

Plassmann, Reinhard / Teising, Martin und Freyberger, Hellmuth  
**Ein ‚Mimikry‘-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 4, S. 133-141*

urn:nbn:de:bsz-psydok- 31011

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

#### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

#### **Kontakt:**

##### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Praxis und Forschung

<i>Barthe, H.-J.</i> : Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte (Processes in the Course of Teamsupervision—Constructive and Destructive Effects) . . . . .	154
<i>Beck, B., Jungjohann, E. E.</i> : Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung (A Longitudinal Study on Discharged Patients from a Residential Treatment Center for Children and Adolescents) . . . . .	142
<i>Bovensiepen, G.</i> : Die Einleitung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung durch das Familien-Erstinterview (The First Family-Interviews as Introduction to the Psychiatric Inpatient Treatment of Children and Adolescents) . . . . .	187
<i>Braun, H.</i> : Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter (Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence) . . . . .	172
<i>Castell, R., Meier, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H., Weyerer, S.</i> : Sprach- und Intelligenzleistungen gegenüber sozialer Schicht und Familiensituation (Language and Intelligence Performance in 3–14 Years old Children Correlated to Social Background Variables) . . . . .	269
<i>Dellisch, H.</i> : Zwei Formen einer frühen Störung der Eltern-Kindbeziehung und ihre Auswirkung auf die Schule (Two Forms of Early Interference in Parent-Child-Relationship and Their Consequences on the School Age Level) . . . . .	120
<i>Dühßler, K.</i> : Von den Anfängen der Kinderpsychotherapie – aufgezeigt am Schicksal eines elternlosen Mädchens (The Beginning of Child Psychotherapy in Germany—Illustrated with the Case History of an Orphaned Girl) . . . . .	256
<i>Fertsch-Röver-Berger, C.</i> : Familiendynamik und Lernstörungen (Family and Learning-disorders) . . . . .	317
<i>Flügge, I.</i> : Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse (After a Murderous Assault in a School Class) . . . . .	90
<i>Friedrich, H.</i> : Chronisch kranke Kinder und ihre Familien (Children with Chronic Diseases and Their Families) . . . . .	2
<i>Haar, R.</i> : Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik (The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy) . . . . .	296
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödiptalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preodipal Components) . . . . .	303
<i>Hobrücker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry) . . . . .	288
<i>Hopf, H. H.</i> : Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit präödiptalen Störungen (Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents) . . . . .	37
<i>Jorswieck, E.</i> : Verteilung von Mädchen und Jungen bei Kindern, die während Langzeitanalysen geboren wurden (The Distribution of Girls and Boys among Children born while longtime Analyses) . . . . .	154
<i>Kammerer, E., Göbel, D.</i> : Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment) . . . . .	315
<i>Knöll, H.</i> : Zur Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin (On Development of Analytic Children and Juvenile Therapy in the Federal Republic of Germany and in West Berlin) . . . . .	123
<i>Kögler, M., Leipersberger, H.</i> : Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung (Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting) . . . . .	320
<i>Krause, M. P.</i> : Stottern als Beziehungsstörung – Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Children Relationship) . . . . .	9
<i>Kunz, D., Krempe, M., Kampe, H.</i> : Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen (Selfconcept Variables in Personal Records of Drug Addicts) . . . . .	15
<i>Langenmayr, A.</i> : Geschwisterkonstellation aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht (Empirical and Clinical Aspects of Sibling Constellation) . . . . .	219
<i>Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U.</i> : Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? (How do Video Recordings influence the Perception of Family Relationships?) . . . . .	254
<i>v. Lüpke, H.</i> : Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive (Unusual Motoricity—New Perspectives) . . . . .	32
<i>Meijer, A.</i> : Psychotherapie von adolescenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients) . . . . .	210
<i>Müller-Küppers, M.</i> : Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater (the Child Psychiatrist as a Father—the Father as a Child Psychiatrist) . . . . .	49
<i>Panagiotoopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy) . . . . .	309
<i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry) . . . . .	263
<i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein 'Mimikry'-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness) . . . . .	84
	133

<i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encopresis) . . . . .	183	<b>Ehrungen</b>	
<i>Schattner-Meinke, U.</i> : Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom (Psychoanalytic Treatment of an tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome) . . . . .	57	<i>Thea Schönfelder</i> zum 60. Geburtstag . . . . .	70
<i>Schemus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children) . . . . .	19	<i>Manfred Müller-Küppers</i> zum 60. Geburtstag . . . . .	71
<i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories) . . . . .	176	<i>Curt Weinschenk</i> zum 80. Geburtstag . . . . .	276
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature) . . . . .	44	In memoriam: <i>Marianne Frostig</i> . . . . .	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey) . . . . .	96	<i>Rudolf Adam</i> zum 65. Geburtstag . . . . .	286
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents) . . . . .		<b>Buchbesprechungen</b>	
<i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization) . . . . .	225	<i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen . . . . .	200
<i>Zschiesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents) . . . . .	149	<i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen . . . . .	281
		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens . . . . .	282
<b>Pädagogik und Jugendhilfe</b>		<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie . . . . .	23
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education) . . . . .	63	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik . . . . .	279
<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Formen integrativer Arbeit im Elementarbereich – erste Eindrücke von der Situation in Bayern (Forms of Integrative Preschool Education – first Impressions of the Situation in Bavaria) . . . . .	101	<i>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik . . . . .	245
<i>Imhof, M.</i> : Erziehung zur Konfliktfähigkeit mit Hilfe von Selbsterfahrungsarbeit in der Schule (Education towards the Ability to Conflict with the Ais of Encounter Groups in School) . . . . .	231	<i>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind . . . . .	75
<i>Schniedermeier, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment) . . . . .	239	<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels . . . . .	280
		<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven . . . . .	247
<b>Tagungsberichte</b>		<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie . . . . .	25
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin . . . . .	195	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion . . . . .	248
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin . . . . .	243	<i>Freundeskreis Peter-Jürgen Boock und die Fachgruppe Knast und Justiz der Grün- Alternativen Liste (GAL) Hamburg</i> (Hrsg.): Der Prozeß – Eine Dokumentation zum Prozeß gegen Peter-Jürgen Boock . . . . .	113
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg . . . . .	244	<i>Gäng, M.</i> : Heilpädagogisches Reiten . . . . .	163
		<i>Gerlicher, K.</i> (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste . . . . .	76
		<i>Goldstein, S., Solnit, A. J.</i> : Divorce and Your Child . . . . .	24
		<i>Hafer, H.</i> : Die heimliche Droge – Naturphosphat . . . . .	114
		<i>Hartmann, H. A., Haubl, R.</i> (Hrsg.): Psychologische Begutachtung . . . . .	24
		<i>Heun, H.-D.</i> : Pflegekinder im Heim . . . . .	28
		<i>Hurme, H.</i> : Life Changes during Childhood . . . . .	161
		<i>Jaffe, D. T.</i> : Kräfte der Selbstheilung . . . . .	27
		<i>Jäger, S.</i> : Der diagnostische Prozeß . . . . .	246
		<i>Jäger, R. S., Horn, R., Ingenkamp, K.-H.</i> (Hrsg.): Tests und Trends Bd. IV . . . . .	281
		<i>Jochimsen, R. P.</i> : Spiel- und Verhaltensgestörtenpädagogik . . . . .	199
		<i>Klosinski, G.</i> : Warum Bhagwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe . . . . .	249
		<i>Konrad, R.</i> : Erziehungsbereich Rhythmik. Entwurf einer Theorie . . . . .	199
		<i>Lagenstein, I.</i> : Diagnostik und Therapie cerebraler Anfälle im Kindesalter . . . . .	78
		<i>Lazarus, H.</i> : Ich kann, wenn ich will . . . . .	326
		<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie . . . . .	163

<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatik nicht epileptischer Anfälle . . . . .	26	<i>Simon, F. B., Stierlin, H.</i> : Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular . . . . .	110
<i>Michaelis, R., Nolte, R., Buchwald-Saal, M., Haas, G. H.</i> (Hrsg.): Entwicklungsneurologie . . . . .	325	<i>Tinbergen, N., Tinbergen, E. A.</i> : Autismus bei Kindern . . . . .	110
<i>Mortier, W.</i> (Hrsg.): Moderne Diagnostik und Therapie bei Kindern . . . . .	246	<i>Vofß, R.</i> (Hrsg.): Helfen . . . aber nicht auf Rezept . . . . .	246
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Schulalters . . . . .	200	<i>Westphal, R.</i> : Kreativitätsfördernde Methoden in der Beratungsarbeit . . . . .	326
<i>Pascher, W., Bauer, H.</i> (Hrsg.): Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen . . . . .	201	<i>Ziehe, T.</i> : Pubertät und Narzißmus . . . . .	324
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern . . . . .	78	<b>Diskussion/Leserbriefe:</b> 73, 161, 196	
<i>Seifert, W.</i> : Der Charakter und seine Geschichten – Psychodiagnostik mit dem thematischen Apperzeptions-test (TAT) . . . . .	26	<b>Mitteilungen:</b> 29, 80, 115, 165, 202, 250, 283, 328	

