

Annegret Eckhardt

Artifizielle Störungen

Artifizielle Erkrankungen werden meist erst nach mehrmonatigem bis mehrjährigem Krankheitsverlauf diagnostiziert. Alle medizinischen Fachgebiete sind von dieser Krankheitsgruppe betroffen. Am häufigsten kommen rezi-

divierende Abszesse, Wundheilungsstörungen, artifizielle Fieberzustände und Anämien vor. Auch sind vielfache Operationen mit sehr schweren Folgeschäden bis hin zu regelrechten Verstümmelungen keine Seltenheit.

Artifizielle Störungen sind Erkrankungen, bei denen es zur heimlichen künstlichen Erzeugung, Aggravation oder Vortäuschung körperlicher und/oder psychischer Krankheitssymptome kommt, was in der Folge zu oft zahlreichen Krankenhausaufnahmen und medizinischen, insbesondere auch operativen Maßnahmen führt. Wenn gleich die Erzeugung/Aggravation der Krankheitssymptome scheinbar unter willentlicher Kontrolle geschieht, sind die Betroffenen unbewußten zwanghaften oder suchtartigen Impulsen unterworfen, die sie regelhaft nicht kontrollieren können. Die zugrundeliegende Motivation bleibt zunächst unklar und hat nichts mit der Motivation, die der Simulanz zugrunde liegt, gemein.

Das Wesen des Krankheitsbildes liegt also darin, daß die Patienten das Symptom, das dem Arzt als Anlaß der Therapie angeboten wird, selbst (auf vielfältige Weise) hervorrufen. Die Problematik von Diagnose und Therapie ist damit direkt umrissen: Diese Patienten fallen aus dem Rahmen der ärztlichen Grundannahme, daß sie ein passives Opfer der Krankheit sind und aktiv die Therapie unterstützen. Tatsächlich verhalten sie sich unter beiden Gesichtspunkten paradox: Sie rufen ihre Krankheit aktiv hervor und behindern die Therapie – beides geschieht in der Regel heimlich.

Diagnostische Einteilung

Je nach Schweregrad der klinischen Symptomatik und des Krankheitsverlaufes sowie der zugrundeliegenden psychopathologischen Störung lassen sich mehrere Formen unterscheiden. Eine wissenschaftlich fundierte Klassifikation fehlt bislang noch (18).

Tabelle	
Diagnostische Kriterien der artifiziellen Störungen	
1.	Vortäuschung, Aggravation und/oder künstliches Hervorrufen körperlicher und/oder seelischer Krankheitssymptome
2.	Wiederholte Wundheilungsstörungen bei Ausschluß wesentlicher organischer Ursachen
3.	Symptomverstärkung vor geplanter Entlassung
4.	Suchtartiges Verlangen nach ständig neuen Krankenhausaufnahmen
5.	Auffällige Bereitschaft, sich invasiven diagnostischen und therapeutischen, einschließlich operativen Eingriffen zu unterziehen.
6.	Auffallende Gleichgültigkeit bezüglich des Krankheitsverlaufes
7.	Hinweise auf mehrere vorangegangene Eingriffe und Operationen
8.	Pathologische Arzt-Patienten-Beziehung
Münchhausen-Syndrom zusätzlich	
1.	Pseudologia-phantastica-Vorgeschichte, die aus einer Mischung aus Wahrheit und Unwahrheit geprägt ist; zwanghaftes Lügen
2.	Oft bizarre Symptomatik
3.	Wiederholte Beziehungsabbrüche, oft mit völliger sozialer Entwurzelung
4.	Tendenz zu extensivem Reisen
5.	Häufige Selbstentlassungen, auch gegen ärztlichen Rat

Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Direktor: Prof. Dr. Sven Olaf Hoffmann) der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

Grob lassen sich die folgenden Formen unterscheiden:

- ① Artifizielle Störungen (im eigentlichen Sinne), leichte Form und schwere Form;
- ② Münchhausen-Syndrom;
- ③ Erweitertes Münchhausen-Syndrom (englisch: Munchausen by proxy) bei Kindern und bei Erwachsenen.

