

Noeker, Meinolf

Artifizielle Störung und artifizielle Störung by proxy

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53 (2004) 7, S. 450-467

urn:nbn:de:bsz-psydok-45143

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
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bobzien, M.; Hausmann, V.; Kornder, T.; Manz-Gill, B.: „... damit Theo weiß, was er besser machen soll“. Kundenorientierung in der sozialtherapeutischen Kindergruppenarbeit – Ein Erfahrungsbericht aus dem Qualitätsmanagement einer Erziehungsberatungsstelle („... so that Theo knows what he should do better“. Client orientation in social-therapeutic child group work – An experiential report of quality management at a child guidance clinic)	497
Leweke, F.; Kurth, R.; Milch, W.; Brosig, B.: Zur integrativen Behandlung des instabilen Diabetes mellitus im Jugendalter: Schulung oder Psychotherapie? (Integrative treatment of instable Diabetes mellitus: Education or psychotherapy?)	347
Schulte-Markwort, M.; Resch, F.; Bürgin, D.: Die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“ (OPD-KJ) in der Praxis (“Operationalised psychodynamic diagnostics in childhood and adolescence” (OPD-CA) in practice) ...	77
Weber, M.; Klitzing, K. v.: Die Geschichtenstamm-Untersuchung in der klinischen Anwendung bei jüngeren Kindern (Story stem evaluation in clinical practice with young children)	333
Weißhaupt, U.: Die virtuelle Beratungsstelle: Hilfe für Jugendliche online (Virtual counselling: online help for adolescents)	573

Originalarbeiten / Original Articles

Bredel, S.; Brunner, R.; Haffner, J.; Resch, F.: Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Success of treatment, experience of treatment, and satisfaction with treatment from the perspective of patients, parents, and therapists – Results of an evaluative study on inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	256
Dähne, A.; Aßmann, B.; Ettrich, C.; Hinz, A.: Normwerte für den Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) für Kinder und Jugendliche (Norm values for the questionnaire to assess the own body (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers, FBeK) for adolescents)	483
Kaltenborn, K.: Ko-Produktion von Wissen zur Sorgerechtsregelung durch Betroffene: eine partizipative Studie (Co-production of knowledge about custody criteria with subjects affected by their parents' custody dispute: a participatory study)	167
Kastner-Koller, U.; Deimann, P.; Konrad, C.; Steinbauer, B.: Entwicklungsförderung im Kindergartenalter (The enhancement of development at nursery school age)	145
Keßels, T.: Angstträume bei neun- bis elfjährigen Kindern (Anxiety dreams in 9- to 11-year-old children)	19
Klicpera, C.; Gasteiger Klicpera, B.: Vergleich zwischen integriertem und Sonderschulunterricht: Die Sicht der Eltern lernbehinderter Schüler (Comparing students in inclusive education to those in special schools: The view of parents of children with learning disabilities)	685
Kraenz, S.; Fricke, L.; Wiater, A.; Mitschke, A.; Breuer, U.; Lehmkuhl, G.: Häufigkeit und Belastungsfaktoren bei Schlafstörungen im Einschulalter (Prevalence and influencing factors of sleep disturbances in children just starting school)	3