# Ein ‚Mimikry‘-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit

Von Reinhard Plassmann, Martin Teising und Hellmuth Freyberger

## Zusammenfassung

Im deutschen Sprachraum hat sich die Psychoanalyse und Psychotherapie bisher noch kaum mit jenen Patienten befaßt, die Krankheits Symptome heimlich selbst erzeugen oder einschließlich Anamnese erfinden. Die Arbeit berichtet detailliert über einen Behandlungsfall: ein junger Mann, der sich heimlich Hautverletzungen zugefügt hatte und zunächst als Spontankranker verkannt worden war. Einige der typischen Behandlungsprobleme werden dargestellt: die Frage des Umgangs mit dem psychischen Vorgang der Verleugnung, die Gegenübertragungsprobleme. Im allgemeinen Teil wird eine Übersicht über das englischsprachige Schrifttum zu diesem Thema gegeben. Da es noch keine deutschsprachige Bezeichnung für dieses Patientenverhalten gibt, wird hier der

Ausdruck ‚Mimikry-Patient‘ vorgeschlagen, der das Wesen der Arzt-Patient-Beziehung in diesen Fällen erfaßt und international leicht verständlich wäre.

## 1 Einleitung

Wir kennen in zunehmend vielen medizinischen Fachgebieten neben den bekannten spontan auftretenden Krankheiten auch deren ‚Mimikry-Formen‘, d.h. ein Patientenverhalten, aus dem heraus Symptome entstehen, die zunächst ganz natürlich wirken, in Wirklichkeit aber künstlich erzeugt worden sind.

Diese Patienten rufen ihre Symptome durch Selbstmanipulation hervor oder sie erfinden sie einfach, einschließlich Anamnese und passendem Lebenslauf [81].

Manchmal neigen sie auch dazu, von Arzt zu Arzt und von Klinik zu Klinik zu nomadisieren, weil sie jeweils nur so lange bleiben können, bis das Unechte an ihnen von Entdeckung bedroht ist. Damit sind die wesentlichen Merkmale dieser künstlichen Krankheiten schon aufgezählt; 1) das Scheinbare, 2) die Selbstmanipulation, 3) das Wandern.

Der 1. Punkt, die Produktion scheinbarer Wirklichkeiten mit phantasierten oder manipulierten Symptomen, erfundenen Biographien und Anamnesen etc. macht vermutlich den psychischen Grundvorgang aus und kann sehr merkwürdige Formen annehmen. Wir wissen z. B. von Patienten, die beim Psychotherapeuten über aktuelle Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und in der Ehe klagen, bis sich herausstellt, daß sie alleinstehend und arbeitslos sind (vgl. auch *Schneck*, [85]). Der 2. und 3. Punkt können akzessorisch hinzu kommen und prägen dann den besonderen Charakter des Erscheinungsbildes.

Bei einem Hang zur Selbstmanipulation erzählen die Betroffenen nicht nur von ihren Symptomen, die sie nicht haben, sondern sie fügen sie sich in einem krankhaften Zwang vorher zu oder sie verfälschen im milderen Fall Substrate, etwa indem sie ihren gelassenen Urin künstlich mit Bakterienkulturen vermischen etc. Das ‚Wandern‘ als 3. Punkt schließlich kann suchtartige Formen annehmen (‚Münchhausen-Syndrom‘, [8]). Die Betroffenen leben praktisch im Krankenhaus, aber alle paar Tage in einem anderen, das sie verlassen, sobald Entdeckung ihres ‚Scheinkrankseins‘ droht [24].

Diese Patienten stellen in verschiedener Hinsicht ein großes medizinisches Problem dar. Sie ziehen sich viel Ärger und Abweisung zu, u. a. wegen der hohen Kosten, die sie verursachen, sie bringen sich selbst durch immer neue, nicht indizierte Diagnostik und Therapie in Gefahr. Daß es sich um eine Mimikry-Form und nicht um eine Spontanerkrankung handelt, wird häufig gar nicht erkannt, und schließlich setzen die Patienten einer Psychologisierung ihres Zustandes einen entschiedenen Behandlungswiderstand entgegen, sie verleugnen ihr Verhalten und entziehen sich der eigentlich angemessenen Psychotherapie.

Um die Behandelbarkeit solcher Patienten weiter zu klären und zu strukturieren, nehmen wir in einer Zusammenarbeit zwischen der Abteilung Psychosomatik (Zentrum Psychologische Medizin der Universität Hannover) und der Psychosomatischen Klinik Bad Hersfeld solche Patienten stationär bei uns auf. Wir fühlen uns berechtigt, eine erste Kasuistik zu publizieren, weil eingehendere psychodynamisch orientierte Studien erst wenige bekanntgeworden sind. Sehr viele Fragen sind noch offen, die bei dieser Gelegenheit angeschnitten werden können. Wir wollen aber über die Kasuistik hinaus an dieser Stelle die Systematik der künstlichen Krankheiten nur streifen und allenfalls jene Einteilungen und Verständnisweisen knapp referieren und dazu Stellung nehmen, die sich mittlerweile in der Literatur durchgesetzt haben.

Die Hauptmasse der Beschreibungen stammt aus den letzten drei Jahrzehnten; es gibt aber auch etliche Arbei-

ten vom Beginn dieses Jahrhunderts und auch aus dem vorigen Jahrhundert, vor allem über künstlich erzeugte Hautsymptome [38, 43, 61, 64], und aus dieser Patientengruppe wollen wir auch einen Fall darstellen. Insgesamt sind es nach eigenen und fremden Schätzungen [34] bisher einige hundert, nicht mehr komplett überschaubare Artikel, deren Gros aus England und den USA stammt.

Die aktuellste vollständige Übersicht über künstliche Hautsymptome hat *Lyell* geliefert [51], allerdings aus rein dermatologischer Sicht, ohne psychodynamische Überlegungen. Zahlreiche Arbeiten haben sich mit anderen Einzelsymptomen befaßt, etwa dem künstlichen Fieber [3, 7, 65], und besonders mit den sogenannten Münchhausen-Patienten. Wegen ihrer Neigung zum Erzählen phantastischer Geschichten über sich und ihre Symptome werden sie seit *Asher* [8] nach dem bekannten Baron benannt. *Asher* hat als charakteristisch auch das ‚Wandern‘ angesehen, ebenso wie *March* [53], der in einer der ganz wenigen deutschsprachigen Darstellungen von ‚Krankenhauswanderern‘ sprach.

Was die Einteilung der verschiedenen Formen dieser künstlichen Krankheiten angeht, können wir uns heute auf die griffige Arbeit von *Ford* stützen [34]. Er trennt:

- a) Malingering: Die Simulation.  
Diese Patienten haben definitionsgemäß einen äußeren Gewinn aus ihrem Verhalten. Es handelt sich beispielsweise um Sträflinge, die ins Krankenrevier verlegt werden wollen.
- b) Facitious Illness: Durch Selbstmanipulation erzeugte somatische Symptome, also Verletzungen, Vergiftungen etc., die jeweils dem Arzt gegenüber nicht zugegeben werden.
- c) Münchhausen-Syndrom: Nach *Asher* [8] der Wanderer, der Geschichten über seine falsche Identität und seine angebliche Krankheit erzählend von Klinik zu Klinik reist. Der Rekord (unter den publizierten Fällen) liegt bei 423 Krankenhaus-Aufnahmen [54]. Die längste Beobachtungszeit eines solchen Patienten beträgt 34 Jahre [62]. Jener Patient [54], der ursprünglich körperlich gesund war, hatte später eine Leukopenie, wahrscheinlich durch die unzähligen Röntgenuntersuchungen ausgelöst. Mittlerweile wird der Begriff Münchhausen-Syndrom manchmal auch als Sammelbegriff für beliebige Formen von ‚Scheinkrankheiten‘ benutzt oder auch eingeschränkt auf jene Patienten, die nur phantasierer, ohne aktive Selbstmanipulation, sei es, daß sie wandern oder nicht. Die Sprachentwicklung scheint hier noch nicht ganz abgeschlossen. Im skandinavischen Raum ist auch die Bezeichnung ‚Köpenickiade‘ [78] im Gebrauch. Dem Münchhausen-Syndrom wären als Kuriosität noch jene Fälle von ‚Münchhausen by proxy‘ hinzuzufügen<sup>1</sup>. Das sind z. B. Mütter, die in den gelassenen Urin des Kindes Kot mischen und dann mit dem ‚nierenkranken‘ Kind von Arzt zu Arzt gehen [27, 55].

Patienten mit ‚Polysurgery addiction‘ (Operationsucht, [18, 56]) zählen randständig wohl ebenfalls zu den Scheinkranken. Sie lassen sich unter verstehbaren Einflüssen medizinisch unnötigerweise operieren. Sie schaffen es, zusammen mit ihren Ärzten, die Illusion einer körperlichen Krankheit aufzubauen, die sie nicht haben, und verbinden mit dieser zweiten, falschen Identität als

<sup>1</sup> Münchhausen in Vertretung.