Der Begriff „Artifizielle Krankheiten/Störungen“ hat zum einen die Bedeutung eines Oberbegriffes, zum anderen beschreibt er jedoch die größte und therapeutisch auch am ehesten zugängliche Untergruppe des Störungsbildes, welche bezüglich der klinischen Symptomatik in einigen Aspekten klar von den Münchhausen-Syndromen abzugrenzen ist. Dieser Terminus, der auch in die ICD-10 Eingang fand, ist als Oberbegriff deutlich gegenüber dem sicher nicht „richtigeren“ der „vorgetäuschten Störung/Krankheit“ (factitious disorder) des DSM-IV zu bevorzugen.

Epidemiologie

Gegenwärtig gibt es keine epidemiologischen Untersuchungen an größeren Patientengruppen. Sie werden in spezifischer Weise erschwert, da sich die Patienten „unter falschen Vorzeichen“ darstellen und die Diagnose – wenn überhaupt – in den meisten Fällen erst nach längerem Krankheitsverlauf gestellt wird. Eine hohe Dunkelziffer muß angenommen werden. In der Dermatologie geht man davon aus, daß 0,5 bis 2,0 Prozent der Patienten an artifiziellen Symptomen leiden. Nach einer Studie an Patienten aus Allgemeinkrankenhäusern fanden Lipsitt et al. (13) in ihrer Untersuchung aus dem Jahre 1982 eine Häufigkeit von zwei Prozent.

Klinische Symptomatik

Die artifiziellen Krankheiten

Das zentrale Symptom aller drei Formen der artifiziellen Störungen ist die Vortäuschung und/oder künstliche Erzeugung körperlicher und/oder psychischer Krankheitssymptome. Symptome aus allen medizinischen Fachgebieten können vorkommen (*Tabelle*). Es gelingt den Patienten, die Symptomatik in überzeugender Weise zu präsentieren, was durch häufig vorhandene gute medizinische Kenntnisse erleichtert wird. Die Patienten geben zusätzlich falsche anamnestische Daten an, um die Glaubhaftigkeit der Symptomatik zu verstärken. Die Schwere der Krankheitssymptome ist sehr unterschiedlich, worin sich auch verschiedene Inszenierungsebenen der Erkrankung ausdrücken: So täuschen viele Patienten zum Beispiel „nur“ Symptome vor, indem sie sich über Schmerzen beklagen oder Fieberthermometer manipulieren, andere erzeugen leichte Symptome, wie oberflächliche Hautläsionen, und wieder andere erzeugen gefährliche Symptome, wie schwere Anämien durch Selbstabnahme von Blut, septische Zustandsbilder durch Selbstinjektion kontaminierter Lösungen oder anderes (*Tabelle*). Neben der aktiven autoaggressiven Handlung ist auch das Ausmaß der folgenden medizinischen Eingriffe, zu denen die Patienten die Ärzte verführen oder indirekt zwingen, von wesentlicher Bedeutung. Der sich hierin ausdrückende unterschiedliche Grad an Autoaggressivität sagt etwas über die zugrundeliegende Psychopathologie aus. Neben den vorgetäuschten/artifiziell erzeugten Symptomen können immer auch „reale“ Krankheiten vorhanden sein oder hinzukommen, was die Diagnose zusätzlich erschweren kann.

Der Krankheitsverlauf ist durch eine Folge vielfältiger medizinischer Eingriffe – operative Interventionen eingeschlossen – und durch zahllose Krankenhausaufenthalte, die nicht zur Heilung führen, gekennzeichnet. Hinzu kommen regelhaft iatrogen induzierte Komplikationen bis hin zu regelrechten Verstümmelungen. Eine auffallende Gleichgültigkeit der Patienten gegenüber den Untersuchungsergebnissen und dem Heilungsverlauf

folgendem unterscheidet sich diese Gruppe vom klassischen Münchhausen-Syndrom: Es handelt sich zu 80 Prozent um weibliche Patienten. Auffallend ist eine Häufung medizinischer Berufe (etwa ein Drittel der Betroffenen sind Krankenschwestern, Röntgenassistentinnen oder medizinisch-technische Assistentinnen). Die Patienten erscheinen im Gegensatz zu Münchhausen-Patienten sozial eher angepaßt. Sie leben auch nach längerem Krankheitsverlauf noch in „intakten“ familiären und sozialen Beziehungen. Das Symptom der Pseudologia phantastica tritt nur sehr selten auf. Für die psychischen Konfliktsituationen erscheint die Anamnese zunächst „leer“. Selbstentlassungen kommen im Gegensatz zu Münchhausen-Patienten nur nach direkter Konfrontation der Patienten mit der Selbstmanipulation vor. Im weiteren Krankheitsverlauf kann es allerdings für die Patienten notwendig werden, auf andere Krankenhäuser auszuweichen und ähnlich wie Münchhausen-Patienten in ein „Krankenhauswandern und doctor-shopping“ zu geraten.

