

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft *Psychosoziale Gesundheit*

#### VORGETÄUSCHTE GESUNDHEITSSTÖRUNGEN

**Artifizielle Störung – Münchhausen-Syndrom – Selbstzugefügte Krankheit – Vorgetäuschte Störungen – Selbstschädigendes Verhalten – Selbstmanipulierte Krankheit – Artefaktkrankheit – krankhafte Selbstbeschädigung – gesundheitliche Täuschungsversuche – Krankenhauswandern – Krankenrolle als Lebensinhalt – Münchhausen-Syndrom in Vertretung /Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom/Münchhausen-Syndrom by Proxy – Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom oder Misshandlung**

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 artifizielle Störung, 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:**

Artifizielle Störung – Münchhausen-Syndrom – Selbstzugefügte Krankheiten – Vorgetäuschte Störungen – Selbstschädigendes Verhalten – Selbstmanipulierte Krankheit – Artefaktkrankheit – krankhafte Selbstbeschädigung – Täuschungsversuche, gesundheitliche – Krankenhauswandern – Krankenrolle als Lebensinhalt – Münchhausen in Vertretung – Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom – erweitertes Münchhausen-Syndrom – Münchhausen-Syndrom by Proxy (MsbP) – Münchhausen by Proxy-Strategien – Münchhausen by Proxy-Ursachen – Misshandlung statt Münchhausen-Syndrom – Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom mit Erwachsenen – Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom mit Tieren – Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom in Schulen – Cyber-Betrug – virtuelle artifizielle Störungen und Münchhausen-Syndrom im Internet – 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 – Dermatosenwahn – neurotische Exkoriationen – Hypochondrie – Hysterie – chronisches Schmerzsyndrom – Psychose – hirnorganische Störung – Selbst-

beschädigung bei Häftlingen – Metallschlucker – Essstörungen – Anorexie – Bulimie – Suchtkrankheiten – psychische Entwicklungsstörung – Fassadenfamilie – Depersonalisation – psychologische Aspekte der vorgetäuschten Störungen – Therapieversuche – u. a.

## ALLGEMEINE ASPEKTE

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 vorzutäuschen.

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 **artifizielle Störungen, selbstmanipulierte Krankheiten** oder **Vorgetäuschte Störungen**, wie die modernen Fachbegriffe lauten, zwar ein schwer begreifbares, aber letztlich altes Phänomen in der Medizin. Früher wurden sie generell 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-Phänomenen 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).

### **Was versteht man unter einer selbstmanipulierten Krankheit oder artifizialen bzw. vorgetäuschten 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 (Krankenhausaufenthalte, 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 den sonst üblichen Gründen von Selbstbeschädigung bzw. Selbstverletzung. Solche Gründe wären beispielsweise (nach S. Heide und M. Kleiber: Selbstbeschädigung – eine rechtmedizinische Betrachtung, Deutsches Ärzteblatt 40/2006):

- *psychisch*: appellativer Charakter (Erlangung von Mitgefühl, Zuwendung und Aufmerksamkeit); Befriedigung von Rache (Lebenspartner, Vorgesetzte u. a.); Symptom psychiatrischer Krankheiten oder Störungen (Borderline-Persönlichkeitsstörung usf.)
- *rechtlich*: Vortäuschung einer Straftat (Entlastung bei eigener Straftat, z. B. Unterschlagung, Vortäuschung von Notwehr); Verleumdung/Erpressung (Lehrer, Vorgesetzte, Polizeibeamter u. a.); Abwehr von Vorwürfen (Rechtfertigung einer unerlaubten Abwesenheit oder zu späten Nachhausekommens usw.)
- *materiell*: Versicherungsbetrug, Entziehung vom Wehrdienst, im Strafvollzug (zur Erleichterung der Haftbedingungen oder Schaffung von Fluchtmöglichkeiten etc.)
- *Verschiedenes*: Lustgewinn (sexueller Natur, z. B. beim Masochismus oder transzendentaler Ursache, z. B. religiöse Selbstgeißelung); Gewinnung von Anerkennung oder Bewunderung (im Rahmen von Mutproben/Pubertätsriten, aus ästhetischen/soziokulturellen Gründen, z. B. „body-modification“) u.a.m.

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 usw. und selbstmanipulierte Krankheit?

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

- Bei der **Aggravation** handelt es sich um eine bewusste und willentliche Verstärkung bzw. Übertreibung vorhandener (aber auch subjektiv empfundener) Symptome bzw. Krankheitszustände. Im Gegensatz zur Simulation (s. u.) liegen hier jedoch reale Beschwerden und damit auch ggf. auch krankhafte Befunde vor.

- Bei der **Simulation** handelt es sich um eine ebenfalls bewusste und willentliche und vor allem zweckgerichtete Vortäuschung bzw. Nachahmung von diffusen Beschwerden oder konkreten Krankheitszeichen, um als krank zu gelten. Kurz: Verstellung, Heuchelei oder Betrug. Damit werden willentlich Symptome mit der bewussten Absicht hervorgerufen, die Umgebung zu beeinflussen bzw. um einen erkennbaren Vorteil zu erlangen (z. B. Versicherungsbetrug). 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.

- Beim **Ganser-Syndrom** handelt es sich um eine komplexe Wunsch- und Zweck-Reaktion mit auffälligem Daneben-Reden oder gar Vorbei-Handeln. Einzelheiten siehe das spezifische Kapitel in dieser Serie.

- **Dissimulation** ist das Verbergen oder zumindest Herunterspielen real vorhandener Krankheitszeichen bis hin zur Vortäuschung nicht bestehender Gesundheit aus bestimmten Gründen (z. B. Bewerbung).

- Menschen mit einer **artificialen oder selbstmanipulierten Krankheit** unterliegen zwar ebenfalls einer willentlichen Kontrolle. Doch diese hat gleichsam zwanghaften Charakter. Der „Patient“ kann ihr nicht entrinnen. Die Betroffenen 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 artificialen oder vorgetäuschten Störungen ein Mensch

aufgrund seines krankhaften Seelenlebens in einer 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. Artificielle oder 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. Vielleicht gehen Frauen mit artifizierter Störung aber auch geschickter vor.
- Der *Krankheitsverlauf* kann sich auf einige wenige Episoden beschränken. Gewöhnlich aber handelt es sich hier um ein chronisches, also dauerhaftes „Leiden“, bisweilen ein ganzes Leben lang.
- 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 krankheits-bahnenden Einflüssen) zählen zum einen psychische Störungen (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 medizinischen Bereichen (siehe später) oder eine die psychosoziale Entwicklung entscheidende Beziehung zu einem Arzt in der Vergangenheit. Was jedoch wirklich eine Rolle spielt, bleibt zumeist verborgen; Mehrfach-Ursachen dürften die Regel sein.

- Fast schon charakteristisch sind die *psychosozialen Folgen* einer selbst manipulierten Krankheit. Häufig lässt sich damit keine stabile Arbeitssituation aufrechterhalten, 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 Notdienst-Zeit in die Klinik. In solchen hektischen Situationen (durch den wachsenden Ärztemangel, insbesondere im Krankenhausbereich noch unübersichtlicher geworden) 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, unklar, undurchsichtig, mehrdeutig, rätselhaft, bewusst Missverständnisse bahnend u. a., 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 der Patient erst einmal erreicht, was er wollte.

