußerst suggestibel (beeinflussbar) ist und viele Symptome (rasch reagierend aber doch irgendwie fast überrascht) bestätigt, die während der Untersuchung abgefragt werden.

Umgekehrt kann er sich aber auch sehr distanziert, ablehnend oder unkooperativ verhalten. Auf jeden Fall entspricht das dargebotene Beschwerdebild seinen subjektiven Vorstellungen von dieser seelischen Störung und pflegt letztlich nicht mit dem übereinzustimmen, was der erfahrene Arzt (vor allem aber Psychiater) diesbezüglich voraussetzen kann.

- **Vorgetäuschte Störung mit vorwiegend körperlichen Symptomen:** Hier handelt es sich zumeist um die erwähnten Schmerzbilder, Magen-Darm-Beschwerden, Blutungen, Hauterkrankungen, um Fieber unbestimmter Ursache u.a. Dabei sind alle Organsysteme möglich. Der krankhaften Phantasie sind offensichtlich keine Grenzen gesetzt.

- **Vorgetäuschte Störung mit seelischen *und* körperlichen Symptomen:** Diagnostisch besonders schwierig abgrenzbar, da meist ständig wechselnder seelischer oder körperlicher Leidens-Schwerpunkt.

Weitere Unterteilungsmöglichkeiten mit psychosozialen Hintergrund

In der psychiatrischen, psychologischen und vor allem psychotherapeutisch orientierten Fachliteratur werden noch weitere Unterteilungen diskutiert. Nachfolgend deshalb eine kurze Übersicht (nach Eckardt):

- **Das Münchhausen-Syndrom im eigentlichen Sinne** ist im Grunde nur eine kleine Untergruppe:

Neben den beschriebenen Selbstmanipulationen von Krankheitszeichen steht hier vor allem eine besonders schwere Störung der zwischenmenschlichen Beziehungen im Vordergrund. Sie äußert sich in ständigen Beziehungsabbrüchen, permanentem Umherreisen, im sogenannten „Krankenhauswandern“, häufigen plötzlichen Selbstentlassungen und einer mangelhaften sozialen Verwurzelung bis zur totalen Unstetigkeit. Das männliche Geschlecht überwiegt.

Hier findet sich dann auch ein spezifisches Symptom, nämlich die sogenannte „*Pseudologia phantastica*“. Das ist das erwähnte Erzählen phantastischer Geschichten, also wie beim „Lügenbaron“, nur eben auf die eigene Lebensgeschichte, Herkunft und Krankheit bezogen. Hier geben die Patienten dann auch falsche Namen und Adressen an, was eine solche „krankhafte Karriere“ regelrecht erzwingt, denn langsam werden die Ärzte, die Schwestern und die Pfleger, die Krankenhausverwaltungen und die Krankenkassen auf dieses Phänomen aufmerksam und informieren sich untereinander.

Im Extremfall geraten die Patienten dann auch in weitere Konfliktbereiche. Das geht von der Medikamentenabhängigkeit über kriminelles Verhalten bis zur Dissozialität, zum sozialen Abstieg und zur Entwurzelung.

Diese Patienten kommen häufig aus schwierigen Verhältnissen (Inzest, Sucht der Eltern, Kindesmisshandlung, kriminelle Entgleisungen). Und sie entwickeln im Verlaufe ihres „Leidens“ oft weitere seelische Störungen, z. B. schwere narzisstische (krankhaft „Selbstverliebte“) oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Grenzfälle zwischen Neurose und Psychose), mitunter sogar eine schizophrene Psychose, also Geisteskrankheit (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Internet-Serie).

Und zu allem sind sie - schicksalhafte Endstation der tragischen Entwicklung - meist noch therapeutisch so gut wie nicht zugänglich.

- Beim **erweiterten Münchhausen-Syndrom** (auch *Münchhausen in Vertretung* genannt) handelt es sich um eine besonders unfassbare Störung dieser Art, weil nicht nur der Betroffene, sondern noch eine weitere Person einbezogen ist. Und das meist noch in Form des eigenen Kindes.