Münchhausen-Syndrom

Diese Bezeichnung wurde 1951 von dem englischen Internisten R. Asher eingeführt und wird leider noch immer sehr undifferenziert für alle artifiziellen Störungen angewendet. Heute versteht man darunter jedoch eine kleine Untergruppe. Neben der Vortäuschung oder künstlichen Erzeugung von Krankheitssymptomen leiden diese Patienten an einer schweren Beziehungsstörung, die sich in ständigen Beziehungsabbrüchen (zum Beispiel auch häufigen plötzlichen Selbstentlassungen aus der Klinik) und in einem zwanghaften Umherreisen ausdrückt („Krankenhauswanderer“). Ein weiteres charakteristisches Symptom ist die

Das DSM-IV (1994) unternimmt eine Einteilung der vorgetäuschten Störungen (artifiziellen Störungen) in:

- ▶ vorgetäuschte Störungen mit physischen Symptomen,
- ▶ vorgetäuschte Störungen mit psychischen Symptomen und nicht näher klassifizierbare Formen.

Diese Einteilung ist unzureichend, da sie die speziellen Formen der artifiziellen Störungen (Münchhausen-Syndrom und Munchausen-by-proxy-Syndrome) außer acht läßt. In der ICD-10 wird die artifizielle Störung gar nicht weiter unterteilt, sondern Münchhausen-Syndrom und artifizielle Störung werden gleichgesetzt (4).

Ich-strukturelle Störung: partielle psychische Unreife und rigide, aber brüchige Abwehrorganisation (11).

Abwehrmechanismen: psychische Mechanismen, die dem Versuch dienen, alle für das Ich „unlustvollen“ Vorgänge wie Angst, aber auch Trauer, Depression, Kränkung und andere zu vermeiden. Grundsätzlich kann jeder seelische Vorgang und jedes Verhalten zur Abwehr eingesetzt werden. Bestimmte seelische Mechanismen finden sich aber regelmäßig bei allen Menschen immer wieder. Sie werden als Abwehrmechanismen bezeichnet (11).

Depersonalisation (Entfremdungsgefühl): die eigenen Gefühle und der eigene Körper oder Körperteile werden als losgelöst, fern, nicht als die eigenen empfunden.

„Offene“ Selbstverletzung: Wiederholte, selbst zugefügte direkte Verletzungen (sich schneiden mit Rasierklingen und vieles mehr); im Gegensatz zu den heimlichen Selbstschädigungen (artifizielle Störungen) wird die Selbstschädigung nicht verleugnet.

steht im Kontrast zur Schwere der Symptomatik.

In vielen Fällen wird die Krankheit zu einer Art „way of life“, und das Krankenhaus wird zur „zweiten Heimat“. Die Diagnose wird oft erst nach langwierigem Krankheitsverlauf gestellt, wenn es bereits zu iatrogen induzierten Schäden gekommen ist (5).

Bei den artifiziellen Krankheiten (heimliche Selbstschädigung) handelt es sich um die größte Krankheitsgruppe der Artefaktkrankheiten. In

„Pseudologia phantastica“; die Patienten erzählen phantastische Geschichten über ihr Leben. Sie belügen nicht nur die Umgebung, sondern auch oft sich selbst. Sie nehmen falsche Identitäten an, um ihre eigene unsichere und minderwertig erlebte Identität zu verleugnen und ständig drohende Desintegrationsängste (zum Beispiel die Angst, verrückt zu werden), die auf die schwere zugrundeliegende Ich-strukturelle Störung zurückzuführen sind, abzuwehren. Medikamentenmißbrauch und delinquentes Verhalten (Antisozialität) treten bei Münchhausen-Patienten häufig auf. Diese Patienten kommen fast immer aus massiv gestörten Familiensystemen, die von schweren sozialen Problemen, aggressiven Verhaltensweisen und Alkoholproblemen geprägt sind.