Einmal stationär aufgenommen, werden diese „Kranken“ aber oftmals rasch zu Problempatienten: anspruchsvoll, dauernd Aufmerksamkeit durch das Pfl-

gepersonal 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 dieser 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 beeinflussbare 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. Haut-Manipulationen gehören neben Schmerzen und Wundheilungs-Störungen übrigens zu den häufigsten unklaren Beschwerden mit Verdacht auf Selbstmanipulation. Deshalb sollen Dermatologen in dieser Hinsicht auch zu den aufmerksamsten und am besten informierten Fachärzten gehören.
- In **urologischer Hinsicht** sind es vor allem Nieren- und Blasenschmerzen, ja sogar blutiger Urin.
- Beim **Frauenarzt** wird über Unterbauchschmerzen, Beschwerden bei der Monatsblutung, Scheinschwangerschaft, 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. Gedächtnisstörungen scheinen an Bedeutung zuzunehmen.

### 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 artifiziellen bzw. vorgetäuschten Störung zu leicht machen. Das wäre nicht nur ethisch, sondern auch unter Umständen juristisch verhängnisvoll. Eine nicht erkannte vorgetäuschte Störung verwundert oder amüsiert zwar die Allgemeinheit. Eine damit verwechselte reale Erkrankung hingegen ruft je nach Folgen Juristen auf den Plan.

Zum anderen gehen diese „Patienten“ so überzeugend, geschickt und zuletzt routiniert-raffiniert vor und haben – vor allem im Laufe der Zeit und durch mehrere Krankenhaus-Aufenthalte „trainiert“ – ihr Leidensbild so perfekt zu präsentieren und ggf. zu variieren 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 Ein-

nahme 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.

### **Aber...**

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). Deshalb vorab einige Erläuterungen, nur was das „medikamentöse Problem-Angebot“ angeht. Generelle Erklärungs-Versuche dazu später.

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, auch wenn er am Schluss dann tatsächlich einen realen, langen und folgenreichen Schaden selbst gesetzt hat.

Kurz: Mitunter ist es schier unfassbar, was den Betroffenen alles einfällt, um die Ärzte zu täuschen – zumindest eine Zeit lang. Weitere Einzelheiten insbesondere was den Verdacht auf Misshandlung statt artifizierlicher Störung angeht, siehe später.

### **Vorgetäuschte seelische Störungen**

Etwas schwieriger und damit auch seltener wird es, wenn mit **seelischen vorgetauschten 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).

Und schließlich der Versuch, ernstere kognitive Defizite, d. h. Merk- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, ja völlige „Leere im Gehirn“ vorzutäuschen, was ja bei der wachsenden Lebenserwartung auch immer häufiger hinzunehmen ist. Das allerdings scheint eher in dem Bereich der bewussten Täu-

schungsabsicht zu gehören, was dann durch entsprechende Experten auch durch so genannten Simulations- und Aggravations-Marker aufgeklärt bzw. entlarvt werden kann, zumindest in einem bestimmten Rahmen.

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.

Es ist aber gerade bei vorgetäuschten seelischen Störungen schwierig, diese komplexen psychopathologischen Phänomene so einzuordnen, vorzubringen und vor allem durchzuhalten, wie es Patienten mit Depression, Angststörungen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen u. a. zu erleiden haben. Dabei kommen dem erfahrenen Psychiater und Nervenarzt doch seine langen Dienstjahre zugute, bei denen auf jeden Fall eines immer wieder deutlich wird: Patienten, die an einer echten seelischen Störung leiden, neigen eher dazu, diese Beeinträchtigungen herunterzuspielen bzw. lange ohne Arzt-Kontakt durchzuhalten. Dagegen fällt bei jenen, die davon Nutzen erwarten, eine Verstärkung, Dramatisierung oder gar „Katastrophisierung“ auf. So etwas gibt es zwar auch im Rahmen mancher psychischen Leiden, doch dann passt es eher lehrbuchmäßig zusammen – jedenfalls für den geschulten Facharzt.

### **Was deutet auf eine selbstmanipulierte Krankheit hin?**

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 artifizielle oder 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 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 Bundes-Ebene oder gar europaweit.
- Erstaunlich wenige Besucher während des Klinikaufenthaltes, was entweder mit wenig ernsteren 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.

Schließlich ist auch die Ärzteschaft nicht ganz wehrlos, wenn es gilt, „Gesundheits-Betrügern“ auf die Schliche zu kommen. So hat praktisch jede medizini-

sche Disziplin ihre eigenen Tricks, der Realität näher zu kommen, wenn Verdacht geboten ist. Und dies schon seit rund 100 Jahren, z. B. J. Collie: *Malingering and Feigned Sickness*. Edward Arnold, London 1913. Oder beispielsweise für die Neurologie, wobei dann aber eher psychogene Körperstörungen angenommen werden: V. Faust in W. Fröscher (Hrsg.): *Neurologie mit Repetitorium*, Walter de Gruyter, Berlin-New York 1991. Oder auch in dieser Serie konkret nachzulesen: Th. Merten in B. Vollmoeller (Hrsg.): *Grenzwertige psychische Störungen*. Thieme, Stuttgart-New York 2004 u. a.

### **Was darf nicht mit einer artifiziellen bzw. selbstmanipulierten Krankheit verwechselt werden?**

Eine komprimierte Übersicht über jene Leiden, die *vor* der Diagnose einer artifiziellen bzw. selbstmanipulierten Krankheit ausgeschlossen werden müssen, zeigt die offenkundigen Schwierigkeiten, die sich in einem solchen Fall dem ärztlichen Durchblick in den Weg stellen:

- *Offensichtliche Selbstbeschädigung* zur Erreichung eines bestimmten Zieles. Hier sei noch einmal auf die Einleitung verwiesen: psychisch/ psychosozial, rechtlich, materiell/finanziell. Also appellativer Charakter, Befriedigung von Rachegeleüsten, zur Verleumdung oder Erpressung, zur Abwehr von Vorwürfen, zur Erleichterung (z. B. Krankenhaus statt Vollzugsanstalt), zu Versicherungsbetrug, Wehrdienst-Vermeidung, ja Lustgewinn oder auch „nur“ Anerkennung bzw. Bewunderung u.a.m.
- *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 so genannten Impulshandlungen. Meist weibliches Geschlecht.
- *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 die Kapitel über Schizophrenie und wahnhaftige Störungen, aber auch bei hirn-organischen Psychosen (Geisteskrankheit durch Gehirn-Störung mit entsprechendem Beschwerdebild).
- *Selbstbeschädigung bei Häftlingen*: wie bereits oben erwähnt, z. B. so genannte 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.
- Unter diesem Aspekt auch die spezifischen Kapitel zu *Party- oder Designer-Drogen, K.o.-Tropfen* u. a.

### 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.

Zum Thema seelische Blindheit, Sprachlosigkeit, Lähmungen u. a. siehe auch das Kapitel dissoziative Störungen bzw. Hysterie (heute als histrionische Störungen bezeichnet). Das sind ebenfalls psychogene (seelisch ausgelöste und unterhaltene) Krankheiten, aber eben weder Simulation noch artifizielle/vorgetäuschte Störungen.

Natürlich kann sich ein Patient mit selbstmanipulierter Krankheit auch sehr distanziert, ablehnend oder unkooperativ verhalten. Möglich ist alles. 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:

- **Münchhausen-Syndrom im eigentlichen Sinne**

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 so genannten „Krankenhauswandern“, häufigen plötzlichen Selbstentlassungen und einer mangelhaften sozialen Verwurzelung bis zur totalen Unstetigkeit. Das männliche Geschlecht soll überwiegen.