Operationsbedürftige häufig die magische Hoffnung auf eine Wiedergutmachung all dessen, was sie in ihrer Lebenswirklichkeit nicht ertragen können [18].

Bevor wir uns der Kasuistik im Detail zuwenden, hätte es seinen Reiz, den Blick über das rein Medizinische hinaus etwas zu erweitern auf die nähere und fernere Verwandtschaft des Factitious disease-Agierens, also auf Selbststigmatisierung als Kunst- und Kulturform [32, 91], auf ‚body-art‘ [89], auf Tätowierungskunst und Narbenzeichnungen der Urvölker. Wir müssen aus Raumgründen aber leider an dieser Stelle darauf verzichten. Wir können hier auch nur daran erinnern, daß ebenso wie die verletzende Selbstmanipulation auch das Scheinbare, d.h. der Aufbau mehrerer Realitäten, eine weite Verwandtschaft hat. Die Palette der Erscheinungsformen reicht von der Schizophrenie über die Scheinkrankheiten, die uns hier beschäftigen, bis hin zu Schauspiel und Hochstaperei [1, 12, 31, 40, 41, 42]. In den letzteren sozialen Rollen tritt dieses Scheinbare teils genußvoll ausgespielt, teils kriminell agiert in Reinkultur auf und ist mindestens beim Schauspiel dem Akteur und dem Zuschauer bewußt, auch manche Hochstapler wissen um das Scheinbare ihrer Identität und sind manchmal einer Psychoanalyse zugänglich [12, 31, 41].

## 2 Kasuistik

Wir wollen nun den Fall skizzieren und anschließend unter dem frischen Eindruck des Materials einige der wesentlichen Fragen zur Psychodynamik und Therapiebarkeit anschnitten.

Unser Patient kam zur Behandlung, weil er sich, wie erwähnt, am Unterarm selbst malträtirt hatte, zu Beginn aber in diesem Verhalten nicht erkannt worden war. Der 17½-jährige junge Mann berichtete hier rückblickend, daß er vor einem halben Jahr erstmals ein pulsierendes Gefühl in der rechten Ellenbeuge gespürt habe. Drei Tage danach habe er dort Kribbeln und Stechen wahrgenommen. In späteren Schilderungen sprach er wiederholt von Prickeln. Im Verlauf einiger Stunden sei der rechte Unterarm angeschwollen, und zwar auf der Beugeseite vom Ellenbogen bis zum Handgelenk. Dieses Gebiet habe sich dann bläulich verfärbt. Auch jetzt noch habe es geprickelt. Schmerzen habe er während der ganzen Zeit nicht gehabt. An den Fingern 2 und 3 der rechten Hand sei das Kribbeln verstärkt aufgetreten und die Sensibilität vermindert gewesen.

Nachdem der Hausarzt kurzfristig eine ‚Sehnenscheidenentzündung‘ behandelt hatte, hatte er ihn in die Unfallchirurgische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover eingewiesen. Im Entlassungsbericht dort wird beschrieben: ‚Objektiv war der rechte Unterarm geschwollen und deutlich verhärtet, man konnte ein Abblassen des Hämatoms, ca. handbreit oberhalb des Ellenbogengelenks bis hinunter zum Handgelenk, beobachten. Der Patient gab dabei eine Bewegungseinschränkung im Bereich des Handgelenkes durch die Unterarmmuskeln an, außerdem klagt er über eine Sensibilitätsminderung im Mittel- und Ringfingerbereich.‘

Nach 14tägigem Krankenhausaufenthalt wurde die Unterarmfaszie dann gespalten und die Wunde offengelassen. Der Befund besserte sich, es wurde eine zwischenzeitliche Weichteil-

schwellung beobachtet. Etwa 7 Wochen nach Beginn der stationären Behandlung wurde Spalthauttransplantation zur Deckung der offenen Wunde durchgeführt. Drei Wochen danach wurde der Patient nach 2½monatigem Aufenthalt aus stationärer Behandlung entlassen. In den letzten 14 Tagen des Aufenthaltes war er konsiliarisch von der Psychosomatischen Abteilung der Medizinischen Hochschule Hannover mitbetreut worden, und die Vermutung einer Selbstmanipulation wurde von dieser Stelle ausgesprochen.

Zwei Monate später wurde er erneut stationär, diesmal in die Medizinische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover, eingewiesen. Nach Beendigung der Krankschreibung hatte er 2½ Wochen gearbeitet, bevor dieselbe Symptomatik erneut auftrat, und zwar wieder am rechten Unterarm, auch am linken Unterarm, und zusätzlich im Brustbereich, an den Ober- und Unterschenkeln, am Penis, ‚da wo die Ader läuft‘, und unter beiden Augen. Im Befundbericht heißt es: ‚Bläulich-violette Verfärbungen im Bereich beider Unterlider und über dem Jochbein, ebensolche Verfärbungen medial in beiden Ellenbeugen, herabziehend auf die Beugefläche der Unterarme, daneben ca. 5-Markstück große Hämatome am Außenrand beider Pektoralismuskeln, mehrere, bis zu 3 mal 15 cm große Hämatome an beiden Unterschenkeln, ca. Markstück großes Hämatom am Penis.‘

Während jenes 3wöchigen Krankenhausaufenthaltes wurden Blutgerinnungsstörungen weitestgehend ausgeschlossen; die Gerinnungsspezialistin der Klinik wies auf die Möglichkeit eines Gardner-Diamond-Syndroms hin<sup>2</sup>. Während dieses 2. klinischen Aufenthaltes wurde der Patient von Anfang an psychosomatisch mitbetreut. Er berichtet, daß er in den täglichen Einzelgesprächen dazu angeregt worden sei, sich mit seiner Kindheit auseinanderzusetzen. Er sei mittlerweile zum Jugendamt gegangen und habe sich nach seiner familiären Herkunft erkundigt, denn er sei ja Adoptivsohn seiner jetzigen Eltern.

Vier Wochen nach dem 2. klinischen Aufenthalt wurde der Patient zur stationären Psychotherapie bei uns aufgenommen. Er wirkte im Gesprächskontakt bemüht und erstaunlich anpassungsfähig, ging harmonisch auf Fragen ein und schien bemüht, sie offen zu beantworten und sagte auch, daß er mithelfen würde, der Krankheit auf die Spur zu kommen, wenn psychosomatische Zusammenhänge angenommen würden. Herr A. hat aber niemals eine Eigenbeteiligung an der Symptomentstehung ausdrücklich eingeräumt, sondern allenfalls ‚psychosomatische Zusammenhänge‘ für möglich gehalten. Wir werden auf diesen Verleugnungsvorgang nochmals zu sprechen kommen.

Hinsichtlich der Situation der Symptomentstehung berichtete Herr A., vielleicht beeinflusst durch die vorangegangene psychosomatische Betreuung, daß er vor einem halben Jahr von seinem Meister hörte, daß ein anderer Lehrling seines Jahrgangs krank geworden sei. Dieser habe eine Sehnenscheidenentzündung am linken Unterarm gehabt und habe sich, wie man sagte, die Sehnenscheidenentzündung aber selbst zugefügt, indem er sich mit Zitrone oder mit Zwiebeln am Arm gerieben habe und dann mit einem Löffel häufig darauf schlug. Ihm sei gesagt worden, die Säure ziehe dann ins Gewebe ein und zerfresse es. Einen Tag später traten dann die Erscheinungen bei Herrn A. auf. Auch hier habe der Chef Selbstmanipulation vermutet und zahlte ihm den Lohn nicht aus.

Ein anderer zeitlicher Zusammenhang mit der Symptomentstehung wurde ebenfalls deutlich, Herr A. hatte kurze Zeit zuvor eine schwere Schlägerei gehabt. Er war mit seinem Freund

<sup>2</sup> Eine Form psychogener Purpura mit u.a. schmerzhaften Hautblutungen ohne Selbstmanipulation [66, 68, 69].

abends durch die Stadt gegangen, sei dann von drei ‚Halbstarcken‘ bedroht und provoziert worden, insbesondere sein Freund sei wiederholt angerempelt worden und habe sich in einer gefährlichen Situation befunden. Der Patient habe dann handeln müssen.

Er habe die drei zusammengeschlagen, einer habe einen doppelten Kieferbruch, der andere einen Schädelbruch, der dritte wurde mit einem Tritt in die Genitalien kampfunfähig gemacht; einer habe von seinen Verletzungen epileptische Anfälle später überbehalten. Es sei zu keiner Gerichtsverhandlung gekommen, weil Zeugen aussagten, daß in Notwehr gehandelt worden sei.