Hier manipulieren dann beispielsweise Mütter nicht an sich (wenngleich bisweilen zusätzlich), sondern an einem oder mehreren ihrer Kindern. Es sollen also Symptome vorgetäuscht oder verstärkt werden, um das Kind in Kliniken aufnehmen zu lassen, ja um medizinische Eingriffe bis hin zu Operationen zu provozieren.

Solche Mütter erscheinen - nach außen - erst einmal besonders fürsorglich und besorgt. In Wirklichkeit liegt hier eine pathologische Identifikation vor, also eine in gemütsmäßiger Hinsicht krankhafte Gleichsetzung mit einer anderen Person. In diesem Falle ist es die Mutter mit Münchhausen-Syndrom, die dieses Leiden (auch noch) auf ihr Kind überträgt.

Dabei fällt zuerst einmal die überaus enge Beziehung zwischen beiden auf. Und dann der sonderbare Umstand, dass dieses Kind selbst schmerzhaft Eingriffe geduldig über sich ergehen lässt, wenn sie von der Mutter in die Wege geleitet wurden.

Tatsächlich „gewinnen“ dabei nur die Mütter, falls man überhaupt von einem „Krankheits-Gewinn“ sprechen kann. Sie scheinen durch diese Manipulationen an ihrem Kind eigene schwere seelische Krisen abwehren zu können. Und wenn dies durch eine aufgeschreckte Umgebung verhindert wird, dann geraten sie in eine ernste seelische Krise, d. h. dekompensieren seelisch (wenn nicht gar psychotisch, also mit Symptomen einer Geisteskrankheit). Oder sie legen sogar Hand an sich.

Hier zeigt sich dann deutlich, dass zwischen fremd-aggressiven (d. h. zu Lasten des eigenen Kindes) und selbst-aggressiven Regungen bzw. Handlungen mitunter kaum ein Unterschied besteht, bzw. das eine rasch ins andere umkippen kann.

Dazu trägt vor allem das erwähnte Phänomen bei, dass bei solchen Müttern das Kind nicht als eigenes Individuum, sondern als ein Teil des eigenen Lebens und der eigenen Person empfunden und entsprechend behandelt wird. Will sich also die Mutter psychologisch durch Selbstmanipulationen entlasten, kann sie das beim erweiterten Münchhausen-Syndrom auch dadurch, dass sie ihr Kind in nutzlose medizinische Manipulationen verstrickt. Und wird ihr das verwehrt, so ist ihr damit eine Art „selbst-therapeutische Behandlungsschiene“ genommen, und sie gerät in eine schwere psychische Notsituation (siehe oben).

- Bei einer weiteren Gruppe der selbstmanipulierten Krankheiten, auch als **eigentliche Artefakt-Krankheit**, als **heimliche Selbstmisshandlung** oder als **Mimikry-Phänomen** bezeichnet, handelt es sich wahrscheinlich um die größte Krankheitsgruppe.

Hier überwiegt das weibliche Geschlecht und dazu noch medizinische Berufe: oft Krankenschwestern, Medizinisch-technische Assistentinnen, Röntgen-Assistentinnen u.a.

Das Beschwerdebild ist das Gleiche wie oben beschrieben. Im Gegensatz zum Münchhausen-Patienten erscheinen diese Kranken aber sozial angepasster. Sie bleiben partnerschaftlich, familiär, gesellschaftlich und beruflich meist integriert. Und sie phantasieren ihre Krankheit nur selten über jenes Maß hinaus, das dem Umfeld dann plötzlich zu Denken gibt.

Auch im Krankenhaus erweisen sie sich als angepasster, verlassen nicht plötzlich brüsk die Station, weil sie sich nicht entsprechend behandelt oder gar überführt sehen, und gewöhnen sich auch nicht so ausgeprägt das „Krankenhauswandern“ an, wie das in Extremfällen zu beobachten ist. Kommen sie aus medizinischen Fachberufen, sind sie ohnehin bekannter und wissen auch, dass man doch irgendwann enttarnt wird.