Psychopathologisch handelt es sich bei Münchhausen-Patienten immer um schwer narzißtische, Borderline- oder dissoziale Persönlichkeitsstörungen. Die Störung kann in Einzelfällen Anlaß zur Verwechslung mit Psychosen geben.

Münchhausen-Patienten haben einen nur sehr geringen Leidensdruck und sind infolgedessen einer psychotherapeutischen Behandlung kaum zugänglich. Die schwere zugrundeliegende Beziehungsstörung erschwert zusätzlich die Durchführung einer längerfristigen Psychotherapie. Bislang sind nur vereinzelte erfolgreiche Therapien in der Literatur beschrieben worden. Die Prognose ist gegenwärtig weiterhin als sehr ungünstig einzuschätzen.

Munchausen-by-proxy-syndrom bei Kindern

Das sogenannte „Munchausen-by-proxy-syndrom“ (erweitertes Münchhausen-Syndrom) wurde 1977 zum erstenmal von dem englischen Kinderarzt R. Meadow (14) beschrieben. Es handelt sich hierbei um eine schwere Störung, bei der Mütter an ihren Kindern Krankheitssymptome vortäuschen, künstlich erzeugen oder aggravieren, um die Krankenhausaufnahme der Kinder und in der Folge zahllose, meist invasive medizinische Eingriffe, inklusive Operationen, zu erreichen. Bisher wurden etwa 130 Fälle in der Literatur beschrieben. Ge-

nauere epidemiologische Untersuchungen fehlen aus den gleichen Gründen wie bei Patienten mit artifiziellen Erkrankungen. Vereinzelt wurden auch Fälle bei Erwachsenen beschrieben.

Ätiopathogenese und Psychodynamik

Systematische Untersuchungen mit ausreichenden Fallzahlen zur Psychopathologie und Ätiopathogenese der artifiziellen Krankheiten und der Münchhausen-Syndrome fehlen bislang. Die vorliegenden Ergebnisse wurden aufgrund von Einzelfallstudien und an kleinen Patientenkollektiven gewonnen und müssen deshalb entsprechend kritisch bewertet werden. Folgendes läßt sich aufgrund der bisherigen Ergebnisse zusammenfassen. Eine einheitliche zugrundeliegende psychopathologische Störung liegt nicht vor. Das Spektrum reicht von neurotischen Störungen (zum Beispiel Adoleszenzkrisen) bei den leichteren Formen bis hin zu schweren Persönlichkeitsstörungen vom narzißtischen, Borderline- oder dissozialen Typ bei den schwereren Formen.

In ihrer Kindheit waren diese Patienten in hohem Maße real traumatisierenden Erlebnissen, zum Beispiel Trennungs- und Verlusterlebnissen, körperlichen, sexuellen und seelischen Mißhandlungen ausgesetzt. Auch wenn die Familien nach außen hin oft als sozial angepaßt erscheinen, handelt es sich meist um schwer gestörte Familiensysteme.

Die Entwicklung eines stabilen, reifen Selbst und Körper selbst und damit verbundener reifer zwischenmenschlicher Beziehungen wurde nachhaltig gestört und verunmöglicht. Meist liegen Ich-strukturelle Störungen vor, welche sich neben und im Zusammenhang mit den autoaggressiven Handlungen in Fragmentationszuständen (dissoziativen Zuständen, Depersonalisation), in depressiven Zuständen und Anhedonie, das heißt chronischen Gefühlen innerer Leere und Leblosgkeit, sowie der Persistenz bestimmter Abwehrmechanismen – wie Spaltung, Idealisierung, Entwertung, Projektion und projektive Identifikation – äußern.

Dissoziative Zustände, wie die psychogene Amnesie, das psychogene Weglaufen (Fugue), die multiple Persönlichkeit, müssen abgegrenzt werden.

Die Dissoziation (dissoziative Zustände) wird als ein komplexer psychophysiologischer Prozeß bezeichnet, bei dem es zu einer teilweisen oder völligen Desintegration psychischer Funktionen, wie der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewußtseins, der unmittelbaren Empfindungen, der Wahrnehmung des Selbst und der Umgebung kommt.

Das kann auch erklären, warum manche Patienten die heimliche Selbstbeschädigung offenbar völlig aus ihrem Bewußtsein verdrängt haben, so als ob es um einen ganz abgespaltenen, eben „dissoziierten“ Teil ihres Selbst ginge.

