

Offene und verdeckte Selbstbeschädigung



Harald J. Freyberger

- A. Definition und Begriffsbestimmungen
- B. Typen der Selbstbeschädigung
- C. Artificielle Störungen
- D. Epidemiologie und Ätiologie
- E. Behandlungsaspekte

Literatur zu artifiziellen Störungen

- 15.000 Einzelfalldarstellungen aus verschiedensten medizinischen Fächern mit konkurrierenden Ätiologie- und Pathogenesemodellen
- sensationelle Berichte in der Presse
- wenig systematische Studien zu Epidemiologie, Verlauf und Therapie
- die besten Daten liefern Konsiliardienststudien
- viele indirekte Studien, die Häufigkeiten und Einstellungen von Behandlern erfragen
- zahlreiche Synonyme (z.B. Koryphäen-Killer-Syndrom)

Offene Selbstbeschädigung

... die Selbstbeschädigung ist sichtbar durch eigene Handlung herbeigeführt (Ritzen, Schneiden, Brennen, Hautmanipulationen)

... für Behandler und Patient ist die Täterschaft klar oder kann identifiziert werden

... eine symptomatologische Konfiguration und eine (psychologisches) Ätiologie- und Pathogenesemodell ist zumindest in Ansätzen erkennbar

Heimliche Selbstbeschädigung

... die Selbstbeschädigung ist nicht sichtbar durch eigene Handlung herbeigeführt (z.B. Wunden mit infektiösen Material kontaminiert)

... für Behandler und Patient ist die Täterschaft unklar und wird als medizinische Ursache identifiziert

... destruktiver Selbstdialog des Patienten mit seinem Körper, in den der Behandler einbezogen wird

... Täuschung und Tarnung, ohne das die Motive des eigenen Handelns bewußt sind

Selbstbeschädigung bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

... Spannungsreduktion als Abwendung psychotischer Entgleisung bei impulshaften Affekten

... Reinszenierung früherer Erlebnisse einschlägiger Körperregionen

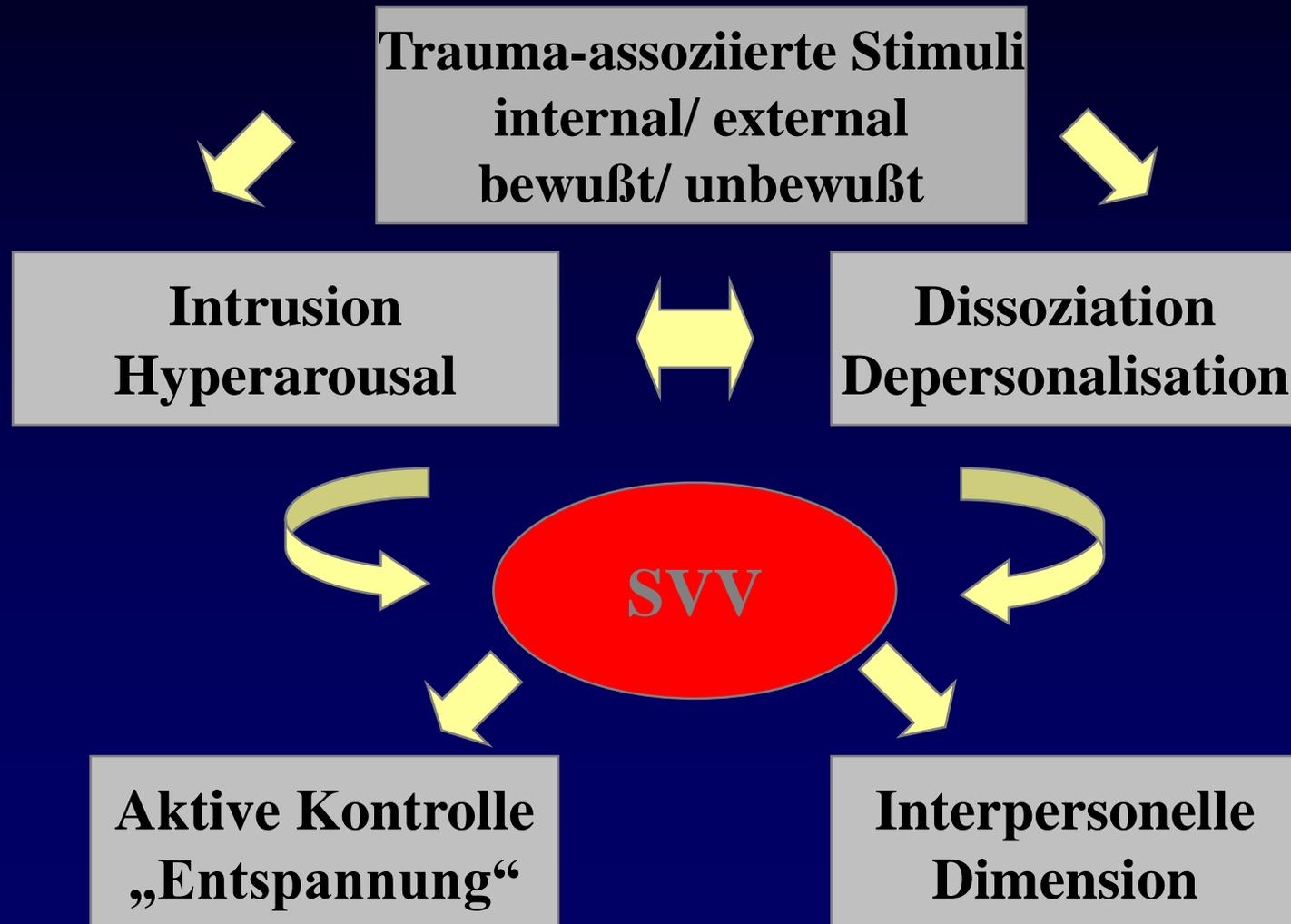
... Reinszenierung von Täter-Opfer-Beziehungen