Kurz: Die meisten dieser Patienten entwickeln eine Art „verdünntes Beschwerdebild“ mit weniger folgenreichen psychosozialen Konsequenzen.

Warum werden vorgetäuschte Störungen nicht schneller erkannt - und wenn, was gilt es dann zu beachten?

Ob raffiniert oder nicht, es drängt sich unweigerlich immer wieder die begründete Frage auf: Warum sind solche Manipulationen in einer modernen Klinik nicht rascher erkennbar?

Das hat verschiedene Gründe, die zum Teil schon erwähnt wurden. Vor allem muss man an eine solche Abnormität denken, bevor man sie gezielt entlarven kann. Das aber ist für den Arzt, der im Grunde nur auf Heilung ausgerichtet ist, erst einmal neu. Deshalb schaltet er auch nicht sofort auf die Möglichkeit einer Simulation um, sondern akzeptiert erst einmal seine eigenen begrenzten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Das heißt, er sucht zunächst bei sich selber: Was habe ich vergessen, was könnte es noch sein? Und der Gedanke, dass sich hier ein „abnormer Patient“ einzuschmuggeln versucht, der kommt ihm - besonders im Alltagsstress einer Klinikroutine - ggf. erst nach und nach.

Und wenn ein solcher Verdacht aufkommt, so wird er sich hüten, diesen sofort anzusprechen, bevor er nicht eindeutige Beweise dafür hat. Dies ist einerseits eine menschliche bzw. eine ethische, zum anderen auch eine juristische For-

derung - mit Recht. Und wenn schließlich alles für eine vorgetäuschte Störung spricht, dann ist damit noch nicht viel erreicht. So könnte sich der Patient z. B. anlässlich seiner Enttarnung plötzlich wirklich etwas Gefährliches zufügen, das es zu behandeln gilt. Und auch bereits vorliegende Symptome können sich zu realen Bedrohungen ausgewachsen haben, auch wenn sie selbst verschuldet herbeigeführt wurden. Wer noch einmal die einzelnen Manipulations-Techniken durchliest, wird es verstehen.

Nun gibt es aber tatsächlich bestimmte Hinweise, die nach und nach hellhörig werden lassen (sollten) - sofern man daran denkt. Und das ist eine Erfahrungsfrage: Einzelheiten siehe die obigen Hinweise der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA), die nachfolgend noch etwas ergänzt werden sollen:

In vielen Fällen ungewöhnlich ist vor allem die „lammfromme“ Bereitschaft dieser „Patienten“, sich ständigen, meist durchaus unangenehmen, wenn nicht gar schmerzhaften Eingriffen zu unterziehen. Interessant ist auch die bereits erwähnte Erkenntnis, dass manche dieser Patienten eine erhöhte Schmerztoleranz haben. Es scheint ihnen also gar nicht so sehr zuzusetzen, was ihnen dauernd zugemutet wird.

In anderen Fällen fällt eine eigenartige Gleichgültigkeit gegenüber den Untersuchungsergebnissen und dem Heilungsverlauf auf. Schließlich freut sich jeder, wenn sich sein Zustand bessert und die Klinikentlassung ansteht. Doch hier ist der Betreffende zwar nicht enttäuscht (das würde nun wirklich sofort auffallen), aber auch nicht begeistert. Nach und nach wird deshalb deutlich: Diese Krankheit scheint dem Betreffenden eine Art „Way of Life“ zu sein. Und das Krankenhaus fast die „zweite Heimat“.

Und dann ein Phänomen, das vor allem den Schwestern und Pflegern auffällt: Patienten mit vorgetäuschten Störungen bekommen wenig oder überhaupt keinen Besuch, während ihrer stationären Behandlung. Und wenn, dann wird er eher abgeschirmt, damit es mit dem Personal zu keinen „unnötigen Kontakten“ kommen kann.