Hier findet sich dann auch ein spezifisches Symptom, nämlich die so genannte „*Pseudologia phantastica*“. Das ist das erwähnte Erzählen phantastischer Geschichten, also wie beim „Lügenbaron“, nur eben auf die eigene Lebensgeschichte, Herkunft und Krankheit bezogen. Dabei 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 Medikamenten-Abhängigkeit 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 Serie).

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

- **Münchhausen-Syndrom in Vertretung / Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom**

Beim *erweiterten Münchhausen-Syndrom*, auch Münchhausen-Syndrom in Vertretung (Münchhausen-Syndrom by Proxy - MsbP) beziehungsweise *Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom* genannt, handelt es sich um eine besonders unfassbare Störung dieser Art, weil nicht nur der Betroffene, sondern noch eine weitere, meist nahe stehende Person einbezogen ist. Und das häufig noch in Form des eigenen Kindes (vom lat.: proximus = nächst, ganz nahe bzw. proximi = nächste Verwandte, engste Angehörige, Vertraute, Nachbarn u. a.).

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.

In seltenen Fällen kann es sich aber auch um Väter, Großeltern, Stiefeltern, Pflegepersonen u. a. handeln. Dort wo es in der Familie auffallen sollte, pflegt man dieses sonderbare Verhalten offensichtlich zu tolerieren – aus welchen Gründen auch immer. Dies betrifft auch die Opfer. Der Großteil sind Säuglinge, die sich natürlich nicht wehren können. Bei älteren Kindern aber wird häufig das Phänomen beobachtet, das man auch bei anderen Kindesmisshand-

lungen registrieren muss: Die Kinder schweigen, ja streiten die zunächst bestätigten Vorwürfe später wieder ab, weil sie ihr Zuhause, ihre Familie nicht verlieren wollen.

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 umschlagen kann.

Über diese Mütter gibt es nebenbei wenig wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse, sie suchen ja auch weder diagnostische Klärung noch therapeutische Hilfe. Man vermutet aber, dass nicht weniger unter ihnen in ihrer eigenen Kindheit Misshandlungen erdulden mussten. Mitunter leiden sie auch an Essstörungen wie Bulimie oder Anorexie, bisweilen an einem Borderline-Syndrom. Auf jeden Fall dürfte es auch ein schmerzlich empfundener Mangel an Beachtung sein, weshalb ein Teil von ihnen solche Fremd-Manipulationen vornimmt, um Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erzwingen. Manchmal soll auch der Wunsch vorliegen, andere Personen mit der Krankheit des Kindes zu „bestrafen“.

Psychologisch diskutiert man auch die Überlegung, ob 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. Dies erklärt auch die hohe Wiederholungs- bzw. Rückfall-Gefahr.

Nachfolgend im Kasten deshalb eine kurz gefasste Übersicht, was die Experten im Verdachtsfall zu prüfen empfehlen:

### **Verdachts-Aspekte auf Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom**

- Interessiert wirkende und geduldige Mutter, der aber die sonst übliche „aufgeregte Besorgnis“ fehlt, die solche Untersuchungs- und Behandlungssituationen prägt.
- Dafür aber eine eigenartige symbiotische, d. h. über-enge bis krankhaft enge Mutter-Kind-Beziehung.
- Offensichtlich gute medizinische Vorkenntnisse.
- Nicht selten intensivere Beziehungs-Suche zum ärztlichen und pflegerischen Personal.
- Kümmert sich vorbildlich um das Kind, auch auf der Kranken-Station, übernimmt manchmal sogar Pflege-Aufgaben und betreut selbst andere kleine Patienten mit.
- Nicht erklärbare Befunde. Beispiele: Elektrolyt-Entgleisungen, Blut- und/oder sonstige Beimengungen in Stuhl/Urin, Vergiftungen, Haut-Infektionen, Durchfall, nicht heilen wollende Wunden u. a.
- Ggf. ungewöhnlich viele invasive diagnostische und therapeutische Maßnahmen, jedoch ohne Behandlungserfolg, und dies in verschiedenen Kliniken.
- Weitere Hinweise wie ggf. sexuelle Missbrauchs-Problematik in der Familie.
- Offensichtlich psychisch labile oder erkrankte Mutter (Ess-Störung, Borderline-Syndrom u. a.).

Weitere Aspekte dazu, insbesondere wenn die artifizielle Störung eine Miss-handlung sein könnte, siehe später.

### • **Eigentliche Artefakt-Krankheit**

Zwar ändern sich die klassifikatorischen Einteilungs-Vorschläge und damit Diagnose-Begriffe, doch scheint eine weitere Gruppe der selbstmanipulierten

Krankheiten von Bedeutung sein, auch als **eigentliche Artefakt-Krankheit**, als **heimliche Selbstmisshandlung** oder als **Mimikry-Phänomen** bezeichnet. Möglicherweise handelt es sich hier sogar 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 sonst 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 Forderung - 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. Doch 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 durchgeführt, fragen Sie doch bitte den dortigen Arzt. Doch Patienten mit vorgetäusch-

ten 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 Mitpatienten 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 Phänomen deshalb auch „*Krankenhauswandern*“. Dabei können im Verlaufe eines solchen Lebens enorme Wegstrecken zurückgelegt und eine ungewöhnliche Zahl von Kliniken missbraucht werden. Die Kosten und damit den wirtschaftlichen Schaden zu Lasten der Solidar-Gemeinschaft kann man sich denken.

### **Was kann einen Menschen zum „selbstmanipulierenden Patienten“ machen?**

So bleibt die Frage: Was kann eigentlich einen Menschen zu einem „selbstmanipulierenden Kranken“ machen? Welche seelischen, körperlichen, psychosozialen 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 Voraussetzungen 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 allem gezielt befragen, was an früheren Belastungen möglicherweise ihr Leben in eine solche Entwicklung abgedrängt hat.

Nachfolgend deshalb nur einige wenige Aspekte, die bisher unter den Experten diskutiert werden:

Die Patienten mit einer artifiziellen bzw. vorgetäuschten Störung sind keine einheitliche 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 Geiztheit, 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.

Weitere Einzelheiten siehe das ausführliche Kapitel in dieser Serie.

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?“ und die Beiträge über „selbstverletzende Verhaltensweisen“ in dieser Serie.

Noch wichtiger aber sind die psychologischen bzw. treffender: psychosozialen Aspekte. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht:

### **Psychologische Aspekte**

Es gibt – wie erwähnt – nicht *den* Patienten mit artifizieller bzw. selbstmanipulierter Krankheit. Es gilt eine Vielzahl von Schicksalen zu berücksichtigen, die aufgrund 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 artifiziellen, selbstmanipulierten, 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 abgespaltenen – 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 Kindheits-Erinnerungen 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 Selbstbestrafungs-Wünsche und unausgelebte 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, er muss deshalb erdulden, was ich von ihm verlange bzw. ihm zufüge“).

Der Arzt wird nun – erst einmal unerkant 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 Selbstbehandlungs-System handelt, auch wenn es mit gesundem Menschenverstand kaum fassbar ist.

## **SPEZIELLE ASPEKTE**

Zu den speziellen Aspekten, die noch kurz gestreift werden sollen, gehört neben dem Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom die Frage, ob es sich dabei vielleicht um eine Misshandlung handelt und wie man so etwas möglichst früh erkennen könnte. Außerdem verwandte Erscheinungen (z. B. in Schulen, über das Internet oder gar mit Haustieren) u. a.