... Therapeutenprüfung

... aversive Nähe-Distanz-Regulation

... Regressionsmerkmal

Selbstbeschädigung bei Traumatisierten auf Borderline-Niveau



Artifizielle Störungen im engeren Sinne

- Münchhausen-Syndrom
- Münchhausen-by proxy Syndrom
- Artifizielle Störung

Münchhausen-Syndrom

- Hospital-hopper-Verhalten mit Bevorzugung von emergency-rooms = extensives Krankenhauswandern als Lebensstil
- Falsche Identität und pseudologia fantastica
- Provokation invasiver medizinischer Interventionen
- Soziale Desintegration (Vietnam-Veteranen), Beziehungsabbrüche, dissoziale Entwicklungen mit Delinquenz und Suchtstörungen
- Männer:Frauen 6:1, 25-40 Jahre

Münchhausen-by-proxy-Syndrom

- Zumeist Mütter induzieren stellvertretend bei ihren Kindern Krankheitssymptome
- Keine Präferenz des kindlichen Geschlechts oder der Stellung in der Geschwisterreihe
- 70% der Geschwisterkinder sind sequentiell mitbetroffen
- 5-Jahres-Überlebenschance etwa 50-70%
- Pseudologia fantastica
- Die Kinder werden notfallmäßig in Kliniken vorgestellt
- Münchhausen-by-adult-proxy
- Autodestruktive Symptomäquivalente

Autodestruktive Symptomäquivalente

- Wechsel von selbst- und fremdaggressiven sowie heimlichen und offenen Verhaltensweisen im Verlauf und insbesondere unter Behandlung
- Temporäre Essstörungen
- Suchterkrankungen
- Polymorph-perverses Verhalten
- Kurze psychotische Episoden

- Prädiziert neben dem Destruktionsgehalt der Handlungen die Prognose

Artifizielle Störungen

- Heimliche Selbstbeschädigung
- 5:1 Frauen:Männer, überzufällig allein lebend
- Bessere psychosoziale Adaption
- Häufung medizinischer Assistenzberufe (bis zu 50% der untersuchten Stichproben)

Verwandte Syndrome ?

- Nägelkauen
- „Schlucker“ in Haftanstalten
- „Alltagsunfälle“: Verbrennungen, Schneiden, Stürze, Unfallforschung

Formen der Selbstmanipulation

- Hauterkrankungen (z.B. Kratzen, Infektionen mit pyogenem Material)
- Infektionskrankheiten und Fieber
- Hämatologische Erkrankungen (z.B. Einnahme von Antikoagulantien, selbst herbeigeführtes Bluten)
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Einnahme einschlägiger Substanzen)
- Kardiologische Erkrankungen
- Pulmologische Erkrankungen (z.B. artifizielle Hämoptysis)

Formen der Selbstmanipulation

- Gynäkologische Symptome (z.B. vaginale Blutungen durch Eigen- und Fremdblut)
- Chirurgische Symptome (z.B. Injektion von Fremdkörpermaterial, Wundmanipulation)
- Urologische Symptome
- Neurologische und psychiatrische Symptome (z.B. Parkinson und Demenz)

Subgruppen selbstschädigenden Verhaltens

- Erfinden oder Inszenieren von Symptomen
- Fälschen des Krankenblattes oder Manipulation an medizinischen Geräten
- Manipulation von Körpersekreten
- Systematische Veränderung des Essverhaltens
- Einwilligung zu Eingriffen unter Verschweigen bekannter Kontraindikationen
- Einnahme pharmakologisch wirksamer Substanzen (Medikamente oder Drogen)
- Direkte nicht-chirurgische Manipulation am eigenen Körper
- Direkte chirurgische Manipulation am eigenen Körper