Nicht selten wird auch der Arzt mit der Bitte verwundert, die Krankengeschichte separat (also nicht im Krankengeschichten-Archiv des Hauses) aufzubewahren und nicht ohne die Einwilligung des Patienten an fremde Ärzte und Krankenhäuser weiterzugeben. Das ist zwar ohnehin die Regel, aber hier wird es so penetrant wiederholt, fast mit drohendem Unterton, dass man sich - zumindest rückblickend - schon seine Gedanken machen müsste.

Kommt schließlich heraus, dass bereits früher ungewöhnlich häufige stationäre Untersuchungs- und Behandlungsaufenthalte absolviert werden mussten, so wollen die Patienten auch von dort keine entsprechenden Unterlagen angefordert wissen. Dabei sagt doch jeder aufgeklärte Patient seinem Arzt, diese oder jene (mitunter belastende) Untersuchung wurde erst vor kurzem durch-

geführt, fragen Sie doch bitte den dortigen Arzt. Doch Patienten mit vorge-täuschten Störungen bestehen förmlich darauf, dies alles noch einmal neu zu machen sei, um vor allem verdächtige Kontakte zu verhindern.

Wird der „Kranke“ schließlich mit seinen Täuschungsabsichten konfrontiert, weist er natürlich alle Vorwürfe von sich. So pflegt er in der Regel enttäuscht, erschüttert, meist aber schließlich erbost, wütend oder aggressiv zu reagieren. Oder er versucht Ärzte und Pflegepersonal schuldig werden zu lassen – wie auch immer. Oder unter Druck zu setzen. Am Schluss verlässt er dann gegen ärztlichen Rat überstürzt oder gar fluchtartig das Krankenhaus.

Das alles geht so lange gut, bis der Betreffende schließlich immer häufiger erkannt und rechtzeitig „überführt“ wird (oft per Zufall oder durch einen Mit-patienten bzw. Besucher anderer Kranker). Dies kann aber lange dauern, zumal nicht nur verschiedene Kliniken, sondern auch Städte, Bundesländer, Staaten und sogar Kontinente einbezogen werden. Man nennt dieses Phäno-men deshalb auch „*Krankenhauswandern*“. Dabei können im Verlaufe eines solchen Lebens enorme Wegstrecken zurückgelegt und eine ungewöhnliche Zahl von Kliniken missbraucht werden.

Was kann einen Menschen zum „selbstmanipulierten Patienten“ machen?

So bleibt die Frage: Was kann eigentlich einen Menschen zu einem „selbst-manipulierten Kranken“ machen? Welche seelischen, körperlichen, psycho-sozialen Ursachen und Hintergründe können eine Rolle spielen? Vor allem bevor sich seelische Ursachen und psychosoziale Folgen zu einem vielleicht ganz anderen Krankheitsbild vereinigen, das mit den ursprünglichen Voraus-setzungen nur noch wenig zu tun hat.

Die Antwort ist ernüchternd, jedenfalls nach bisherigem Kenntnisstand: Man weiß nicht allzu viel über diese Menschen. Zum einen sind sie nicht so häufig. Zum anderen lassen sie sich schwer untersuchen, vor allen gezielt befragen, was an früheren Belastungen möglicherweise ihr Leben in eine solche Ent-wicklung abgedrängt hat.

Nachfolgend deshalb nur einige wenige Aspekte, die bisher unter den Exper-ten diskutiert werden:

Die Patienten mit einer vorgetäuschten Störung sind offensichtlich keine ein-heitliche Krankheitsgruppe. Am häufigsten dürfte es sich um sogenannte Persönlichkeitsstörungen handeln (früher auch als Psychopathie bezeichnet). Doch das Spektrum der Leiden reicht von depressiven Zuständen bis zu hysterischen, narzisstischen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Die Borderline-Störung wird als Ursache derzeit wieder vermehrt ins Gespräch gebracht. Einzelheiten deshalb stichwortartig im nachfolgenden Kasten.