- **Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom oder Misshandlung?**

Der Begriff *Munchausen Syndrome by proxy* wurde 1977 von einem englischen Kinderarzt geprägt, auch im deutschen Sprachschatz als Münchhausen by Proxy-Syndrom oder Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom genannt (Einzelheiten siehe obige Ausführungen).

So unfassfassbar, wenn auch psychopathologisch irgendwie nachvollziehbar dieses Phänomen auch sein mag, so kamen doch schon frühzeitig Zweifel auf,

ob hier nicht noch etwas anderes als eine artifizielle Störung vorliegen könnte. Oder direkt formuliert: Misshandlung ohne entsprechend psychopathologischen Hintergrund, wie es ansonsten bei der artifiziellen Störungen angenommen wird? Nachfolgend deshalb eine Kurzfassung des in diesem Punkt sehr engagiert und bestimmt auftretenden US-amerikanischen Psychiaters Dr. M. D. Feldman aus seinem lesenswerten Buch *Marc D. Feldman: Wenn Menschen krank spielen. Münchhausen-Syndrom und artifizielle Störungen. Ernst Reinhardt-Verlag, München-Basel 2006*:

Dr. M. D. Feldman kommt dabei gleich zum Kern seiner Überzeugung: „Das grausamste und tödlichste Phänomen, das wir in diesem Buch behandeln, ist das Münchhausen-by-proxy-Syndrom (MbpS). Bei diesem erschreckenden Verhalten erzeugen Erwachsene Krankheitsanzeichen nicht bei sich selber, sondern bei anderen, normalerweise Kindern, aber auch bei anderen Erwachsenen, älteren Menschen oder auch Tieren. Tragischerweise werden diese Handlungen meist von scheinbar liebevollen, sich aufopfernden Personen begangen, so gut wie immer ohne das Mitwissen des Ehemanns, des Partners oder anderer Familienangehöriger. Das MbpS lässt sich als gesundheitsrelevante Misshandlung definieren, die sich in körperlichem Missbrauch oder Vernachlässigung, emotionalem Missbrauch oder Vernachlässigung und/oder sexuellem Missbrauch manifestiert.“

Und weiter: „Es ist keine mentale Krankheit, auch wenn das Verhalten und die Motive denen der artifiziellen Störung gleichen, die eine mentale Erkrankung darstellt (hier wird mental offenbar für psychisch gebraucht, Anm. des Verf.). Der entscheidende Unterschied liegt darin, wem Schaden zugefügt wird: sich selbst (= artifizielle Störung) oder jemand anderem = (MbpS) (...). Dies fällt definitiv unter jenes Gesetz, dass die Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern als körperliche oder mentale Verletzung, sexuellen Missbrauch, vernachlässigende Behandlung oder Misshandlung eines Kindes unter 18 Jahren durch eine Person definiert, die für das Wohlergehen des Kindes verantwortlich ist, und zwar unter Umständen, die darauf hindeuten, dass die Gesundheit oder das Wohlergehen des Kindes verletzt oder bedroht sind. Mit anderen Worten: Misshandlung eines Kindes oder Heranwachsenden durch Eltern, Vormund oder Betreuungspersonen.“

Die Hauptarten der Misshandlung sind seelisch-psychosozial, körperlich und sexuell. Dabei gibt es unzähligen Erscheinungsformen der Misshandlung. Beispiele, die nicht jedem gleich dazu einfallen: Nahrungs-Entzug, absichtliches Unter-Drogen-Setzen und Vergiften, Vorenthalten notwendiger medizinischer Maßnahmen, Vernachlässigung von Sicherheit und Bildung u. a. Und das Münchhausen-by-proxy-Syndrom“, so M. D. Feldman.

Im angelsächsischen Bereich gibt es darüber zahlreiche Berichte und sogar immer häufiger entsprechende Fach- und Sachbücher. Ähnliches zeichnet sich auch in anderen Nationen und in der deutsch-sprachigen Fachliteratur ab. Dabei scheint es sich nicht um ein Problem der westlichen Gesellschaften zu

handeln, sondern um ein spezifisches Misshandlungs-Muster von internationaler Dimension, so der Experte.

Dabei entwickelt sich speziell bei der Münchhausen-Stellvertreter-Problematik offenbar eine immer heftiger werdende kontroverse Diskussion. Zum einen nachvollziehbar, weil es auch zu falschen Anklagen kommen kann bzw. durchaus kommt. Doch – so Dr. Feldman – sind auch echte Straftäter(innen) darunter, die sich dann als Opfer hinstellen und vornehmlich jene Spezialisten verbal, publizistisch und juristisch angreifen, die sich diesem Phänomen aufklärerisch gewidmet haben. Unschuldige Eltern verdienen selbstredend Schutz, heimliche Täter, die sich dahinter verstecken, also nicht zuletzt Mütter, Großmütter, aber auch Stiefmütter, Pflegemütter und Babysittern, seltener Väter und Stiefväter, sollten dagegen zur Rechenschaft gezogen werden.

Denn die wirklichen(!) Münchhausen by proxy-Opfer finden sich zumeist unter Babys und Kleinkindern, die nur leiden, nicht sprechen, geschweige denn anklagen können. Denn wenn die Kinder zu sprechen beginnen und die Fehlhandlungen beschreiben können, wächst die Wahrscheinlichkeit, dass die Täter(innen) schließlich entlarvt werden. Doch auch dies hält sich in Grenzen, denn vor allem kleine Kinder erkennen natürlich nicht immer den Zusammenhang von Ereignissen und Personen, vor allem in versteckt-maligner Hinsicht. So kann ein Kind, das durch eine Krankheit zum Opfer wird, nicht unbedingt eine Verbindung dazu herstellen, dass es seine Mutter oder eine andere nahe Bezugsperson ist, die es krank macht, so der Psychiater.

Auch weiß man natürlich aus kinderpsychologischer Sicht, dass nicht wenige missbrauchte Kinder das kriminelle Phänomen internalisieren, d. h. sich selbst statt ihrer Eltern oder anderer Täter dafür verantwortlich machen. So glauben sie beispielsweise, dass sie diese Krankheit verdienen, weil sie etwas Böses getan haben. Andere wiederum wollen den wahren Grund nicht nennen, weil sie Angst haben, von ihrer Mutter oder einer anderen nahe-stehenden Person im Stich gelassen zu werden, wenn sie nicht mehr krank sind.

Und schließlich gibt es das schon erwähnte Phänomen der symbiotischen Beziehung zwischen Opfer und Täter (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie). So wurde aus pädiatrischer Sicht sogar festgestellt, dass die Kinder, wenn sie älter werden und eigentlich das Ganze schließlich durchschauen könnten, tatsächlich aber glauben, dass sie wirklich behindert sind und an solchen medizinischen Trickereien teilnehmen um schließlich selber eine artifizielle Störung zu entwickeln. Andere wiederum wachsen mit posttraumatischen Stress-Reaktionen auf oder haben Schwierigkeiten, die Realität von der Phantasie zu trennen, mahnen die Experten.

### **Münchhausen by proxy-Strategien und -Folgen?**

Zu den Symptomen, die bei Kindern erzeugt werden - aus krankhafter oder krimineller Ursache -, gehören z. B. erfundener oder induzierter Atemstillstand,

epileptische Anfälle, Blut und Bakterien im Urin, nicht nachlassende Diarrhö, Blut im Stuhl, Erbrechen, Hautausschlag, Dehydrierung (Ausdörrung), Fieber mit unbekannter Ursache, Herz-Rhythmusstörungen, bakterielle Arthritis, vaginale und rektale Blutungen, Koma und Herzstillstand sowie in seelischer Hinsicht vor allem Depressionen und Angststörungen.