Miksch, A.; Ochs, M.; Franck, G.; Seemann, H.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Was hilft Kindern, wenn sie Kopfschmerzen haben? – Qualitative Auswertung systemischer Familieninterviews nach Abschluss einer lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit primären Kopfschmerzen (What is helpful for kids with headache? – Qualitative analysis of systemic family interviews at the end of a solution and resource oriented group therapy for children and adolescents with primary headache) . . .	277
Prüß, U.; Brandenburg, A.; Ferber, C. v.; Lehmkuhl, G.: Verhaltensmuster jugendlicher Raucher (Patterns of behaviour of juvenile smokers and non-smokers)	305
Roebbers, C.M.; Beuscher, E.: Wirkungen eines Bildkärtchentrainings für Grundschulkin-der zur Verbesserung ihrer Ereignisberichte (Training children in event recall: Benefits of a brief narrative elaboration training)	707
Roth, M.; Bartsch, B.: Die Entwicklungstaxonomie von Moffitt im Spiegel neuerer Befunde – Einige Bemerkungen zur „jugendgebundenen“ Delinquenz (Moffitt's developmental taxonomy as seen by new results – Some remarks on the "adolescence-limited" delinquency)	722
Sarimski, K.: Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung mit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“ (Assessment of behavioral problems in children with intellectual disability: The Nisonger Child Behavior Rating Form)	319
Schaunig, I.; Willinger, U.; Diendorfer-Radner, G.; Hager, V.; Jörgl, G.; Sirsch, U.; Sams, J.: Parenting Stress Index: Einsatz bei Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Parenting Stress Index and specific language impairment)	395
Schreiber, M.; Lenz, K.; Lehmkuhl, U.: Zwischen Umweltverschmutzung und Gottes Wille: Krankheitskonzepte türkeistämmiger und deutscher Mädchen (Between environmental pollution and will of god: Concepts regarding illness of Turkish and German girls)	419
Schulz, W.; Schmidt, A.: Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Kurzberatung in der Erziehungsberatung (Utilization and effectiveness of short-term counseling in child guidance)	406
Stauber, T.; Petermann, F.; Korb, U.; Bauer, A.; Hampel, P.: Adipositas und Stressverarbeitung im Kindesalter (Obesity and coping in childhood)	182
Subkowski, P.: Harry Potter – das Trauma als Motor der psychischen Entwicklung (Harry Potter – The trauma as a drive for psychic development)	738
Weber, A.; Karle, M.; Klosinski, G.: Trennung der Eltern: Wie wird sie den Kindern vermittelt und welchen Einfluss haben Art und Inhalt der Mitteilung auf das Trennungserleben der Kinder? (Separation of parents: How is it conveyed to children? How does the content of the communication influence the separation experience of children?)	196
Widdern, S. v.; Häßler, F.; Widdern, O. v.; Richter, J.: Ein Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung – Wie beurteilen sich Jugendliche einer nordost-deutschen Schülerstichprobe hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit? (Ten years after german unification – Current behavioural and emotional problems of adolescents in Germany)	652

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Benecken, J.: Zur Psychopathologie des Stotterns (On the psychopathology of stuttering)	623
Bergh, B. v. d.: Die Bedeutung der pränatalen Entwicklungsperiode (The importance of the prenatal life period)	221
Bergh, P. M. v. d.; Knorth, E. J.; Tausendfreund, T.; Klomp, M.: Grundlagen der psychosozialen Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe: Entwicklungen und	

Aufgaben (Basics of the psychosocial diagnostic in child- and youth care in the Netherlands: Developments and tasks)	637
Bögle, R.M.: Beraterische Arbeit mit modernen Ausprägungen mythologischer Bilder (Counselling with modern expressions of mystic pictures)	560
Frölich, J.; Lehmkuhl, G.: Differenzialdiagnostische Zusammenhänge von Schlaf- und Vigilanzstörungen im Kindesalter – Verbindungen zu psychischen Störungen und organischen Erkrankungen (Differential diagnosis of sleep and vigilance disorders in children)	48
Kamp-Becker, I.; Mattejat, F.; Remschmidt, H.: Zur Diagnostik und Ätiologie des Asperger-Syndroms bei Kindern und Jugendlichen (Diagnosis and etiology of Asperger syndrome in children and adolescents)	371
Keupp, H.: Ressourcenförderung als Basis von Projekten der Gewalt- und Suchtprävention (Resource support as the basis of projects for the prevention of violence and addiction)	531
Lehmkuhl, G.; Frölich, J.: Kinderträume: Inhalt, Struktur und Verlauf (Children's dreams)	39
Noeker, M.: Artifizielle Störung und artifizielle Störung by proxy (Factitious disorder and factitious disorder by proxy)	449
Petermann, F.; Hampel, P.; Stauber, T.: Enuresis: Erklärungsansätze, Diagnostik und Interventionsverfahren (Enuresis: pathogenesis, diagnostics, and interventions)	237
Schreiner, J.: Humor als ergänzender Bestandteil der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Entwurf eines humordiagnostischen Modells (Humor as an additional component of psychological and psychiatric diagnostics in children and adolescents: Concept of a humor-diagnostic model)	468
Thiel-Bonney, C.; Cierpka, M.: Die Geburt als Belastungserfahrung bei Eltern von Säuglingen mit Selbstregulationsstörungen (Birth as a stressful experience of parents with newborns and infants showing regulatory disorders)	601
Vossler, A.: Wandel hoch drei – Beratung für Jugendliche in einer verunsichernden Gesellschaft (Change to the power of three – counselling for adolescents in a society which causes uncertainty)	547