Borderline-Störung in Stichworten

Seelische Störung im Grenzgebiet (engl.: Borderline = Grenzlinie) zwischen schizophrener Psychose (Geisteskrankheit) und Neurose bzw. Persönlichkeitsstörung (je nach Klassifikation).

Bedeutungsgleiche Begriffe sind Borderline-Syndrom, Borderline-Patient, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Borderline-Neurose, psychose-nahe Neurose u.a.

Inzwischen immer häufiger gestellte Diagnose, die bisweilen unkritisch überdehnt wird. Bei aller Schwierigkeit hat sich jedoch eine knappe *Charakterisierung* gehalten: Borderline-Patienten gelten als „stabil in der Instabilität“, d.h. sie müssten eigentlich laufend (psychotisch) dekompensieren, tun es aber nicht.

Psychologische Aspekte: Auf Grund einer komplizierten („frühen“) innerseelischen Störung bleiben „gute“ und „böse“ Aspekte zwischen der eigenen Person und den Beziehungspersonen unverbunden nebeneinander bestehen. So erlebt sich der Betroffene ständig schwankend zwischen Gut und Böse und spaltet auch seine zwischenmenschlichen Beziehungen in gut und böse auf, ohne zu einer brauchbaren Integrationslösung zu kommen (Schwarz-weiß-Malerei).

Beschwerdebild: Vielgestaltig, häufig hypochondrische Reaktionen, Angstzustände (z. B. vor dem Alleinsein), Beziehungsstörungen (z. B. teils idealisierende Verklärung, teils Abwertung ein und derselben Person, Gefühl der Isolierung), Stimmungsschwankungen, ausgeprägte Unsicherheit (Berufswahl, Geschlechtsrolle, zwischenmenschlich), sexuelle Störungen, Gefühl der Leere und Langeweile, vor allem aber auch aggressive Zustände (chronische Gereiztheit, Zorn, Wut, Erregungszustände, empfindlich gegen Kritik) sowie ggf. Neigung zur Selbstbeschädigung, einerseits durch Alkohol- und Rauschdrogenmissbrauch, aber auch gesellschaftliche Selbstbeschädigung durch Glücksspiel bzw. konkrete Manipulationen, teils selber, teils im Rahmen einer selbstmanipulierten Krankheit.

Klar abgrenzbar sind psychotische Leiden mit Selbstverletzungs-Tendenzen. Relativ einfach zu erkennen sind auch leichtere Formen der Selbstmanipulation, die gleichsam vorübergehend eine sich zuspitzende Konfliktsituation entschärfen sollen. Hier handelt es sich dann meist um neurotische Entwicklungen, die einer psychotherapeutischen Intervention auch gut zugänglich sind.

Weitere Einzelheiten siehe die Hinweise: Was kann mit einer selbstmanipulierten Krankheit verwechselt werden?

Noch wichtiger aber sind eigentlich die psychologischen Aspekte. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht:

Psychologische Aspekte

Es gibt - wie erwähnt - nicht *den* Patienten mit selbstmanipulierter Krankheit. Es gilt eine Vielzahl von Schicksalen zu berücksichtigen, die auf Grund von Erbanlage, psychosozialen Einflüssen, vor allem in Kindheit und Jugend sowie später im Rahmen der psychosozialen Folgen des Leidens zu dem wurden, was sie wurden - auch wenn es kaum nachvollziehbar ist. Einiges aber scheint sich doch so zu wiederholen, so dass man bei entsprechendem Verdacht darauf achten sollte:

Nicht wenige Menschen mit vorgetäuschten Störungen waren in ihrer Kindheit und Jugend einschneidenden Trennungs- und Verlusterlebnissen, aber auch körperlichen, seelischen und sexuellen Misshandlungen ausgesetzt. Oft stammen sie aus schwer gestörten Familiensystemen, selbst wenn diese nach außen hin sozial angepasst erschienen („Fassadenfamilie“).