In den USA vermutet man, dass auch einige Opfer des plötzlichen Kindstods ohne nachweisbare Ursache auf Erstickung zurückzuführen seien, die als Teil von MbpS zu weit getrieben wurden. Deshalb versucht man jetzt aus psychiatrischer und gerichtsmedizinischer Sicht gezieltere Untersuchungs-Hinweise für Erstickungen zu entwickeln.

Nach M. D. Feldman: Wenn Menschen krank spielen, 2006

Was muss man nun über die Wesensart der potentiellen Täter(innen) und ihre Beweggründe wissen? Der US-amerikanische Psychiater gibt zu, dass hier handfeste (Fachbegriff: wissenschaftlich belegbare) Erkenntnisse noch fehlen. Denn trotz nachträglich bewiesenem haarsträubendem Verhalten wirkten die meisten Täter auf den ersten Blick vollkommen normal. Selbst bei detaillierten psychologischen Tests sei nur wenig objektivierbar.

Allerdings gäbe es auch einige – zugegebenermaßen vage – Hinweise, um zwischen wirklich fürsorglichen und potentiell gefährlichen Müttern, Stiefmüttern, Großmüttern, Betreuerinnen u. a. zu unterscheiden. Einer davon sei die Erkenntnis, dass sich diese Frauen über negative Untersuchungs-Ergebnisse bei ihren Kindern ärgerten, aufregten, auf jeden Fall nicht jene entlastende Zufriedenheit zeigten, die für ein normales Mutter-Kind-Verhältnis typisch sei. Auch sei es verräterisch, wenn eine Mutter begierig darauf aus sei, dass an ihrem Kind invasive (diagnostisch operative) Eingriffe vorgenommen werden. Denn die meisten Mütter hätten verständlicherweise große Vorbehalte gegenüber schmerzhaften Eingriffen, die nicht als absolut notwendig begründet werden könnten.

Schließlich fällt auch mitunter Folgendes auf: Das Kind ist krank und die Mutter bleibt rund um die Uhr im Krankenhaus. Irgendwann ist sie dann erschöpft und geht deshalb auf Drängen(!) des Personals nach Hause, um sich auszu-ruhen. Während dieser Zeit bessert sich der Zustand des Kindes plötzlich. Die Mutter kehrt nach kurzer Zeit zurück – und das Kind wird erneut „entsetzlich krank“. Daraus kann sich auch eine verdächtige Parallele zwischen dem Auftreten des Beschwerdebildes und der Anwesenheit der Mutter ergeben.

### **Was bewegt eine...**

Das vermeidbare, mitunter sogar lange belastende bis quälende Beschwerdebild ist das eine, was den uninformatierten Betrachter verwirrt bis bedrückt. Noch

ratloser aber wird man bei der Frage: Was bewegt eine Mutter oder sonst nahe stehende Person, diesem Kind so etwas anzutun? Der Psychiater Dr. M. D. Feldman zählt dabei folgende Erkenntnisse auf:

- Die Täter(innen) werden von einem intensiven Wunsch nach zwischenmenschlicher Anerkennung getrieben. Beispiele: Die Aufmerksamkeit, die ihnen das unklare Krankheitsbild ihres Kindes verschafft. So etwas bringe eine bestimmte Art von „fehlgeleitetem Status“. Die Krankheit des Kindes sei ihr Weg zum „Ruhm“. Und manche würden sogar in der Anerkennung schwelgen, die ihnen ihr Umfeld oder gar die Ärzte wegen ihrer aufopferungsvollen Rolle entgegenbringen.
- Der Vater könne sich beispielsweise der Mutter oder dem Kind gegenüber emotional eher distanziert verhalten, die Krankheit des Kindes als Pflegefall der Mutter zuweisen, vielleicht aber auch gar nicht bemerken. Sein (traditionelles?) Rollen-Verständnis weist dies dem Verantwortungsbereich seiner Frau zu, er muss sich um die finanzielle Absicherung kümmern. Die Mutter – und hier wird dann ein weiterer Beweggrund diskutierbar – versucht dann ihren Wert unter Beweis zu stellen, indem sie trotz aller Widrigkeiten ihr Kind hingebungsvoll pflegt. Dieser Pflege-Wunsch bzw. die Pflege-Position aber ist nur möglich, wenn auch eine Krankheit vorliegt, notfalls eine künstlich erzeugte – beim Kind.
- Auch kann die Krankheit des Kindes die Beziehung der Eltern normalisieren oder intensivieren. Man streitet weniger und versucht eher die Last eines kranken Kindes gemeinsam zu schultern. Die Eltern rücken wieder zusammen. Und die Mutter will diese neue Nähe beibehalten und hält deshalb die Krankheit des Kindes aufrecht.
- Manche dieser Mütter fühlen sich auch durch ein oder mehrere gesunde Kinder überfordert, können kein befriedigendes Eigenleben entwickeln. Hier würden dann wiederholte Krankenhaus-Aufenthalte des Kindes erlauben, eine gewünschte Pause einzulegen, ggf. ihrer Verantwortung zu entfliehen. Auch solche Mütter wären dann im Krankenhaus zugegen, denn die Besorgtheit muss ja trotz der strategisch gewünschten „Befreiung“ unter Beweis gestellt werden.
- Manchmal erlauben es auch die Misshandlungen den Tätern, ihre nach außen zurückgehaltene Wut nicht nur gegenüber ihren Kindern, sondern auch anderen gegenüber zu äußern, die sie für ihr unbefriedigendes Leben verantwortlich machen. Zum Beispiel die Großeltern, die natürlich besorgt sind, wenn ihr Enkelkind schwer erkrankt und deshalb damit „bestraft“ werden können, dass das Kind „ewig kränkelt“ oder scheinbar nie mehr gesund wird.
- Wieder andere brauchen das Gefühl, dass das Kind vollständig von ihnen abhängig ist und erhöhen deshalb diese Abhängigkeit durch Induzierung von Krankheiten.

- Einige finden offenbar auch darin Befriedigung, die Vertreter eines angesehenen Berufsstandes wie die Ärzte oder renommierte Institutionen wie berühmte Kliniken erfolgreich zu manipulieren, denn auch dort kommt man mitunter lange nicht auf den ohnehin kaum fassbaren Grund. Noch eindrucksvoller wird natürlich die Bestätigung durch den Einsatz von Anwälten, Gerichten, ggf. Medien wie Zeitung, Magazine oder gar Fernsehen.
- Schließlich kann es sich auch um reinen Sadismus handeln, insbesondere wenn wiederholt schmerzhaft Eingriffe vorgenommen werden (müssen). Das kann bis zur tödlichen Gefahr gehen, was ohnehin aus kriminologischer Sicht immer wieder diskutiert werden muss.
- Zuletzt muss die Ärzteschaft nicht unbedingt beteiligt sein. Manche Frauen umgehen sogar gezielt bzw. recht lange diesen entlarvungs-riskanten Kontakt. Dann konzentriert man sich auf Verwandte, Bekannte, die Nachbarn, in einzelnen Fällen sogar einen größeren Kreis von hintergangenen Beteiligten, die natürlich vor allem bei Kindern voller mitleidigem Interesse und entsprechenden Empfehlungen, Hilfs-Angeboten u. a. sind.