Epidemiologie

- Geschätzt 0.8-1.2% der Patienten in Krankenhäusern der Maximalversorgung
- Nur ein Bruchteil wird identifiziert (6-fach höhere post hoc-Identifikationsraten)
- High-risk-Gruppen (unklare Fieberzustände, Wundheilungsstörungen, Hauterkrankungen und Diabetes mellitus mit 2.2-9.6 fach erhöhtem Risiko)

Ätologie und Pathogenese Typ A

- Borderline-Strukturniveau
- Häufige Assoziation mit dissozialen und narzißtischen Persönlichkeitsstörungen, Eßstörungen und Suchterkrankungen
- Dramatische Häufung massiver Missbrauchs- und Gewalterfahrungen auf verschiedenen Ebenen
- Themen: Abhängigkeit, Masochismus, Traumabewältigung
- Schwerwiegenden eigene Erkrankungen oder miterlebte Erkrankungen der Eltern
- Frühere schlechte medizinische Versorgung und Heimunterbringung

Ätologie und Pathogenese Typ B

- Adoleszenzkrise
- Neurosenniveau
- Rezidive nur in Lebenskrisen oder bei regressiven Tiefpunkten

Körpersebst

- Negative frühe Beziehungs- und Körpererfahrungen führen zu veränderter Wahrnehmung und zu veränderten Repräsentanzen
- Tote Zonen im Körpersebst
- Fusionäre Zonen im Körpersebst (Abgrenzung und Abdichtung)
- Spaltungszonen im Körpersebst (paarig angelegt)
- Entwertungszonen im Körpersebst (dysmorphophobe Wahrnehmung, Amputation)

Traumatische Reinszenierung

- Über die Identifikation mit dem Aggressor wird die Kontrolle wieder hergestellt und partiell die passive Opferposition verlassen
- Inhalte werden über Mechanismen der Projektion und Abspaltung in den Körper abgewehrt
- Die Artefakterzeugung setzt die frühere Mißhandlung stellvertretend, symbolisch und/oder am identischen Körperteil fort

Traumatische Reinszenierung

- Der Arzt/Therapeut wird in die Rolle eine körperlich eindringenden, besitzergerifenden oder verletzenden Täters gebracht
- Medizinsystem als „Bühne“ für das Agieren
- Zuwendung durch das Medizinsystem
- Die Artefakterzeugung setzt die frühere Mißhandlung stellvertretend, symbolisch und/oder am identischen Körperteil fort

Funktionalität und Generalisierung

- **Intrapsychisch:** Affektregulation; Suizidkorrelat/Suizidprophylaxe; Beendigung von Dissoziation; narzißtische Regulation
- **Interpersonell:** präverbaler Appell; Wiederholungsinszenierung; Flucht vor sozialer Überforderung; (Pseudo-) Identitätsstiftung
- **Psychobiologisch:** Aktivierung des endogenen Opioidsystems

Verlaufsaspekte

- Hohe Mortalitäts- und Invalidisierungsraten durch „iatrogene“ Schädigung
- Störungsniveau/Komorbidität
- 10-Jahres-Überlebensraten $< 50\%$
- 10-15% der Betroffenen repräsentieren ein einmaliges Ereignis

Behandlungsaspekte I

- Komplexes Beziehungsgeflecht
- Initial „ideale somatische Patienten“
- Somatisches Krankheitskonzept und hohe Bereitschaft zur Durchführung invasiver Interventionen
- Erfolglosigkeit ärztlicher Bemühungen führt zu Zweifeln an der „Echtheit“ der Erkrankung und zu beginnenden detektivisch anmutenden Maßnahmen

Behandlungsaspekte II

- Beunruhigung des somatischen Behandlungsteams
- Bestätigung des Verdachts mit den dazugehörigen aggressiv-konfrontativen Impulsen führt zu einem Beziehungsumschwung mit offen aggressiver Entwertung durch den Patienten und Beziehungsabbruch
- zu diesem Zeitpunkt wird der psychiatrische/psychosomatische Konsiliararzt hinzugezogen

Behandlungsaspekte III

- Konfrontationsverleugnung durch die Patienten
- Selbstbeschädigung wird abgespalten
- Patient erlebt sich mißverstanden und abgelehnt
- Das Drama wird an anderer Stelle reinszeniert

Behandlungsaspekte III

- Aufbau einer stabilen Therapiebeziehung
- Respekt vor der Abwehr der Patienten
- Indirekte Konfrontationsarbeit
- Keine direkte Konfrontation
- Ziel: stationäre Behandlung möglichst im Rahmen eines Intervallbehandlungsansatzes