### Zur Biographie

In Erkundigung beim Jugendamt hat Herr A. erfahren, daß er als Sohn einer seinerzeit 21jährigen Frau und eines seinerzeit 72jährigen Mannes geboren worden war, als 5. Kind. Er hat zwei Brüder, 13 und 10 Jahre älter, der jüngere starb an Diphtherie. Weiterhin gibt es einen 5 Jahre älteren Bruder und eine 4 Jahre ältere Schwester, wahrscheinlich aus einer früheren Partnerschaft des Vaters. Sein Vater, so wußte er zu berichten, war bei seiner Geburt bereits sehr krank und verstarb 74jährig, als der Patient 2 Jahre alt war. Seine Mutter habe sich wenig um ihn gekümmert, sie sei immer in der Gegend herumgezogen, er selbst habe an diese Zeit keine Erinnerung. Aus den Akten wurde klar, daß der Vater des Patienten ihn als Säugling und Kleinkind brutal mißhandelt haben muß, ihn angeblich grün und blau schlug, so wie ja auch grün und blau sein heute die Symptomatik ausmacht. Der Vater ist dadurch charakterisiert, daß er einesteils krank und schwach und zum anderen ein aggressiver Schläger und bis ins hohe Alter sexuell potent war, wie die Zeugung des Patienten belegt.

Nachdem sein Vater gestorben und seine Mutter ins Ausland gegangen war, kam er als Zweijähriger in ein Kinderheim. Von dort wurde er kurze Zeit später adoptiert. Die ersten vier Grundschuljahre seien komplikationslos verlaufen, und er habe einen guten Realschulabschluß gemacht. Sein Berufswunsch war Polizist. Derzeit stellt er sich vor, nach Abschluß der Lehre evtl. zum Bundesgrenzschutz zu gehen. Seine Adoptiveltern hatten ihn aufgenommen, weil der Adoptivvater selbst keine Kinder zeugen konnte. Wenn er sich nämlich anstrengte, ‚mit dem Glied arbeite, z. B. beim Waschen oder Geschlechtsverkehr‘, so schwellte eine Krampfader im Hoden an. Deshalb habe der Adoptivvater vermutlich niemals Geschlechtsverkehr gehabt. Der Adoptivvater ist frühberentet, braucht Schonkost, die ihm meist die Adoptivmutter bereitet. Sie wird als eher hektisch und leicht reizbar, aber auch lebendig beschrieben, als nicht aggressiv. Sie ist berufstätig. Nach einem Familiengespräch in der Psychosomatischen Abteilung der Medizinischen Hochschule Hannover wurden die Eltern wie folgt charakterisiert: ‚Bei der 42jährigen Adoptivmutter fiel uns ferner eine sichtlich verminderte emotionale Sprachfähigkeit auf. Der 45jährige Adoptivvater, bei dem es sich wegen teilweise alkoholbedingter Leberzirrhose um einen Frührentner handelt, konnte zwar differenzierter verbalisieren und wirkte angesichts seines Sohnes zugewandter als dessen Adoptivmutter, imponierte aber ebenfalls letztlich inaktiv und viel eher als mütterliche Bezugsperson denn als potenter Vater.‘

Der Patient selbst schildert sich entsprechend unseren Beobachtungen als sozial anpassungsfähig. Er spiele gern Fußball, Tischtennis und schwimme gern, betreibt seit Jahren Judo. Auf die Frage nach sexuellen Wünschen gibt er keine konkreten Antworten. Er sagt, daß er keine Selbstbefriedigung betreibe, daß er dies noch nie gemacht habe. Er wisse allerdings von einem en-

gen Freund, daß dieser regelmäßig onaniere, allerdings habe dieser auch keine Freundin. Eine Ejakulation habe Herr A., so berichtet er, noch niemals gehabt, auch nachts nicht.

Diese Sache, so erklärt er, stehe einfach noch nicht an. Er habe eine 16jährige Freundin, die das Gymnasium besucht. Mit dieser Freundin habe er zärtliche Kontakte, er möge sie gern. Sexuelle Beziehungen im engeren Sinne gebe es noch nicht. Man müsse sich erst sehr gut kennen, um nichts zu überstürzen. Allerdings gebe er zu, auch eine gewisse Angst vor dem Geschlechtsverkehr, besonders vor dem ersten Mal, zu haben. Es könnten Kinder gezeugt werden oder er könnte sich eine Geschlechtskrankheit holen. Außerdem habe er Angst, daß es nicht ‚reibunglos‘ ablaufe.

In seinen verstreuten Bemerkungen zu dieser Freundin ist mehrfach von Trennungen und Versöhnung die Rede und auch wiederholt von Verkehrsunfällen der Freundin. Zweimal während seines stationären Aufenthaltes erwähnte er Autounfälle der Freundin mit schweren Verletzungen und Lebensgefahr, ohne daß der weitere Heilungsverlauf jener Freundin dann weiter thematisiert worden wäre. Monate nach seiner Entlassung bei uns hatte er mit neuem Auto selbst einen schweren Verkehrsunfall mit hohem Sachschaden, ebenfalls nachdem sich eine Krise mit seiner Freundin ereignet hatte.

Am Arbeitsplatz komme er mit seinen Kollegen gut zurecht, er habe auch einen gerechten Meister, von dem er etwas lernen könne. Der Chef der Firma dagegen habe keine Ahnung von der Materie, er sei wohl ein Geschäftsmann, aber kein Techniker, investiere in sein Privatvergnügen anstatt in die Firma, habe viele Frauen und fahre häufig in Urlaub. Er schilderte Situationen, in denen er den Chef habe auflaufen lassen, ihn voller Genugtuung blamierte. Dieser Chef sei ihm und – wie er betonte – auch anderen gegenüber sehr ungerecht und aggressiv. Er halte ihn letztlich für seine Hauterscheinungen für verantwortlich.

### Behandlungsverlauf

Herr A. nahm an einer Fokalthherapie mit drei Wochensitzungen und später an einer analytischen Gruppentherapie mit ebenfalls drei Wochensitzungen teil. Er wußte sich überall sozial gut zu bewegen, verstand das soziale Miteinander der Gruppenmitglieder, die durchweg älter waren als er, und genoß Sympathien. In der Gruppentherapie wurde deutlich, daß er sich immer wieder mit den Männern solidarisierte, die gewohnt sind, Auseinandersetzungen zu umgehen. Er setzte hier vor allem den Mechanismus der Identifikation ein, schloß sich fremden Wunschaussagen an, wollte ein Bettbrett oder ein Belastungs-EKG, so wie jene anderen auch. Zum Arbeitsplatzkonflikt wurde verdeutlicht, daß er keine Lust zum Arbeiten mehr gehabt habe. Er sah die Parallele zwischen Chef–Meister und seinen beiden Vätern, setzte sich einerseits als Ziel, künftig Reibereien standhalten zu können, äußerte sich auch, besonders zum Schluß des Aufenthalts, seine Wünsche nach Schonung und Konfliktvermeidung, sprach dann auch davon, daß er seine Geschwister nicht mehr ausfindig machen wollte, ein Herumwühlen in der Vergangenheit bringe ja doch nichts.

In der Teamreaktion auf den Patienten wurde eine Spaltung deutlich, die als Spiegelphänomen der inneren Spaltung des Patienten entspricht: so wie er einen schützenden, aber impotenten Adoptivvater und einen aggressiv-prügelnden, gefährlich-potenten leiblichen Vater hatte, so spaltete er das Team in einen eher vorsichtig-zurückhaltenden, schonenden Stationsarzt und einen eher aggressiv-konfrontierenden Oberarzt auf, was kurzfristig vom Team auch ausagiert wurde als Opfer einer projektiven Identifikation des Patienten.

### Therapie-Ergebnis

Während des stationären Verlaufs von ca. 8 Wochen war Herr A. symptomfrei. Der Verlauf war ruhig, ließ auf eine anhaltende Distanzierung vom selbstverletzenden Agieren hoffen. Erst rückblickend zeigte sich, daß er eine Abspaltung des Aggressiven in sich während der Therapie erfolgreich aufrechterhalten hatte. Vorgesehen war eine ambulante Psychotherapie in der Psychosomatischen Abteilung der Medizinischen Hochschule Hannover, die bereits gebahnt und vom Patienten auch gewünscht war. Wenige Wochen nach der Entlassung kam er jedoch wiederum in medizinische Behandlung, zeigte seinen schmerzenden Unterarm, empfand die alte Narbe als ‚aufgeplatzt‘, hatte dort eine Empfindung ‚wie Feuer‘. Er habe sich diese Verletzung durch ‚Hochreißen des Arms beim Handball oder vielleicht durch ‚nächtliches Sichstoßen‘ zugezogen. An einer Psychotherapie war nur noch lockeres Interesse vorhanden, ‚vielleicht alle 2 Monate‘.

Dieses erneute Agieren hat sich nach Angaben des Hausarztes innerhalb von 6 Monaten nach der Entlassung nicht wiederholt. Ein Lehrstellenwechsel habe eine starke Entlastung bewirkt; der Patient fühle sich ‚top fit‘, habe aber den erwähnten schweren Autounfall gehabt nach einer erneuten Trennung von seiner Freundin.