Aus psychodynamischer Sicht kann das selbstschädigende Verhalten als Reinszenierung dieser frühkindlichen Traumata („Identifikation mit dem Aggressor“) aufgefaßt werden. Es dient den Patienten als Selbstbestrafungsmaßnahme, um unbewußte Schuldgefühle zu lindern, und insbesondere als Spannungsabfuhr, um bedrohliche innere Spannungszustände und Depersonalisationszustände zu beenden.

Wiederholt kann man beobachten, daß diese Patienten eine Störung des Schmerzerlebens – im Sinne einer Erhöhung der Schmerzschwelle – zumindest für die Zeit der (heimlichen) Selbstbeschädigung aufweisen, was auch ihre auffallende Bereitschaft, sich schmerzhaften Eingriffen zu unterziehen, erklären könnte. Dies hat zu der Hypothese geführt, daß eine Störung im Endorphinstoffwechsel vorliegt, welche aber bislang noch nicht genügend belegt ist (9). Bei Patienten mit „offenen“ Selbstverletzungen wurde wiederholt beschrieben, daß die Selbstbeschädigung einen „suchtartigen Charakter“ annehmen kann.

Interaktion zwischen Arzt und Patient

Wie bereits angedeutet, gehört eine spezifische pathologische Interaktion zwischen Arzt und Patient zu

Häufige „Methoden“ der Selbstmanipulation

▶ **Artifizielle Hauterkrankungen**

Aufbringen von Säuren und Laugen oder anderen Substanzen; Kneten, Reiben, Quetschen der Haut; Strangulation von Extremitäten (artifizielle Lymphödeme); subkutanes Einspritzen von infizierten Lösungen, Speichel, Milch, Kot und anderem.

▶ **Artifizielle interne Erkrankungen**

Artifizielles Fieber durch Einnahme pyrogen wirkender Substanzen; Thermometermanipulationen; Fälschung des Krankenblattes.

▶ **Artifizielle hämatologische Erkrankungen**

Selbstabnahme von Blut zur Erzeugung von Anämien; selbst herbeigeführtes Bluten; Einnahme von Antikoagulanzen; Vortäuschen von HIV-Infektionen.

▶ **Artifizielle Stoffwechselerkrankungen**

Hyperthyreose durch Einnahme von Schilddrüsenhormonen, Hyperglykämien durch Injektion von Insulin oder Einnahme oraler Antidiabetika; Hypokaliämien durch Einnahme von Diuretika, Lakritzenabusus, Laxanzienabusus; Hyperkalziämie durch Einnahme von Kalzium oder Vitamin D; Cushing-Syndrom durch Einnahme von Prednison, Hyperamylasurie durch Speichelzusatz zum Urin; Anticholinergikaintoxikation durch Einnahme von Sympathomimetika.

▶ **Artifizielle kardiologische Symptome**

Vortäuschung einer koronaren Herzkrankheit; Einnahme von Beta-blockern, Clonidin und anderem.

▶ **Artifizielle pulmonologische Symptome**

Hämoptysis durch vorher geschlucktes Eigen- oder Tierblut

▶ **Artifizielle gynäkologische Symptome**

Vortäuschung von abdominalen Schmerzen, Abwehrspannung; vaginale Blutungen durch mechanische Manipulationen an Portio oder Vagina oder Einführen von Blut; intravaginales Einbringen von ätzenden Lösungen.

▶ **Artifizielle chirurgische Symptome**

Vortäuschen abdominaler Schmerzen, Stuhl- und Urinverhalt; Manipulationen an Operationswunden; Erzeugen von Abszessen durch Einspritzen von Kot, Fremdkörpermaterial und vielem mehr; Manipulationen an zentralvenösen Zugängen, Wunddrainagen und anderem.

▶ **Artifizielle urologische Symptome**

Einbringen von Eigen- oder Tierblut durch die Harnröhre oder durch Injektion durch die Bauchdecke in die Blase zur Erzeugung einer Hämaturie; Kontamination des Urins durch Fäkalien, Blut und anderes.

▶ **Artifizielle neurologische Symptome**

Vortäuschen von Lähmungszuständen, Dysästhesien; Einnahme von Anticholinergika; Vortäuschung epileptischer Anfälle, teilweise unter Zuhilfenahme von Medikamenten.