Dazu gehören im Übrigen auch Schulen, die nach Ansicht von M. D. Feldman ein „nahezu ideales Betätigungs- und damit Bestätigungsfeld für MbpS-Täter“ abgeben könnten. Beispiel: schwere körperliche oder psychische Erkrankung, die in der Regel mit körperlichen, geistigen oder Lern-Behinderungen einhergehen. Und die entsprechenden Forderungen, um dem behinderten Kind wenigstens einiges zu erleichtern.

**Was muss bei der Frage „krankhaft oder kriminell“ für jeden Einzelfall sorgfältig abgewogen werden:**

Wenn man die Konstellation *Mutter als Täterin und Kind als Opfer* diskutiert, sollte nach M. D. Feldman Folgendes miteinbezogen werden:

- Entsprechende Symptome zeigen sich nur, wenn die Mutter mit dem Kind alleine ist oder vor kurzem mit ihm alleine war.
- Die Symptome lassen nach, wenn die Mutter vom Kind getrennt wird (positiver Trennungs-Test).
- Andere Kinder der Familie hatten bzw. haben ebenfalls unerklärliche Krankheiten.
- Gezielte Untersuchungen sprechen für simulierte oder induzierte Erkrankungen. Beispiele: bestimmte Medikamente mit entsprechenden Nebenwirkungen.

- Die Erkrankungen sprechen auf keine angemessene Behandlung an, zumindest solange die Mutter die Therapie begleitet oder gar überwacht.
- Manche Mütter „beklagen“ (in Wirklichkeit muss man wohl sagen: „prahlen“) damit, dass das Leiden ihres Kindes auf keinen ärztlichen Eingriff angesprochen habe.
- Es fällt auf, dass die Mutter offensichtlich falsche Informationen gibt, z. B. wenn man mehrere Aussagen bei verschiedenen Stellen miteinander vergleicht.
- Es wird vermutet und es ist bekannt, dass die Mutter Krankheiten vorgetäuscht oder sich selbst zugefügt hat, vielleicht sogar selber an Münchhausen-Syndrom leidet.
- Die einzigen realen Krankheiten, die nach entsprechender Differentialdiagnose und -therapie (was könnte es sonst noch sein und was kann man dagegen tun?) übrig bleiben, sind außerordentlich selten, unzureichend untersucht und/oder kaum adäquat behandelbar.

Eine Klärung kann befördert werden durch:

- Trennung von Kind und Mutter, um zu sehen, ob die Krankheit anhält. Das kann aus verschiedenen Gründen schwierig sein. Zum einen können sich die Mütter dagegen verwahren („mein Kind braucht mich dauernd“). Zum anderen fürchten sich auch die meisten dieser Kinder vor einer Trennung, ja, verfallen in Passivität, wenn nicht Apathie, bis sie wieder mit ihrer Mutter zusammen sind. Das kann eine „normale“ Trennungssituation sein, es kann aber auch mit der krankhaften, weil über-engen Mutter-Kind-Verbindung (Symbiose) zusammenhängen.
- Klärend könnte eine Analyse des bisherigen Krankheits-Verlaufs sein, um festzustellen, ob und in welcher Form ein zeitlicher Zusammenhang zwischen kindlicher Krankheit und Anwesenheit der Mutter besteht.
- Ähnliches gilt für das Sichern und Untersuchen bestimmter Nahrungsmittel oder sonstiger Proben zur Frage: bewusste Beimischung schädlicher Substanzen, beispielsweise in die Säuglingsnahrung.
- In der Klinik kann es sich lohnen, eine entsprechend geschulte Pflegefachkraft in der Nähe des Krankenzimmers zu positionieren bzw. das Krankenzimmer nahe dem Stations-Zimmer (Schwestern-Zimmer, Arzt-Zimmer) zu legen. Dadurch lassen sich die Interaktionen zwischen Mutter und Kind während der stationären Behandlung ggf. besser übersehen.
- Klärend kann auch die Befragung des Kindes werden, wenn die Mutter nicht dabei ist und das Kind Vertrauen zu der ein oder anderen Fachkraft der Klinik gefasst hat.

- Weiterführend sind auch spezielle Untersuchungen, z. B. ob sich Abführmittel im Stuhl des Kindes befinden oder Blut in der Urinprobe, aber mit fremder Blutgruppe. Oder die Durchführung eines Elektroenzephalogramms (EEGs), um die wiederholte Einnahme bestimmter Medikamente zu beweisen.
- Regelmäßige Kontakte zwischen Personal und Mutter, z. B. während der Visite, dazwischen und danach. Hier geht es um die Frage: Gibt es Anhaltspunkte, dass die Mutter unter einer seelischen Krankheit leiden könnte, was möglicherweise Licht in die Motive der vermuteten Misshandlung bringen könnte.
- Notfalls den Einsatz verdeckter Video-Überwachung im Krankenzimmer des Kindes, weil während der Besuche oder des nicht selten überlangen Aufenthalts der Mutter alle möglichen heimlichen Manipulationen ausgeschlossen werden sollten (juristisch abzuklären).
- Schließlich die Überlegung, ob auch andere Möglichkeiten das Phänomen erklären könnten. Eher harmloses Beispiel: Die Mutter ist überängstlich und sieht Symptome oder gar Krankheiten, die das Kind nicht hat, nur von ihr „katastrophisierend“ wahrgenommen wird. Oder es handelt sich um eine seelisch kranke Mutter, die krankheitsbedingt eine bedrohliche Erkrankung ihres Kindes annimmt, sei es durch eine Angststörung bis hin zu panischer Reaktions-Neigung, seien es Depressionen, die erfahrungsgemäß alles übertreiben oder gar „schwarz-in-schwarz“ sehen lassen. Wenn nicht gar eine wahnhafte Störung oder schizophrene Psychose, bei der eine ganze Reihe von psychotischen Symptomen eine solche Krankheits-Sicht erklären könnte.
- Zuletzt muss auch an eine *Simulation by Proxy* gedacht werden. D. h. die Mutter dichtet dem Kind eine Krankheit an, um dadurch einen greifbaren Gewinn zu erzielen. Beispiele: finanzielle Unterstützung, Rückkehr des Ehemanns, größere Wohnung, Spenden u. a.

### **Fehldiagnosen sind nicht auszuschließen**

Die Frage: Münchhausen by Proxy oder nicht hat im Gegensatz zum eigentlichen Münchhausen-Syndrom bzw. artifiziellen oder selbstschädigenden Handlungen eine kriminalistische Tönung, die Fähigkeiten verlangt, die gerade zum ärztlichen Alltag nicht gehören – und deshalb auch von dieser Berufsgruppe nicht verlangt werden können. Und doch sind es die Ärzte und Pflegekräfte, von denen man entweder eine zutreffende Diagnose oder eine gesicherte Entlarvung zu verlangen pflegt. Dass hier zum einen mit starker Zurückhaltung, vielleicht sogar „unbegreiflicher Inaktivität“, zum andern aber mit der Möglichkeit von Fehldiagnosen gerechnet werden muss, ist zumindest einer um Objektivität bemühten Allgemeinheit klar.

Denn selbst für Mediziner, die im Allgemeinen über das ja nicht gerade alltägliche Münchhausen by Proxy-Syndrom relativ gut informiert sind, bleibt es bisweilen schwierig, MbpS-Mütter von überbesorgten, überängstlichen, panikbereiten u. ä. zu unterscheiden, die auch kleinere Gesundheitsprobleme ihrer Kinder übertreiben, ohne jemand täuschen zu wollen.