### Zur Psychodynamik

Wenn wir das Verhalten von Herrn A. als psychischen Prozeß analytisch begreifen wollen, dann bedeutet das, folgende Bereiche zu beschreiben und in einen inneren Zusammenhang zu bringen:

- die Symptomatik,
- die Biographie,
- die aktuelle Wiederholungssituation,
- die psychische Struktur.

Die Symptomatik besteht nicht nur aus dem ‚Mimikry-Agieren‘, mit dem eine scheinbar spontane körperliche Krankheit nachgeahmt wird, sondern auch aus weiteren Scheinrealitäten. Mit einiger Wahrscheinlichkeit sind Teile der Beziehung zu jener Freundin phantasiert, von der er mehrfach anläßlich seiner stationären Aufenthalte gesprochen hatte. Sie sei vom Auto überfahren worden, heiß es jeweils, und liege auf der Intensivstation eines fernen, nicht näher genannten Krankenhauses. Der letzte Unfall war nach einmaliger Erwähnung später kein Thema mehr; hätte er sich wirklich so ereignet, so wären Anrufe oder Besuche und Nachrichten vom Heilungsverlauf nicht ausgeblieben. So sind wir aber auf Vermutungen angewiesen, weil wir nicht detektivisch nachgeforscht haben. Möglicherweise hat Herr A. sich eine unerreichbare Freundin phantasiert und damit für sich die Rolle des Liebhabers, der allerdings auf genitale Liebe noch verzichtet.

Das Scheinbare, als Krankheitssymptom betrachtet, ist ebenfalls in der Charakterspaltung enthalten: Er scheint ein freundlicher, friedlicher, fleißiger junger Mann zu sein, über den die Therapeuten allerdings aggressive Phantasien haben, die sie nicht einordnen können (‚sieht aus wie ein Schläger in der Bahnhofskneipe‘), bis der Patient dann beiläufig von jener Schlägerei erzählt, in wel-

cher er drei Gleichaltrige schwer verletzt haben will. Wir unterstellen, daß sich dieser Vorgang tatsächlich ereignet hat und nicht phantasiert ist. Schließlich war Herr A. auch nur scheinbar zur Psychotherapie motiviert, was wir ihm auch glaubten, bis die weitere Entwicklung eine andere Realität aufdeckte: Er brach die vereinbarte Behandlung ab.

Bei diesem Patienten ist die Spaltung der Realität eher gering ausgeprägt. Die Kunst, Ereignisse zu erfinden oder falsche Rollen einzunehmen, beschränkt sich weitgehend auf das Agieren als Kranker. Bei dem ‚Hochstapler‘, den H. Deutsch beschrieb [31], waren die Verhältnisse umgekehrt: Er griff nur einmal – im Zustand höchster psychischer Not – zum Mittel eines Scheinwahnes, während er ansonsten als ‚Künstler‘, Kriegsheld etc. agierte. Bei unserem Patienten hat es aber – nach seinen eigenen Erinnerungen – eine Phase notorischens Lügens vom 11. bis 13. Lebensjahr gegeben; ein Verhalten, das ihm selbst in seinen Motiven rätselhaft blieb und das man als Vorläufer der jetzigen Symptomatik betrachten kann.

Die Biographie liefert einige Hinweise auf die Genese des jetzigen Verhaltens. Es geht hier vor allem um die stark hervortretende Bedeutung zweier Vaterfiguren im Kontrast zu zwei ganz blaß bleibenden Müttern. Der erste, leibliche Vater war brutal, unkontrolliert aggressiv, schlug das kleine Kind ‚grün und blau‘. Er war außerdem sexuell potent bis ins hohe Alter und hatte eine weit jüngere Frau. In den Augen des Kindes muß er unendlich stark, mächtig und gefährlich gewesen sein; zugleich war er krank und starb zwei Jahre nach der Geburt seines Sohnes.

Die zweite Vatergestalt, der Adoptivvater, ist ein sehr weicher, eher mütterlicher Mensch; das Gewalttätige scheint ihm völlig fern zu liegen, auch nicht in der Gestalt beruflichen Bewährungskampfes, vielmehr ist er früh berentet. Ebenso fehlt ihm die sexuelle Potenz, er hat wahrscheinlich Geschlechtsverkehr zeitlebens vermieden mit dem Argument, es schade ihm, und deshalb auch ein Kind, den Patienten, adoptiert. Man kann nur darüber spekulieren, inwieweit die Latenz dieses Mannes vielleicht dem Wesen der ersten Vatergestalt nahekommt.

Mit dem Adoptivvater und seiner Frau lebte Herr A. bis zum Zeitpunkt der Symptomentstehung zusammen und hatte ihn im Verhalten scheinbar völlig zum Vorbild genommen; freundlich, friedlich und asexuell zu sein bis zur Selbstverleugnung (keine Onanie, angeblich keine Spontanerektion). Er hat im Grunde versucht, die eigene Pubertät nicht zur Kenntnis zu nehmen, weil er unfähig war, sie mit seinem zweiten Vaterbild in Einklang zu bringen. Der Symptomausbruch markierte den Zusammenbruch dieser Anstrengung und den raptusartigen Übergang auf die Identifizierung mit seinem ersten Vaterbild: Er tat sich selbst (tatsächlich) Gewalt an, verletzte (wahrscheinlich) andere Jugendliche schwer und versuchte, allerdings unter größten Schwierigkeiten, sich auch sexuell wie ein Mann nach dem Vorbild seines leiblichen Vaters zu benehmen, d. h. eine Frau für sich zu ge-

winnen. Vielleicht hat er seine Freundin durch Schilderung der Unfallszenen unbewußt so phantasiert, wie seine Mutter unter den Schlägen seines leiblichen Vaters zu leiden gehabt haben muß.

Von der aktuellen Wiederholungssituation ist so viel bekannt, daß er im Lehrbetrieb auf seine beiden Väter zu stoßen glaubte: Ein gütiger Meister, den er liebte, und ein mächtiger, sexuell ausschweifender Chef, den er haßte. (Wir wollen hinzufügen, daß unbewußt Liebe und Haß auch umgekehrt verteilt gewesen sein müssen). Er mußte im Umgang mit seinen Kollegen und Freunden altersgemäß Aggressivität und Interesse an Frauen entwickeln, um nicht als impotenter Weichling erniedrigt zu werden, d. h. die normale Reifung und Lebensbewährung war mit der Orientierung am zweiten Vaterbild nicht mehr zu vereinen. Wir wissen nicht genau, ob in dieser unerträglichen Lage das Entwickeln einer Scheinkrankheit der erste Versuch eines Aufbaus einer falschen Identität war, oder ob er nicht schon früher, ohne daß wir es wissen, phantasierte Geschichten erzählt hat und von Entdeckung bedroht war. Als ihn ein Kollege auf das Mittel der Selbstmalträtierung brachte, muß ihn diese Möglichkeit jedenfalls aus höchster psychischer Not gerettet haben, weil er damit einen Weg gefunden hat, die bewußte Identifizierung mit seinem zweiten Vater durch die unbewußte Identifizierung mit dem ersten Vater zu ergänzen: Raptusartige, unkontrollierte aggressive Triebhaftigkeit nahm die Gestalt der Selbstmalträtierung an, außerhalb dieser abgespaltenen Zustände konnte er freundlich, friedlich und weich bleiben, wie sein zweiter Vater. Zugleich entging er in der Realität der unerträglichen Arbeitsplatzsituation. Die fast undurchdringliche Verleugnung der Selbstmalträtierung wird jetzt etwas verständlicher: Es hätte seine hochgespannte, sehr brüchige Ichidentität in höchste Gefahr gebracht, wenn seine Selbstmanipulation (und weitere Manipulation der Realität, die wir nur vermuten können) aufgedeckt worden wäre.