▶ **Artifizielle psychiatrische Symptome**

Vortäuschung von akuter Suizidalität oder psychotischen Zuständen; auch Delirien werden vorgetäuscht; Vortäuschung von Verwirrheitszuständen oft unter Zuhilfenahme von Medikamenten.

▶ **Artifizielle Symptome in der Kinderheilkunde**

Munchausen by proxy; oder genuine artifizielle Symptome bei Kindern und Jugendlichen: meist artifizielles Fieber oder dermatologische Symptome; prinzipiell ist aber auch hier alles möglich.

den wesentlichen Charakteristika der artifiziellen Erkrankungen. Es gelingt den Patienten in beeindruckender Weise, Emotionen und unkontrollierte Phantasien in den behandelnden Ärzten auszulösen, welche diese zu enormer Aktivität in bezug auf ihre diagnostischen und therapeutischen Bemühungen veranlassen. Die Ärzte lassen sich dazu verleiten, Operationsindikationen sehr viel schneller zu stellen und Untersuchungsbefunde anders und für den Außenstehenden auffallend unkritisch zu bewerten: Eine kleine, normalerweise völlig unbedeutende Anomalie kann jetzt plötzlich als Begründung für die Indikationsstellung einer komplizierten Operation ausreichen.

Die Ärzte geraten regelhaft in einen komplexen Konflikt aufgrund verinnerlichter berufsethischer Normen, unbewusster Manipulation durch die Patienten und unbewußt motivierten professionellen Handelns (Agieren). Zentrales dynamisches Phänomen ist ein pathologischer Beziehungskonflikt zwischen Arzt und Patient. Die Angst, dem Patienten unrecht zu tun, vielleicht irgend etwas zu übersehen, läßt die Ärzte lange Zeit vor dem Gedanken an eine Selbstmanipulation des Patienten zurückweichen. Wenn der Verdacht einmal aufkommt, folgen meist detektivistisch-kriminalistisch anmutende Maßnahmen. Wenn sich der Verdacht schließlich bestätigt, folgen häufig aggressive Verurteilungen und Konfrontationen des Patienten von seiten der Ärzte, was zum Beziehungsabbruch durch Selbstentlassung, zum Ungeschehenmachen oder auch zu erneuten autoaggressiven Handlungen bis hin zu suizidalen Impulsen von seiten des Patienten führen kann. Der Patient sucht sich nach kurzer Zeit einen neuen Arzt, und das ganze Spiel beginnt von vorne (5).

Medikamentöse Therapie

Eine kausale medikamentöse Therapie der artifiziellen Erkrankungen gibt es nicht. Vereinzelt wurde bei Patienten mit dranghaften offenen Selbstbeschädigungen ein positiver Effekt durch Clozapin beschrieben (3). Eine symptomatische Therapie

mit niedrig-potenten Neuroleptika zur Linderung von Spannungszuständen oder Antidepressiva zur Linderung depressiver Zustände kann sinnvoll sein. Benzodiazepine können durch die enthemmende Wirkung eine paradoxe Wirkung im Sinne einer Zunahme der Selbstverletzungen haben.

Integrierte somatisch-psychotherapeutische Behandlung

Wichtig ist es, die Patienten nicht sofort und unüberlegt mit der heimlichen Selbstbeschädigung zu konfrontieren. Allerdings sollte man ihn mit der Ernsthaftigkeit der Erkrankung konfrontieren und ihm deutlich machen, daß eine interdisziplinäre Behandlung notwendig ist. Die Konfrontation mit heimlichen Selbstbeschädigungen sollte immer mit einem gleichzeitigen Behandlungsangebot verknüpft sein. Man muß dem Patienten vermitteln, daß man ihn nicht verurteilen und nicht abschieben will, sondern daß man ihn als behandlungsbedürftigen Patienten weiterhin ernst nimmt. Daß abwertende Äußerungen (oft unterschwellig) über die Patienten aus „kompetentem Mund“ den ohnehin schwierigen Umgang mit den Kranken verschlechtern, versteht sich von selbst, ist aber leider nicht selbstverständlich.

Es kann sinnvoll sein, den Patienten zunächst in Zusammenarbeit mit einem Konsiliar-Psychiater/Psychosomatiker mehrere Wochen auf einer

somatischen Station weiterzubehandeln, um eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen, die in eine weiterführende Psychotherapie münden kann. Dieses Vorgehen rechtfertigt sich in ökonomischer Hinsicht allein dadurch, daß man den Patienten vor weiteren iatrogen induzierten Schäden bewahren und enorme Kosten einsparen kann, die durch den „üblichen“ Krankheitsverlauf regelhaft verursacht werden.