Der Hauptunterschied aber ist auch nicht zu übersehen: Rein überbesorgte Mütter wollen nur, dass ihr Kind vorrangig behandelt wird und sind – im Gegensatz zu Münchhausen-Stellvertreter-Müttern – überglücklich, wenn die Ärzte nichts finden. Das mag zwar bei hypochondrischer Einstellung, ggf. noch mit hysterischem Einschlag, nicht allzu lange andauern, spätestens bis zur nächsten falsch interpretierten Befindlichkeitsstörung, bleibt aber Basis-Erkenntnis. Die einen sind eindeutig, wenn auch verkappt unzufrieden, die anderen erst einmal erleichtert.

Auch enthalten manche Mütter ihren Kindern selbst dringend benötigte Medikamente vor, weil sie aus ihrer verblendeten Sicht oder unzureichenden Kenntnis bestimmte Nebenwirkungen befürchten (angestachelt von Angehörigen, Bekannten und Nachbarn?) oder die Konsequenzen ihrer Unterlassung nicht überblicken. Auch hier hilft geduldige Aufklärung und ist die Reaktion Erleichterung und Hoffnung, nicht reizbare Unzufriedenheit.

Schließlich ist es auch nicht selten, dass manche, dann aber wohl ältere Kinder von sich aus eine Krankheit vortäuschen, um Aufmerksamkeit zu erheischen, ein Vergehen zu verbergen, zumindest seine Folgen abzumildern, nicht in die Schule gehen zu müssen usf. Und dann gibt es ja in der Tat Nebenwirkungen von ärztlich begründet verordneten Medikamenten, die beim einen wenig, beim anderen ungewöhnlich belasten.

Mit anderen Worten: Die Zurückhaltung der Ärzteschaft, gerade eine Münchhausen-Stellvertreter-Diagnose zu stellen ist angesichts einer zumindest theoretisch möglichen Fehldiagnose durchaus verstehbar. Und noch mehr natürlich bei dem Verdacht eines kriminellen Hintergrunds durch Misshandlung.

Deshalb wäre es auch so wichtig, so der Psychiater Dr. Marc D. Feldman, dass sich gerade Ärzte und Pflegepersonal mit diesem Thema in der Weiterbildung gezielter beschäftigen.

- **Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom mit Erwachsenen und Tieren?**

Die Welt ist groß und die Menschheit unfassbar vielgestaltig – im Guten wie im Erschreckenden. Und so gibt es auch beim Münchhausen by Proxy-Syndrom noch weitere Varianten. Beispiele:

- *Münchhausen-by-adult-Proxy-Syndrom*: Hier geschieht das Gleiche wie bei Mutter-Kind, nur eben zwischen zwei Erwachsenen. Das dürfte nebenbei noch schwerer diagnostizierbar und damit überführbar sein. Es gibt aber ganz offensichtlich Beispiele dafür, wie sie in dem Buch von M. D. Feldman geschildert werden. Einzelheiten siehe dieses.
- Noch skurriler wird dieses Phänomen in der Verbindung *Täter-Haustier(e)*. Wieder aus dem zitierten Buch entnommen, gibt es offenbar Fälle, in denen bestimmte Krankheits-Symptome bei Hunden, Katzen, in Einzelfällen sogar Pferden, Ziegen u. a. manipuliert ausgelöst werden.

Denn für viele Menschen ist ein Haustier der Ersatz für ein Kind. Doch mit der Krankheit des Tieres lässt sich dann auch der Kontakt zum Arzt, in diesem Fall zum Tierarzt einleiten und aufrechterhalten. Und damit derlei möglichst lange währt, kann es sich schließlich um mehrere oder gar dutzende von Tieren handeln, die dann aber nicht nur unter leichteren Beeinträchtigungen zu leiden haben, sondern ggf. unter verstümmelnden oder gar tödlichen Eingriffen. Wie gesagt: Die Menschheit ist zu allem fähig.

### • **Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom in Schulen?**

Dr. M. D. Feldman berichtet in seinem Buch auch über entsprechende Phänomene in Schulen (ggf. auch kirchlichen Einrichtungen). Nach seiner Ansicht sind Schulen ein nahezu ideales Betätigungsfeld für MbpS-Täter, gewöhnlich Mütter.

So behaupten sie gegenüber dem Schulpersonal, dass ihr Kind an einer schweren körperlichen oder psychischen Erkrankung leide, die in der Regel mit körperlichen, geistigen oder Lern-Behinderungen einhergehen. Gleichzeitig verlangen sie spezielle Klassen und Lehrer; persönliche Tutoren; die ständige Anwesenheit einer Schulschwester; Transport zur Schule und nach Hause, selbst wenn die Familie nicht außerhalb wohnt; Einhaltung komplizierter Einnahme-Zeiten und -Dosen zahlreicher Medikamente; und/oder intensive schulpsychologische Beratung, und zwar durch handverlesene Therapeuten.

Wenn Lehrer und Rektor nach eingehender Prüfung übereinstimmend darauf hinweisen, dass das Kind in der Schule doch einen völlig unauffälligen Eindruck mache, können solche Mütter in den Medien, bei lokalen und staatlichen Behörden bis hinauf zu den obersten Institutionen „zum Angriff übergehen“ („Diskriminierung, die meinem Kind ständig widerfährt“).

Dr. Feldman warnt auch hier vor voreiligen und damit riskanten Schlussfolgerungen, hat aber in eigener Praxis mehrfach registrieren müssen, dass eine nach entsprechender geduldiger Information „aufgewachte Behörde“ dann doch einem MbPS-Phänomen auf die Spur kam.

- **Virtuelle artifizielle Störung und Münchhausen-Syndrom im Internet (Cyber-Betrug)**

In den letzten Jahren ist eine wachsende Zahl virtueller Selbsthilfe-Gruppen entstanden, die Patienten und Familien ermöglichen, ihre Hoffnungen, Ängste und Erfahrungen mit anderen Betroffenen zu teilen und damit auf Verständnis, Anteilnahme, ja Zuneigung stoßen, auf jeden Fall die drohende Isolation zu mildern. Doch zur gleichen Zeit hat das Internet damit auch weitreichenden Täuschungen Tür und Tor geöffnet: *Cyber-Betrug* oder *Münchhausen-Syndrom im Internet*. Der Experte Dr. M. D. Feldman stellt in seinem Buch über *Wenn Menschen krank spielen* die verschiedenen Möglichkeiten dar, die bisher genutzt werden – und zwar ständig in Erweiterung begriffen.

So positiv die Vorteile sind, es gibt offenbar auch einzelne Personen, die selbst hier vorgeben, krank zu sein oder eine schwere Krise durchzumachen – fälschlicherweise. Damit versuchen sie die Aufmerksamkeit auf ihren vorge-täuschten Kampf gegen Krebs, Multiple Sklerose, Magersucht oder andere Leiden zu lenken. Wie ist das möglich?

Eine der Paradoxien von Internet-Gruppen ist das Maß an Intimität, das trotz einer fast perfekten Anonymität hergestellt werden kann. Dieser ungewöhnliche Umstand bietet eine risikofreie Möglichkeit für Täuschungen, gleichsam eine Übungs-Arena für Personen, die sich noch nicht trauen, ihre Täuschungs-Versuche offen auszuprobieren, so Dr. Feldman.