Die psychische Struktur beruht auf dem Grundvorgang, mehrere innere Realitäten nebeneinander bestehen zu lassen, ein intersystemischer Konflikt zwischen verschiedenen Identitäten im Ich. In diesem Zustand ist der Bezug zu einer konstanten Identität oder einer konstanten Realität gestört; die Identität ist psychisch und sozial gespalten, wechselnde Rollen werden innerlich eingenommen und nach außen agiert. Diese jeweiligen Rollen entstehen nicht aus den Lebenszufällen, sondern gehen auf eine infantile (narzißtische) Fixierung zurück, bei den Mimikry-Patienten häufig an den Vater [31, 40, 41]. Herr A. ist mit zwei grundverschiedenen Vaterbildern identifiziert, die seinen beiden real gehalten Vätern entstammen. Sein zu wollen wie jener ursprüngliche, mächtige, brutale und angsterregende ‚Königs-Vater‘, stellt einen höchsten narzißtischen Wert dar und ist zugleich unvereinbar mit jener anderen, ebenfalls hochbesetzten Identifizierung mit dem weichen Adoptivvater, so daß sich ein unerträglicher Spaltungs- und Spannungszustand ergibt. Das Verhalten als Scheinkranker agiert diesen Spaltungszustand aus in einer Doppelfunktion: Einerseits ist das Agieren der ‚Königs-Phantasie‘ höchste

Erfüllung, indem er sich in der Selbstmalträtierung brutal wie sein leiblicher Vater benimmt, zugleich ist das Agieren der Spaltung bitterste, psychische Notwendigkeit, um schlimmere Zustände des Gespaltenseins, etwa eine Psychose zu vermeiden. Nach Ansicht von *Greenacre* [40] gilt das Grundmuster dieser psychischen Struktur auch für Künstler und Hochstapler und meiner Ansicht nach auch für einen Typus des Rechtsbrechers. Das Schaffen einer künstlichen Identität, sei es beim Scheinkranken oder etwa beim Hochstapler und das agierende Befriedigen grandios-narzißtischer Wünsche muß sich in beiden Fällen psychisch nicht gegen ein Schuldgefühl durchsetzen, weil das Überich unreif oder schwach ist. *Freud* hat hierauf 1925 hingewiesen [36] in seinem Brief an *Abraham* zu dessen Studie eines Hochstaplers [1]. Man könnte sagen, daß sich bei einem Künstler das Aufrichten einer Scheinrealität auf seine künstlerische Produktion beschränkt, für die er aber meist ebensowenig wie für seinen evtl. Künstlernamen äußere Realität beansprucht. Hier wäre eine höchste Kulturform jener psychischen Struktur erreicht, in der immer noch Unbewußtes durch eine Ich- und Realitätsspaltung bewältigt wird<sup>3</sup>.

### 3 Zur Psychotherapierbarkeit

Vor einem Behandlungsversuch ist die Diagnose des ‚Selbstgemachten‘ erforderlich, sofern man überhaupt an diese Möglichkeit denkt. Die Patienten führen uns auf jede Fährte, nur nicht auf diese. Die Diagnosesicherung nimmt sich immer wieder wie eine polizeiliche Ermittlung aus: Der ‚Delinquent‘ (sprich Patient) wird, nachdem ein Verdacht gefaßt worden ist, mißtrauisch überwacht und beobachtet, seine Sachen werden untersucht, sofern technische Hilfsmittel bei einer Selbstbeschädigung vermutet werden. In ganz kriminalistischer Manier wurde auch schon heimlich zur Komaauslösung benutztes Insulin mit radioaktiven Isotopen markiert und dann im Patientenserum nachgewiesen [20], oder Antikörper gegen Insulin im Serum gesucht und gefunden [59, 75, 76]. Bei den Bett- und Zimmerdurchsuchungen werden dann die Nadeln, Rasierklingen, Insulinfläschchen mit Injektionsbesteck, Fläschchen mit ätzenden Flüssigkeiten, Bakterienkulturen, Fieberthermometer mit manipulierter Anzeige und Ähnliches gefunden, alles Werkzeuge zum heimlichen Erzeugen rätselhafter Symptome [19, 43, 51, 61, 67].

Das praktisch wichtigste Behandlungsproblem ist die Frage der Konfrontation des Patienten mit seinem Tun, also der therapeutische Umgang mit dem psychischen Vorgang des Verleugnens. Der Wille des Patienten, die Verleugnung ihres Agierens beibehalten zu dürfen ist vorstellbar groß. Man schwankt als Therapeut zwischen vernichtend-brutalen Bedürfnissen: Den Patienten überführen, ihm die Wahrheit ins Gesicht knallen, der eige-

<sup>3</sup> ‚Ein Maler ist verloren, wenn er sich findet. Daß es ihm gelungen ist, sich nicht zu finden, betrachtet Max Ernst als sein einziges Verdienst‘ (Max Ernst).

nen Ohnmacht ein Ende zu setzen, und idealisierender Verzärtelung: ihm ja nicht weh tun, ihn wie ein Frühgeborenes anschauen, alles mit Schwäche erklären und kein Wort darüber verlieren. Beides hilft dem Patienten nicht und gerade dahinein wollen sie einen ziehen. Die verschiedenen Formen des therapeutischen Gegenreagierens sind ausführlich publiziert worden, mal werden die Patienten als kriminell oder als Aufschneider angesehen<sup>4</sup>, man hat ‚Black Books‘ und eine ‚Rogues Gallery‘ (Verbrecheralbum, [16]) vorgeschlagen, ebenso Tätowierung und Zwangseinweisung [10, 57], Leukotomie, Elektroschock, Zwangshospitalisierung [10, 16]. Die Art der Gegenübertragung ist dabei wie stets nichts Zufälliges, sondern sie paßt zum Patienten wie der ‚Schlüssel zum Schloß‘ [52], die Ärzte werden zu ‚unconscious Conspirators‘ [40]. In einer Anpassung an die Spaltungsneigung und Spaltungsbedürftigkeit [40] hat man den Patienten zur Abmilderung der Konfrontationskrise auch schon ein gespaltenes Team angeboten: Der ‚böse‘ Chefarzt konfrontiert den Patienten, der ‚gute‘ Stationsarzt stützt ihn in seiner Krise (s. a. [90]). Ähnliches ist in einer Rollenaufteilung auf Somatiker und Psychotherapeut unternommen worden [35].

Es kommt in der Therapie, also in der Beziehung zum Patienten auch darauf an zu spüren, wieviel an der Verleugnung des Symptomemachens ein bewußtseinsnahes Spiel ist, dessen Beendigung und Durcharbeitung man verlangen kann und inwiefern eine echte, d. h. unbewußte Abspaltung vorliegt: Letztere wird man im Zweifelsfall auch an der projektiven Identifizierung erkennen können. Man fängt an zu glauben, man selbst sei es, der die Symptome erzeugt, etwa durch mangelnde Einfühlung oder durch zuwenig Einsatz für den Patienten. Dessen eigene Aktivität ist dann auf diese Weise ganz auf den Therapeuten projiziert, der sich prompt mit dem Patienten verwechseln kann. Ob eine Therapie Erfolg haben kann, steht oder fällt nach unseren Erfahrungen damit, daß es gelingt, sich dieser projektiven Identifizierung zu entziehen und die Verantwortung für die Symptomstehung beim Patienten zu lassen, ohne in ein anderes Extrem zu verfallen und ihn als böse und unmotiviert zu verstoßen. Die Behandlungsschwierigkeiten sind groß, die Probleme und Techniken ähneln denjenigen aus der Borderline- und aus der Suchttherapie.

Wenn wir die Anzahl der Publikationen über künstliche Krankheiten auf ca. 500 schätzen mit durchschnittlich 2–3 Fällen und eine extreme Dunkelziffer nicht gestellter oder nicht publizierter Diagnosen bedenken und dagegen halten, daß die erfolgreich therapierten Fälle sich fast an einer Hand abzählen lassen, dann kann dieses Zahlenverhältnis eine Vorstellung von den Therapiechancen vermitteln.

*Abram* und *Hollender* haben das mit aller Deutlichkeit ausgedrückt: ‚Consequently the prognosis is often as poor as it is for the heroin-addict, who despite an appalling cost, finds his way of life more appealing than any other‘ [2].

Berichte über erfolgreich ausgegangene Behandlungen sind recht spärlich. *Menninger* [56] erwähnt Analysen mit Operationsüchtigen; *Brody* [18] setzt erfolgreich Gruppentherapie bei solchen Patienten ein; von *Barker* [11] wurde Hypnose eingesetzt; *Yassa* behandelte erfolgreich eine gerichtlich untergebrachte Münchhausen-Patientin mit Verhaltenstherapie [92] und *Ford* [33, 34] arbeitete in einem Fall von Münchhausen-Syndrom erfolgreich mit ‚non-konfrontativer supportiver Behandlung‘, *Agle* [4] erwähnt drei Behandlungen von Frauen mit künstlichen Blutungen ohne längere Katamnese-Beobachtung; *Stone* [88] schildert eine 10monatige erfolgreiche Behandlung mit Psychotherapie und Psychopharmaka. In einem Fall artefizieller Hypoglykämie wird eine psychiatrische Behandlung als erfolgreich geschildert, allerdings auch ohne Katamnese. Psychoanalysen bei Scheinkrankheiten sind nicht beschrieben, wenn wir aber Behandlung von krankhaftem Hochstapeln wegen der psychologischen Verwandtschaft zu den Scheinkrankheiten hier einbeziehen, dann wären noch die Analysen von *H. Deutsch* (eine erfolgreiche Behandlung, [31]) und *Greenacre* (4 Analysen, kein Bericht über das Ergebnis, [41]) zu erwähnen und *Grinkers* Bericht [42] über eine drei Jahre dauernde Behandlung.

Derzeit gelingt es uns nur bei einem kleinen Teil der erkannten Patienten, sie zu einer Form von Psychotherapie zu gewinnen. Immer wieder werden vereinbarte stationäre Aufnahmen verschoben, abgesagt oder abgebrochen oder ambulante Termine nicht wahrgenommen.