In die weiterführende psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung sind körperbezogene Therapieformen miteinzubeziehen, da diese Patienten ja an schweren Störungen des Körperselbst und -erlebens leiden, die teilweise über verbale Psychotherapieansätze schwer zugänglich sind. Der therapeutische Zugang insgesamt zu den selbstschädigenden Patienten ist einerseits fraglos schwierig und in psychotherapeutischer Hinsicht „undankbar“; andererseits sollte der ärztliche Beitrag in keinem Fall mit der ärgerlichen „Aufdeckung“ des artifiziellen Krankheitscharakters enden, wie es häufig die Regel ist. Diese Kranken sind Patienten, auch wenn sie ihr Leiden selbst verursachen. Die ärztliche Verstimmung über die Täuschung ist berechtigt, bedarf aber der reflektierten Kontrolle, weil sonst das Krankheitsbild im Sinne eines repetitiven Musters chronifiziert. Die Folgekosten der unbehandelten Störung sind enorm. (Wir kennen einen Fall mit 450! Krankenhausaufenthalten in wenigen Jahren.) Bei mehrjähriger Krankheitsdauer ist die psychothera-

peutische/psychiatrische Behandlung oft sehr schwierig. Deswegen ist der frühe diagnostische Gedanke an das Vorliegen einer möglicherweise artifiziellen Störung um so wichtiger. Wenn man davon ausgeht, daß etwa zwei Prozent der allgemeinmedizinischen Patienten an artifiziellen Störungen leiden, und den enormen Behandlungsaufwand berücksichtigt, wird deutlich, daß diese Erkrankungen für die Praxis von nicht unerheblicher Bedeutung sind. Patienten mit artifiziellen Erkrankungen im eigentlichen Sinn bleiben im Gegensatz zu Münchenhausen-Patienten meist über längere Zeiträume bei einem Allgemeinarzt. Die kontinuierliche enge Zusammenarbeit zwischen Allgemeinarzt, Fachärzten und behandelndem Psychosomatiker ist unerlässlich für die erfolgreiche Behandlung dieser komplizierten Erkrankung.

Zitierweise dieses Beitrags:
Dt Ärztebl 1996; 93: A-1622-1626
[Heft 24]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis im Sonderdruck, anzufordern über die Verfasserin.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Annegret Eckhardt
Klinik und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Johannes Gutenberg-Universität
Mainz
Untere Zahlbacher Straße 8
55131 Mainz

Endosonographie bei Riesenfalten des Magens

Hinter den Riesenfalten des Magens können sich gutartige und bösartige Erkrankungen verbergen, bei Morbus Ménétrier kann sich sogar auf dem Boden der Grundkrankheit ein Magenkarzinom entwickeln. Die Autoren untersuchten 35 Patienten mit Riesenfalten der Magenschleimhaut mittels endoskopischer Ultrasonographie mit einem 7,5-MHz-Transducer. 15 Patienten wiesen ein szirrhöses Magenkarzinom, acht ein Magenlymphom, fünf eine Anisakiasis, einer einen Morbus Ménétrier auf.

Bei sechs weiteren Patienten war die Genese der Riesenfalten nicht klar. Von den fünf sonographisch erfaßbaren Wandschichten war nur die zweite Schicht bei Morbus Ménétrier, nur die dritte Schicht bei der Anisakiasis verdickt.

Die meisten Patienten mit einem Magenszirrhosis zeigten eine Verbreiterung der dritten und vierten Schicht. Die zweite und dritte Schicht war bei gesunden Probanden mit Riesenfalten und bei Patienten mit einem Magenlymphom verbreitert. Die vierte

Schicht, der Muscularis propria entsprechend, war nur bei Patienten mit malignen Grunderkrankungen signifikant verdickt. Im Rahmen der Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Erkrankungen empfehlen die Autoren deshalb die Durchführung einer Endosonographie. w

Songür Y, Okai T, Watanabe H et al: Endosonographic evaluation of giant gastric folds. *Gastricint Endosc* 1995; 41: 468-474

Department of Internal Medicine, Cancer Research Institute, Kanazawa University, 4-86 Yoneizumi, Kanazawa 921, Japan