

beide Störungsbilder eine Anhedonie, also die eingeschränkte Fähigkeit Glück zu erleben, gemeinsam haben.

Von der **lerntheoretischen** Betrachtung her ist das Verständnis abzuleiten, dass diese Menschen offenbar mit den vertrauten Bedingungen am besten leben können, auch wenn sie subjektiv und objektiv wenig befriedigen. Das Bekannte wird ständig wieder hergestellt, mag es auch noch so enttäuschend sein.

Therapie

Die Psychotherapie von masochistischen Persönlichkeiten stellt insofern ein Problem dar, als die Patienten sich auch die Besserung ihres Befindens durch die Behandlung nicht „leisten“ können. Bei einer solchen Dynamik verschlechtert sich das Befinden regelmäßig, wenn es dem Patienten eigentlich besser gehen müsste. Man spricht von einer **negativen therapeutischen Reaktion**.

3.2.3 Artifizielle Störungen

Bei den Artifizialen Störungen handelt es sich um eine heterogene Krankheitsgruppe, deren Leitsymptom darin besteht, dass die Betroffenen körperliche und/oder (viel seltener) psychische Krankheitssymptome aktiv erzeugen, aggravieren und manchmal vortäuschen um auf diese Weise Aufnahme in Krankenhäusern und meist invasive diagnostische und operative Maßnahmen zu erreichen. Die Motivation besteht – oberflächlich gesehen – scheinbar darin, die Patientenrolle anzunehmen und ist nicht von äußeren Anreizen, z. B. finanziellem Gewinn, geprägt. Die tieferen Gründe sind zunächst schwer zu verstehen. Es handelt sich um ein zwanghaftes Verhalten, denn die Patienten können in 80 % der Fälle das Verhalten nicht beenden. Die selbstbeschädigenden Handlungen werden verheimlicht.

In der ICD-10 gibt es die Kategorie Artifizielle Störung (F68.1). Andere selbstverletzende Handlungen werden im Kapitel X als vorsätzliche Selbstverletzung erfasst (X60 – X84, penibel genau nach der Art

der jeweiligen Schädigung!). Als Symptom wird auch im Kapitel F die selbstschädigende Handlung bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.31) erwähnt (vgl. Armando u. Favazza 1987; Turner 2006).

Das Münchhausen-Syndrom (Asher 1951) – eine Unterform der Artifizialen Störungen

Bei dieser Unterform (Eckhardt-Henn 1999) liegen neben der aktiven Erzeugung, häufiger aber Vortäuschung von Krankheitssymptomen, immer folgende Merkmale vor:

- Eine Pseudologia phantastica, die dieser Störung letztlich die Bezeichnung „Münchhausen-Syndrom“ einbrachte. Die Pseudologia phantastica bezieht sich nicht nur auf die Krankheitsanamnese, sondern auf alle Lebensbereiche der Betroffenen.
- Eine ausgeprägte Störung der zwischenmenschlichen Beziehungen, welche sich in ständigen Beziehungsabbrüchen, Krankenhauswandern, permanentem Umherreisen und schließlich völliger sozialer Entwurzelung äußert (peregrinating problem patients, wandernde Patienten).
- Häufig zeigen diese Patienten auch dissoziales Verhalten (Delinquenz) und Medikamentenmissbrauch. Sie schaffen es auf beeindruckende Weise, sich immer wieder in Krankenhäusern aufnehmen zu lassen. Wir sahen eine Patientin, die es auf geschätzte über 200 Hospitalisierungen in weniger als 10 Jahren brachte.
- Die Krankheit nimmt einen fulminanten Verlauf und bestimmt den gesamten Lebensinhalt der Patienten, die keinerlei Leidensdruck und keinerlei Behandlungsmotivation zeigen. Bisher sind so gut wie keine erfolgreichen Behandlungsverläufe bei klassischen Münchhausen-Patienten beschrieben worden.

Klinische Symptomatik

Patienten mit Artifizialen Störungen können Symptome aus allen medizinischen Fachgebieten präsentieren. Etwa 80 % der Betroffenen erzeugen körperliche Symptome, die dann behandelt werden müssen. Die häufigsten sind in → Tabelle 3-1 dargestellt. Auch seltene Erkran-

Tab. 3-1 Häufige artifiziell erzeugte Symptome.