Grundlage für ihre späteren Täuschungsversuche sind also einerseits gehäufte chronische Krankheiten unter Angehörigen. Und - bei einer bestimmten Form dieser heimlichen Selbstbehandlung in etwa einem Drittel aller Fälle - eine medizinische Berufsausbildung im weitesten Sinne, die sie zu ihrer Täuschungs-Strategie dann auch eher befähigt (siehe oben).

In psychologischer Hinsicht kommt es also durch entsprechende „seelische Verwundungen“ (Fachbegriff: psychische Traumata), besonders wenn sie sich häuften, zu entsprechend folgenreichen psychischen Entwicklungsstörungen. Dies äußert sich u.a. in einer gestörten Beziehung zum eigenen Körper. Man sagt, es entwickelt sich so etwas wie eine Abspaltung des Körpers oder einzelner Körperteile von sich selber (Fachbegriff: Depersonalisation: „Ich bin nicht mehr ich“).

Auf diese - seelisch abgespalten - Körperteile werden dann zur Entlastung des übrigen „Ichs“ negative Eigenschaften übertragen. Der Körper wird stellvertretend misshandelt, bestraft und verstümmelt, gleichsam ein Teil anstelle des ganzen geopfert.

Damit sollen beispielsweise belastende Kindheitserinnerungen bewältigt werden. Der Patient behandelt seinen Körper so, wie er sich als Kind behandelt fühlte. Er reagiert an seinem eigenen Körper die damaligen Erlebnisse von Ohnmacht und Hilflosigkeit ab, aber auch Selbstbestrafungswünsche und un-ausgelebte Aggressionen.

Ein wichtiger Aspekt ist dabei der, dass andere Menschen, denen man gerne aggressiv begegnen möchte, nicht immer verfügbar sind, vor allem nicht, wenn

man sie „bräuchte“. Und zudem würden sich die meisten das auch gar nicht gefallen lassen. Aber jemand, der immer greifbar ist, das ist der eigene Körper, der damit nicht nur zum Opfer, sondern auch zu einer Art „verquerrer Geborgenheit“ beiträgt, weil er eben ständig verfügbar ist („... meinen Körper habe ich immer, er kann mich nicht verlassen“).

Der Arzt wird nun - erst einmal unerkannt und später unfreiwillig - in dieses psychologische System mit einbezogen. Er vereint - wie die Psychologen und Psychiater es ausdrücken - sowohl den guten, versorgenden, heilenden und damit mütterlichen Teil als auch die aggressive, eindringende, bestrafende Seite.

Und gleichzeitig übernimmt er - ohne es zu wollen - einerseits die Verantwortung für die Beschädigung des Körpers, andererseits wiederum den heilenden Anteil, zumindest aber die Zuwendung zu diesem Körper.

Einzelheiten zu diesen komplizierten psychodynamischen Aspekten bzw. psychologischen Erklärungsversuchen würden hier zu weit führen. Sie machen aber klar, dass es sich selbst bei einer der abnormsten Formen seelischer Störung letztlich um ein in sich fast schlüssiges Selbstbehandlungssystem handelt, auch wenn es mit gesundem Menschenverstand kaum fassbar ist.

Therapie – was kann man tun?

Nach diesen Ausführungen kann man sich leicht vorstellen, dass nicht nur die Möglichkeit einer gezielten Behandlung durch das ständige Krankenhauswandern erschwert ist, sondern auch die Therapie selber - sofern sie je zustande kommt.

So galten die meisten dieser „Patienten“ bis vor wenigen Jahren noch als „nicht behandelbar“. Dies wird heute nicht mehr so gesehen. Einzelheiten würden auch hier zu weit führen. Doch muss der behandelnde Arzt - wenn er schließlich die Situation erkannt hat - zunächst versuchen, einen Zugang zum Patienten zu finden, ohne anzuklagen. Er muss den Betroffenen darauf hinweisen, dass neben körperlichen Faktoren vor allem seelische Ursachen eine wesentliche Rolle bei dieser „Erkrankung“ spielen, auch wenn sie zunächst nicht greifbar scheinen.