#### 4 Schluß

Wir nehmen in Zusammenarbeit mit der Abteilung Psychosomatik (Zentrum Psychologische Medizin der Universität Hannover) in der Psychosomatischen Klinik Bad Hersfeld Fälle von ‚Mimikry-Patienten‘ mit heimlich selbsterzeugten Symptomen zur psychosomatischen Behandlung auf und berichten über die Psychodynamik und Behandelbarkeit zunächst in einem beispielhaften Fall: Ein 17½-jähriger junger Mann hatte sich selbst an Arm, Penis und anderen Körperstellen malträtirt, diese Handlungen aber verleugnet und war deshalb zunächst als Spontanerkrankter verkannt worden.

Strukturell zeichnete sich eine frühe Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Niveau ab mit Überwiegen von Spaltungs- und Verleugnungsoperationen bei weitgehend gelungener Subjekt-Objekt-Differenzierung. Nach Art einer Deck-Identität verwirklichte der Patient seine Identifizierung mit einer Adoptivvatergestalt und agierte im künstlichen Erzeugen von Symptomen eine Vateridentifizierung aus einer frühen Zeit, den beiden ersten Lebensjahren. Diese beiden Vater-Identifizierungen bestehen im Ich unvereinbar nebeneinander und werden mit einer Ich-Spaltung bewältigt. Das Agieren dieses Gespaltenseins in die Realität hinein hat Abwehrcharakter, es verlagert den inneren Konflikt nach außen, und es hat Wiederholungscharakter, weil es in der gegenwärtigen Realität der eigenen Person die Gespaltenheit der Pri-

<sup>4</sup> ‚Der Meistersimulant von Mecklenburg‘ [53].

märobjekte wieder zu inszenieren versucht. Wegen dieses Agierens begegnen wir einem Teil dieser Persönlichkeiten dann auch im Gesundheitswesen als solche Patienten, die Krankheit und Kranksein und das Einnehmen der Patientenposition aktiv inszenieren durch Selbstmanipulation oder freies Phantasieren von Symptomen, Anamnesen etc.

Aus der Perspektive des Arztes gesehen haben wir es bei der Gesamtheit unserer Patienten also mit zwei Gruppen zu tun: der sehr viel größeren Gruppe spontaner ‚echter‘ Erkrankungen und der kleineren, meist übersehenen Gruppe scheinbarer, künstlich erzeugter Krankheiten, die in einer Art Mimikry-Verhältnis zu den ersten stehen. Das Motiv zum ‚Mimikry-Verhalten‘ kann man, wie auch in der Tierwelt, in der Sicherung des Selbsterhalts sehen, und zwar hier des Ich-Erhalts; das Mimikry-Agieren ist ein psychosozialer Abwehrvorgang, der auf Spaltung und Verleugnung beruht.

Die Psychotherapie solcher Patienten scheint deshalb vergleichbar schwierig wie die Behandlung süchtiger Persönlichkeitsstörungen: Sie verleugnen ihr Verhalten und entziehen sich der Behandlung. Allein die klare Diagnose hat aber bereits einen hohen therapeutischen Wert, weil sie den Arzt an der Einleitung unnötigerweise und gefährlicher Maßnahmen hindert.

### Summary

#### *The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness*

So far, psychoanalysts and psychotherapists in the German-speaking area have paid little attention to patients who either secretly induce the symptoms of their disorders themselves or even invent their own case histories with the appropriate symptoms. The present study contains a detailed report on the case of a young man who inflicted injuries to his skin which were initially mistaken for a spontaneous illness. Certain typical therapeutic problems are described: The problem of dealing with the psychic process of denial and the problem of counter-transference. The general discussion includes a survey of the relevant literature in the English language. Since there is, as yet, no German term for his patient behaviour we suggest the introduction of "mimicry patient" which describes the nature of the doctor-patient relationship in such cases and would be an easily comprehensible term on the international level.

### Literatur

[1] Abraham, K.: Die Geschichte eines Hochstaplers im Lichte psychoanalytischer Erkenntnis. Gesammelte Schriften, Bd. II, Fischer-Verlag, 1982, S. 146–160. – [2] Abram, H. S. u. Hollender, M. H.: Factitious Blood Disease. In: South. Med. Journal, 67/1974, S. 691–696. – [3] Aduan, R. P. u. a.: Factitious fever and self-induced infection. In: Ann. Intern. Med., 90/1979, S. 230–242. – [4] Agle, D. P., Ratnoff, O. D. u. a.: The anticoagu-

lant malingering. In: Ann. Intern. Medicine, 73/1970, S. 67–72. – [5] Ananth, J.: Munchausen syndrome. In: N. Y. State J. Med., 77/1977, S. 115–117. – [6] Anderson, E. W. u. a.: An experimental investigation of simulation and pseudodementia. In: Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, 34/1959, S. 132. – [7] Anderson, J. C. u. a.: Haemorrhage and Fever in the Munchausen Syndrome. In: Postgrad. Med. J., 48/1972, S. 445–447. – [8] Asher, R.: Münchhausen's Syndrome. In: Lancet, 1/1951, S. 339–341. – [9] Asher, R.: Malingering. In: Tr. M. Soc., London, 75/1959, S. 34–44. – [10] Barker, J. C.: The syndrome of hospital addiction (Munchausen Syndrome). A report on the investigation of seven cases. In: Journal of Mental Science, 103/1962, S. 167–182. – [11] Barker, J. C. and Lucas, S.: An investigation of a case of Munchausen syndrome (hospital addiction) under deep hypnosis: Report of a clinical conference. In: Am. J. Clin. Hypnosis, 8/1965, S. 128–138. – [12] Bergler, E.: Psychopathology of Impostors. In: J. Crim. Psychopath, 5/1943–1944, S. 695–714. – [13] Beumont, P. J. V. u. a.: Dieters and vomiters and purges in Anorexia nervosa. In: Psychol. Med., 6/1976, S. 617–622. – [14] Birch, C. A.: Munchausen's Syndrome (correspondence). In: Lancet, 1/1951, S. 412. – [15] Blackwell, F.: Munchausen at Guy's. In: Guy's Hosp. Rep., 114/1964, S. 257–277. – [16] Blackwell, P.: The Munchausen syndrome. In: British Journal of Hospital Medicine, 1/1968, S. 98–102. – [17] Böllinger, L.: Psychoanalyse und die Behandlung von Delinquenten. C. J. Müller, 1979 – [18] Brody, S.: Value of group psychotherapy in patients with poly-surgery addiction. In: Psychiat. Quart., 33/1959, S. 260–283. – [19] Bunim, J. J. u. a.: Factitious diseases: clinical staff conference at the National Institute of Health. In: Ann. Intern. Med., 48/1958, S. 1328–1341. – [20] Burman, K. D. u. a.: Factitious hypoglycemia. In: Am. J. Med. Sci., 266/1973, S. 23–30. – [21] Bursten, B.: On Munchausen's syndrome. In: Archives of General Psychiatry, 13/1965, S. 261–268. – [22] Cain, A. C.: The pre-superego 'Turning-inward' of aggression. In: Psych. anal. Quart., 30/1961, S. 171–208. – [23] Carney, M. W. P.: Self-induced bleeding and bruising. In: Lancet, 1/1978, S. 924–925. – [24] Carney, M. W. P.: Artefactual illness to attract medical attention. In: British Journal of Psychiatry, 136/1980, S. 542–547. – [25] Carney, M. W. P. u. a.: Clinical features and motives among 42 artefactual illness patients. In: British Journal of Medical Psychology, 56/1983, S. 57–66. – [26] Chapman, J. S.: Peregrinating problem patients: Munchausen syndrome. In: J. A. M. A., 165/1957, S. 927–933. – [27] Clayton, P. T. u. a.: Munchausen by proxy. In: Lancet, 1/1978, S. 102–103. – [28] Crabtree, J. H. jr.: A psychotherapeutic encounter with a self-mutilating patient. In: Psychiatry, 30/1967, S. 91–100. – [29] Cramer, B. u. a.: Munchausen's syndrome: Its relationship to malingering, hysteria and the physician-patient relationship. In: Arch. Gen. Psychiatry, 24/1971, S. 573–578. – [30] Deutsch, H.: Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. In: Psychoanal. Quart. 11/1942, S. 301–321. – [31] Deutsch, H.: Contribution to Ego Psychology of a type of Psychopath. In: Psychoanal. Quart. 24/1955, S. 483–505. – [32] Ewald, G.: Die Stigmatisierte von Konnersreuth. In: Beilage zur Münchener medizinischen Wochenschrift, 46/1927, S. 1981–1992. – [33] Ford, C. v.: The Munchausen syndrome: A report of four new cases and a review of psychodynamik considerations. In: Psychiatry Med., 4/1973, S. 31–45. – [34] Ford, Ch. v.: the somatizing disorders. In: Elsevier-Amsterdam, 1982, Kap. 8–10. – [35] Fras, I.: Factitious disease: An update. In: Psychosomatics, 19/1978, S. 119–122. – [36] Freud, S.: (1965), Sigmund Freud – Karl Abraham, Briefe 1907–1926. Fisher-Verlag 1980. – [37] Garner, H. H.: Malingering. In: Ill. Med. J., 128/1965, S. 318–319. – [38] Gavin, H.: Feigned and Factitious Diseases. London, J. u. A. Churchill, 1843. – [39] Götz, R.: Irre. Suhrkamp-Verlag, 1983. – [40] Gree-