Artifizielle Hauterkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbringen von Säuren, Laugen und anderen toxischen Substanzen • mechanische Manipulationen der Haut • chronische Lymphödeme durch wiederholtes Strangulieren von Gliedmaßen • subkutanen Einspritzen von infizierten Lösungen, Speichel, Milch etc.
Artifizielle chirurgische Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Wundheilungsstörungen und rezidivierende Abszesse • Vortäuschen von abdominellen Schmerzen, Stuhl- und Harnverhalt • Manipulation an zentralvenösen Zugängen
Artifizielle internistische Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • rezidivierende Fieberzustände • rezidivierende, teilweise lebensbedrohliche Anämien • Blutgerinnungsstörungen und Blutungen durch Einnahme von Cumarinen • hypoglykämische Zustände (Insulininjektionen), Hypokaliämien • hyperthyreote Zustände durch Einnahme von Schilddrüsenhormon • Hyperkälzämien • Cushing-Syndrome durch Einnahme von Cortisonpräparaten • rezidivierende septische Zustände durch Selbstinjektion von infizierten Lösungen • kardiologische Symptome durch Einnahme von Betablockern etc. • Vortäuschung von Haemoptysis durch Schlucken und anschließendes Erbrechen von Blut
Artifizielle gynäkologische Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Vortäuschung von Blutungen • intravaginale Verletzungen • Verletzungen an der Portio u. a. durch Einbringen toxischer Substanzen • Vortäuschen von Schmerzzuständen etc.
Artifizielle urologische Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Hämaturien und Bakteriurien durch Einbringen von Blut und infizierten Lösungen in die Blase • vorgetäuschter Harnverhalt
Vortäuschung psychischer Erkrankungen (seltener)	<ul style="list-style-type: none"> • angebliche Verwirrheitszustände • akute Suizidalität • Vortäuschung schizophrener Psychosen

kungen wie zystische Fibrosen (Croft et al. 2005; Kansagara et al. 2006), Lupus erythematodes (Tlacuilo-Parra et al. 2000), Gerinnungsstörungen oder HIV-Infektionen (Pao et al. 2005) werden erzeugt bzw. vorgetäuscht. Die Patienten haben also in den meisten Fällen messbare körperliche Symptome und präsentieren ihre Erkrankung durch häufig vorhandenes medizinisches Wissen sehr glaubhaft. Sie geben falsche Daten bei der Anamneseerhebung an. Selbstverständlich können jederzeit komorbide körperliche Erkrankungen auftreten, was die Situation dann noch komplexer macht.

Der Schweregrad der verschiedenen Artifizialen Störungen ist sehr unterschiedlich. Dermatologische Artefakte (Gieler u. Eckhardt-Henn 2004) sind als leichter zu bewerten als eine rezidivierende artifizial erzeugte Anämie oder septische Zustandsbilder. Neben der Art und dem Ausmaß der heimlichen aktiven Erzeugung von Krankheitssymptomen ist auch das Ausmaß der darauf folgenden medizinischen und therapeutischen Eingriffe wesentlich für die Einschätzung der Gefährlichkeit der Erkrankung. Die Betroffenen nehmen bereitwillig alle Eingriffe hin. Nicht selten kommt es zu zahllosen Operationen mit daraus resultierenden körperlichen Schäden bis hin zur Amputation von Gliedmaßen (Eckhardt-Henn 1999).

Epidemiologie und Verlauf

Die absoluten Prävalenzzahlen sind wegen nach wie vor fehlender epidemiologischer Studien unsicher. Für die Artifizialen Störungen werden 0,6 bis 2 % bei allgemeinmedizinischen und bis zu 5 % bei dermatologischen Patienten angegeben. Die spektakulären Münchhausen-Syndrome sind sehr viel seltener und betreffen vorwiegend Männer (etwa 10 % der Gesamtgruppe). Artifiziale Krankheiten finden sich ganz bevorzugt bei Frauen (über 80 %) und hier noch einmal in auffälliger Weise gehäuft bei Angehörigen des medizinischen Personals (Krankenschwestern, Arzthelferinnen, technischen Assistentinnen, auch Ärztinnen). Dadurch wird zum Teil die Expertenschaft verstehbar, mit der die Manipulationen vorgenommen werden.

Bei 80 % der Artifizialen Störungen kommt es zu einem chronischen Krankheitsverlauf mit körperlichen Schädigungen (teilweise iatrogen