Wie viel Zeit man sich dabei lassen kann, hängt natürlich auch von der Art der Selbstmanipulation bzw. dem Gefährdungsgrad ab. Und es braucht eine gewisse Erfahrung, die der nicht-psychiatrisch geschulte Arzt ja kaum aufweisen dürfte (und darum handelt es sich ja zumeist, weil es auch gezielt so arrangiert wird - siehe Notfallaufnahme in einem Allgemeinkrankenhaus).

Und wenn der Patient tatsächlich dem Gespräch mit einem Psychiater zustimmen sollte, hat er damit noch lange nicht ja zu einer Psychotherapie gesagt, ganz abgesehen davon, ob sich dafür auch ein entsprechender Facharzt oder darin geschulter Psychologe finden lässt.

Mühsam bleibt es allemal. Vor allem werden die Behandlungsaussichten umso schlechter, je länger der Patient in seiner „Patientenkarriere“ verstrickt war. Deshalb ist die rechtzeitige Diagnose so wichtig. Und die hängt wiederum vom Wissensstand der Ärzte, Schwestern, Pfleger und vom sonstigen Personal ab. Aber auch von den Kenntnissen der Allgemeinheit, z. B. Angehörige, Freunde, Nachbarn, Berufskollegen.

Zu allererst muss man wissen, dass so etwas überhaupt möglich ist. Dann muss man akzeptieren lernen, dass es sich hier nicht um kalt berechnende Simulanten oder kriminelle Betrüger handelt, die sich auf Kosten der Solidargemeinschaft selbst beschädigen und anschließend behandeln lassen, ohne gesund werden zu wollen, sondern dass es eine zwar eigenartige, ja „abartige“ (Zitat), aber in der Tat krankhafte Entwicklung ist, die hier irritiert.

Deshalb gilt auch in diesem Fall: Wissen ist Macht - und zwar nicht nur im herkömmlichen Sinne, sondern auch Macht zu helfen, sogar den Opfern selbst zugefügter Leiden.

Freiherr von Münchhausen hat uns mit seinen Lügengeschichten viel Freude, Spaß und Vergnügen geschenkt. Die seelisch Kranken aber, die seinen Namen als Medizinbegriff tragen, vermitteln genau das Gegenteil: Sie sorgen für Verunsicherung, Empörung, Verbitterung und sogar unnötiges Misstrauen an der falschen Stelle - man kann es sich denken.

Doch am heftigsten treffen sich Patienten mit einer selbstermanipulierten Krankheit selber. Das sollte man nicht vergessen, wenn man einmal in eine solche ungewöhnliche Situation mit hereingezogen wurde. Diese Menschen sind krank, auch wenn sie durch ihre Betrugsmanöver viel Ärger und zum Teil extrem hohe Kosten verursachen. Es ist keine Frage, wer hier letztlich den höchsten Preis zu zahlen hat.

Literatur

Zahlenmäßig zwar begrenztes, aus wirtschaftlichen, versicherungsrechtlichen und menschlichen Gründen aber immer wichtiger werdendes Gebiet mit einer doch langsam wachsenden Zahl von Fachpublikationen (leider vor allem in englischer Sprache).

Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störung - DSM-IV. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1998

Eckhardt, A.: Das Münchhausen-Syndrom - Formen der Selbstmanipulierten Krankheit. Urban & Schwarzenberg, München 1989 (Grundlage vorliegender Ausführungen)

Eckhardt, A.: Selbstmanipulierte Krankheiten. Aus: V. Faust (Hrsg.): **Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1996 (Grundlage vorliegender Ausführungen)

Freyberger, H. J., R.- D. Stieglitz: Artificielle Störungen. In: M. Berger (Hrsg.) **Psychiatrie und Psychotherapie.** Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1999

Hirsch, M. (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1989

Kapfhammer, H.P.: Artificielle Störungen und Simulation. In: Möller, H.-J. u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychiatrie und Psychotherapie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000