Dabei lässt sich ein solches Online-Verhalten unschwer als Ausdruck einer artifiziellen Störungen oder eines Münchhausen-Syndroms erkennen (siehe unten). Statt in zahlreichen Krankenhäusern Hilfe zu suchen, springen diese Personen von einer Selbsthilfe-Gruppe zur nächsten und gewinnen so immer wieder ein neues Publikum. Unter dem Vorwand einer Erkrankung können sie auch verschiedene Gruppen gleichzeitig frequentieren oder verschiedene Rollen in einer einzelnen Gruppe oder in Zweiergesprächen spielen. Offenbar gibt es inzwischen eigene Online-Gruppen für Patienten mit artifizieller Störung und Münchhausen-Syndrom, wo man sich darüber austauscht, wie man bei seinen Täuschungen noch überzeugender vorgehen kann, so der Experte.

Nachfolgend nun seine Vorschläge, wie man solche Internet-Berichte entlarven kann, soweit möglich:

- Die Länge und Häufigkeit der E-Mails bzw. Äußerungen passen nicht zur Schwere der vorgetäuschten Erkrankung (z. B. ein detaillierter Bericht trotz massiver Behinderung oder plötzlicher schwerer Erkrankung).
- Die E-Mails duplizieren immer nur das Material aus anderen Mails, aus Lehrbüchern oder einschlägigen Websites.

- Die Darstellung der angeblichen Krankheit und ihrer Behandlung nimmt sich bisweilen wie eine Karikatur dieser Störung und ihrer fachlichen Therapie aus. Man merkt, dass hier ein Laie auf seine Phantasie-Vorstellungen angewiesen ist.
- Lebensgefährliche Verschlechterungen der Krankheit wechseln sich mit Wunder-Heilungen ab.
- Die persönlichen Behauptungen klingen allzu phantastisch, widersprechen sich mit späteren E-Mails oder lassen sich widerlegen (z. B. Behandlungs-ort oder -zeit).
- Es passiert ständig etwas Dramatisches im Leben dieser Personen, besonders wenn das Interesse der Angesprochenen abzuflauen droht (Verschlimmerung des Beschwerdebildes, Behandlungs-Misserfolge, zusätzliche familiäre oder berufliche Belastungen u. a.).
- Die Person klagt darüber, dass andere Gruppen-Mitglieder sie nicht genug unterstützten und dass dieser Mangel an Einfühlung ihre Gesundheit zusätzlich untergrabe.
- Sie will aber keinen telefonischen Kontakt, wofür sie aber nicht nachvollziehbare Gründe anführt (technisch nicht möglich, zu aufregend, mache sie noch kränker usf.).
- Krisen, die voraussichtlich unmittelbare Aufmerksamkeit erregen wie Herzstillstand oder ein Überfall werden detailliert und trotzdem mit einer ungewöhnlichen Gelassenheit, manchmal sogar Munterkeit mitgeteilt.
- Andere Schreiber, die sich scheinbar vehement für diese Person einsetzen (z. B. Freunde, Familienangehörige, Lehrer) haben den gleichen Schreibstil, machen die gleichen grammatikalischen oder orthographischen Fehler, kurz: es ist der gleiche Autor bzw. Verursacher.

So Dr. M. D. Feldman, der allerdings auch auf einen wichtigen Faktor hinweist: Wie bei artifiziellen Störungen insgesamt ist die Entlarvung dann besonders schwierig, wenn die Verstellung eine Mischung aus Fiktion und Fakten darstellt.

Und er vermittelt auch gleich eine Reihe von Reaktionen, wenn dieser Cyber-Betrug auffliegt. Dabei unterscheidet man

- beim *Täter* Unschulds-Beteuerungen via E-Mail oder jetzt Telefon-Anrufen, Schuld-Zuweisungen auf andere („wenn Ihr einfühlsamer gewesen wäret, hätte ich keine Geschichten erfinden müssen“), plötzliches Verschwinden (um dann irgendwo anders im Internet weiterzumachen), Eingeständnis, und zwar entweder mit oder ohne Entschuldigung bzw. mit oder ohne vor-

geschobenen Gründen; Eingeständnis, wobei andere für ihre Naivität verspottet werden; Drohungen an die diejenigen, die für die Entlarvung verantwortlich gemacht werden; vollständiges Ignorieren und so weiter machen, als wäre nichts geschehen u.a.m.

- Umgekehrt reagieren diejenigen, die *getäuscht* wurden nach Dr. Feldman beispielsweise wie folgt: zwei Lager, die die Schutz-Behauptungen glauben oder nicht; Gefühle von Wut, Traurigkeit oder Scham, so missbraucht worden zu sein; Ausstieg aus der Gruppe; E-Mails an den Betrüger mit entsprechenden Reaktionen; Vergeltung, teils nur angedroht, teils konkret (Benachrichtigung wichtiger Institutionen, auf die der Täuschende wahrscheinlich angewiesen ist); Versuch, ein reales Treffen zur Klärung zu arrangieren; Furcht, dass der Betrüger persönliche Informationen weitergibt, die er ja in diesem Austausch gewonnen hat; und – wahrscheinlich aber nicht die größte Gruppe – amüsierte Reaktionen über die Raffiniertheit und Unverfrorenheit des Cyber-Betrügers auf Münchhausen-Syndrom-Ebene im Internet.

## **THERAPIE – WAS KANN MAN TUN?**

Wenn man Betrug, Misshandlung oder ähnliche grenzwertige bis kriminelle Aspekte einmal beiseite lässt und sich nur den wirklichen vorgetäuschten Gesundheitsstörungen widmet, 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.

Deshalb galten die meisten dieser „Patienten“ mit wirklicher artifizierlicher Störung bis vor wenigen Jahren noch als „nicht behandelbar“. Dies wird heute nicht mehr so eng gesehen. Einzelheiten würden hier allerdings zu weit führen.

Auf jeden Fall muss der behandelnde Arzt – wenn er schließlich die Situation als solche erkannt hat und zu klären versucht – zunächst einen Zugang zum Patienten 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 neben der klinischen Alltagsbelastung 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 „Patienten-Karriere“ 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 bei der eigentlichen artifiziellen Störung 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.

Einzelheiten zu den Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischer Verfahren in diesem Zusammenhang siehe die entsprechende Fachliteratur. Für die Allgemeinheit aber gilt es zu wissen:

Freiherr von Münchhausen hat uns mit seinen Lügengeschichten viel Freude, Spaß und Vergnügen bereitet. 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

*Brinkmann, B., B. Madea (Hrsg.): Handbuch der gerichtlichen Medizin. Band I.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2004

*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)

*Degener, G., W. Körner: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung – ein Handbuch.* Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto 2005

*Feldman, M. D.: Wenn Menschen krank spielen. Münchhausen-Syndrom und artifizielle Störungen.* Ernst Reinhardt-Verlag, München-Basel 2006 (interessantes, vor allem US-amerikanische Verhältnisse kasuistisch illustrierendes Sachbuch)

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

*Herrmann, B. u. Mitarb.: Kindesmisshandlung.* Springer-Verlag, Heidelberg 2008

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

*Jacobi, G. (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung.* Verlag Hans Huber, Bern 2008

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

*Kernberg, O.F. (Hrsg.): Handbuch der Borderline-Störung.* Schattauer-Verlag, Stuttgart 2000

*Madea, B. (Hrsg.): Praxis der Rechtsmedizin.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2003

*Maneros, A. u. Mitarb.: Psychiatrie und Justiz.* Zuckschwerdt-Verlag, München 2000

*Pernhaupt, G. (Hrsg.): Gewalt am Kind.* Jugend- und Volk Verlagsgesellschaft, Wien-München 1983

*Saternus, K.S., G. Kernbach-Wighton: Selbstbeschädigung.* Verlag Schmidt-Römhild, Lübeck 1996

*Vollmoeller, W. (Hrsg.): Grenzwertige psychische Störungen.* Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2004