- nacre, P.*: The Relation of the Impostor to the Artist. In: *Psychoanalytic Study of the Child*, 13/1958, S. 521–540. – [41] *Greenacre, P.*: The Impostor. In: *The Psychoanalytic Quart.*, Vol. 27/1958, S. 359–380. – [42] *Grinker, R.*: Imposture as a Form of Mastery. In: *Arch. of General Psychiatry*, 5/1961, S. 449–452. – [43] *van Harlingen*: Recent Contributions to our Knowledge of the Hysterical Neurosis of the Skin. In: *Jour. Cutan. Dis.*, 1903, xxi, S. 403/415. – [44] *Herzberg, J.*: Self excoriation by young women. In: *Am. J. Psych.*, 134/1977, S. 1320–1321. – [45] *Hollender, M. H.* u. a.: Dermatitis factitia. In: *South Med. J.*, 6/1973, S. 1279–1287. – [46] *Hyles, St. E.* u. a.: Chronic Factitious Disorder with Physical Symptoms (The Munchausen Syndrome). In: *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 4, 2/1951, S. 365–377. – [47] *Ireland, P.* u. a.: Munchausen's syndrome: Review and report of an additional case. In: *American Journal of Medicine*, 43/1967, S. 579–592, (Monographie). – [48] *Lipsitt, R.*: The Enigma of Factitious Illness. From Medical and Health Annual, *Encyclopedia Britannica*, 1982, S. 114–127. – [49] *Lipsitt, R.*: The Munchausen Mystery. In: *Psychology Today*, Februar 1983, S. 78–79. – [50] *Lizzi, F. & White, R.*: Munchausen Cases. In: *Intern. Med.* 79/1973, S. 290. – [51] *Lyell, A.*: Cutaneous artifactual disease: A review, amplified by personal experience. In: *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1/1979, S. 391–407. – [52] *Mahler, E.*: Zur Psychodynamik der sogenannten iatrogenen Neurose. In: *Psyche*, 12–XX. Jg., 1966. – [53] *March, H.*: Menschenschicksale in Gutachten. Ein Krankenhauswanderer. (Human destinies and expert testimony. A hospital vagrant). In: *Psyche* 7/1954, S. 711–720. – [54] *Maur, K. V.* u. a.: Munchausen's syndrome. In: *South. Med. J.*, 66/1973, S. 629–632. – [55] *Meadow, R.*: Munchausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. In: *Lancet*, 2/1977, S. 343–346. – [56] *Menninger, K. A.*: Polysurgery and polysurgical addiction. In: *Psychoanal. Quart.*, 3/1934, S. 173–199. – [57] *Mental Health Act applied by criminal court*. Mido-legal. In: *Brit. Med. J.*, 1/1961, S. 60–61. – [58] *Midgley, R. L.*: Case of 'menorrhagia'. In: *Brit. Med. J.*, 1/1956, S. 275–276. – [59] *Moore, G. L.* u. a.: Self-induced hypoglycemia. A review of psychiatric aspects and report of cases. In: *Psychiatry Med.*, 4/1973, S. 301–311. – [60] *Nadelson, T.*: The Munchausen patient as borderline character. In: *Psychiatric News*, Sept. 2/1977. – [61] *Ormsby, O. S.*: Factitious dermatoses. In: *JAMA*, 65/1915, S. 1622–1628. – [62] *Pallis, C. A.* u. a.: McIlroy was here. Or was he? In: *Brit. Med. J.*, 1/1979, S. 973–975. – [63] *Pankratz, I.*: A review of the Munchausen syndrome. In: *Clin. Psychology Rev.*, 1/1981, S. 65–78. – [64] *Pemet, J.*: The Psychological Aspect of Dermatitis Factitia. *Cutan. Dis.*, 1909, xxviii, S. 547–553. – [65] *Petersdorf, R. B.* u. a.: Factitious fever. In: *Ann. Intern. Med.*, 46/1957, S. 1039–1062. – [66] *Plassmann, R.*: Borderlinestruktur und schmerzhafte Hautdurchblutungen: ein Fall von Gardner-Diamond-Syndrom. In: *Zschr. für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, im Druck. – [67] *Prosser, E. W.*: Dermatitis factitia: a note on an unusual case. In: *Brit. Med. J.*, 1/1937, S. 804–806. – [68] *Ratnoff, O. D., Agle, D. P.*: Psychogenic purpura. In: *Medicine*, 47/1968, S. 475–500. – [69] *Ratnoff, O. D.*: The psychogenic purpuras: A review of autoerythrocyte sensitization, autosensitization to DNA, 'hysterical' and factitial bleeding and the religious stigmata. In: *Semin. Hematol.*, 17/1980, S. 336–340. – [70] *Reed, J. L.*: Compensation neurosis and Munchausen syndrome. In: *British Journal Hosp. Med.*, 19/1978, S. 316–321. – [71] *Reich, P.* u. a.: Factitious feculent urine in an adolescent boy. In: *J. A. M. A.*, 238/1977, S. 420–421. – [72] *Reich, P.*: Factitious Disorders in a Teaching Hospital. In: *Annals of Internal Medicine*, 99/1983, S. 240–247. – [73] *Rohde-Dachser, Ch.*: Das Borderline-Syndrom. In: *Psyche*, 6/1979, S. 481–523. – [74] *Rose, E.* u. a.: Occult factitial thyrotoxicoses. In: *Ann. Intern. Med.*, 71/1969, S. 309–315. – [75] *Service, F. J.* u. a.: Factitial hypoglycemia: Three cases diagnosed on the basis of insulin antibodies. In: *Arch. Intern. Med.*, 134/1974, S. 336–340. – [76] *Service, F. J.* u. a.: C-peptide analysis in diagnosis of factitial hypoglycemia in an insulin-dependent diabetic. In: *Mayo Clin. Proc.*, 50/1975, S. 697–701. – [77] *Sipson, M. A.*: Self-mutilation. *British Journal of Hospital Medicine*, 16/1976, S. 430–438. – [78] *Sjoberg, S.*: Munchausen's syndrome (correspondence). In: *Lancet*, 1/1951, S. 1073. – [79] *Sneddon, I. u. Sneddon, J.*: Self-inflicted Injury: A follow-up study of 43 patients. *Brit. med. Journal*, 3/1977, S. 527/1977, S. 527–530. – [80] *Sonnenthal, I. R.*: Malingering in nurses with hysteria. In: *IMJ*, 85/1944, S. 17–21. – [81] *Sparr, L.* u. a.: Factitious Posttraumatic Stress Disorder. In: *American J. of Psychia.*, 8/1983, S. 1016–1019. – [82] *Spiro, H. R.*: Chronic factitious illness: Munchausen's syndrome. In: *Archives of General Psychiatry*, 18/1968, S. 569–579. – [83] *Sussman, N.* u. a.: Factitious Disorders. In: Kaplan, M., Freedman, A. and Sadock, B.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, Williams & Silliams, 35rd. ed., 1980. – [84] *Schechter, D. C.*: Self-induced diseases and disabilities. In: *Lawyers Med. J.*, 4/1973, S. 281–296. – [85] *Schneck, J. M.*: Pseudo-malingering. In: *Dis. Nerve. Syst.*, 23/1962, S. 396–398. – [86] *Stengel, E.*: Studies on the psychopathology of compulsive wandering. In: *Brit. J. of Medical Psychol.* 18/1939, S. 250–254. – [87] *Stem, I. A.*: Munchausen's syndrome revisited. In: *Psychosomatics*, 21/1980, S. 329–336. – [88] *Stone, M. H.*: Factitious illness. Pathological findings and treatment Recommendations. In: *Bull. Menninger Clin.*, 41/1977, S. 239–254. – [89] *Walker, J. A.*: *Kunst seit Pop Art*. Droemer-Verlag, München-Zürich, 1975. – [90] *Wedel, K. R.*: A therapeutic confrontation approach to treating patients with factitious illness. In: *Soc. Work*, 16/1971, S. 69–73. – [91] *Whitlock, F. A.* und *Hynes, J. V.*: Religious stigmatization: an historical and psychophysiological enquiry. In: *Psychological Medicine*, 8/1978, S. 185–202. – [92] *Yassa, R.*: Munchausen syndrome: A successful treated case. In: *Psychosomatic*, 19/1978, S. 242.

Anshr. d. Verf.: Dr. med. R. Plassmann, Klinik am Hainberg, Ludwig-Braun-Str. 32, 6430 Bad Hersfeld.