Buchbesprechungen / Book Reviews

Amorosa, H.; Noterdaeme, M. (2003): Rezeptive Sprachstörungen. Ein Therapiemanual. (<i>D. Irblich</i>)	61
Barrett, P.; Webster, H.; Turner, C.: FREUNDE für Kinder. Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression. (<i>K. Sarimski</i>)	65
Boeck-Singelmann, C.; Hensel, T.; Jürgens-Jahnert, S.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2003): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen. (<i>L. Unzner</i>)	213
Bonney, H. (2003): Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis. (<i>K. Mauthe</i>)	364
Brandau, H.; Pretis, M.; Kaschnitz, W. (2003): ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. (<i>D. Irblich</i>)	439
Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2003): Bindung und Trauma. (<i>L. Unzner</i>)	66
Erlor, M. (2003): Systemische Familienarbeit. Eine Einführung. (<i>A. Müller</i>)	137
Essau, C.A. (2003): Angst bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	135
Etzersdorfer, E.; Fiedler, G.; Witte, M. (Hg.) (2003): Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten. (<i>K. Jost</i>)	441
Fay, E. (Hg.) (2003): Tests unter der Lupe 4. Aktuelle psychologische Testverfahren – kritisch betrachtet. (<i>M. Micklej</i>)	214

Feil, C. (2003): Kinder, Geld und Konsum. Die Kommerzialisierung der Kindheit. (W. Schweizer)	297
Finger-Trescher, U.; Krebs, H. (Hg.) (2003): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. (L. Unzner)	66
Flaake, K.; King, V. (Hg.) (2003): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. (C. v. Bülow-Faerber)	133
Fonagy, P. (2003): Bindungstheorie und Psychoanalyse. (L. Unzner)	66
Fonagy, P.; Target, M. (2003): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. (L. Unzner) .	66
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 46. (M. Hirsch)	130
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 47. (M. Hirsch)	209
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 48. (M. Hirsch)	514
Gabriel, T.; Winkler, M. (Hg.) (2003): Heimerziehung. Kontexte und Perspektiven. (L. Unzner)	361
Gontard, A. v. (2004): Enkopresis. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie. (E. Bauer)	757
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G. (2003): Enuresis. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. (M. H. Schmidt)	66
Grossmann, K.E.; Grossmann, K. (Hg.) (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. (L. Unzner)	291
Günter, M. (2003): Psychotherapeutische Erstinterviews mit Kindern. Winnicotts Squiggletechnik in der Praxis. (R. Schepker)	516
Häußler, A.; Happel, C.; Tuckermann, A.; Altgassen, M.; Adl-Amini, K. (2003): SOKO Autismus. Gruppenangebote zur Förderung Sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus – Erfahrungsbericht und Praxishilfen. (D. Irblich)	295
Hascher, T.; Hersberger, K.; Valkanover, S. (Hg.) (2003): Reagieren, aber wie? Professioneller Umgang mit Aggression und Gewalt in der Schule. (G. Roloff)	437
Herwig-Lempp, J. (2004): Ressourcenorientierte Teamarbeit. Systemische Praxis der kollegialen Beratung. Ein Lern- und Übungsbuch. (D. Irblich)	678
Hobrucker, B. (2002): Zielentwicklung mit Kindern in Psychotherapie und Heilpädagogik. Verhaltensvereinbarung als Behandlungselement. (R. Mayr)	208
Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. (D. Irblich)	213
Huber, M. (2003): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. (D. Irblich)	517
Klemenz, B. (2003): Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. (R. Mayr)	62
Klicpera, C.; Schabmann, A.; Gasteiger-Klicpera, B. (2003): Legasthenie. Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung. (D. Irblich)	675
Koch-Kneidl, L.; Wiese, J. (Hg.) (2003): Entwicklung nach früher Traumatisierung. (D. Irblich)	136
Krowatschek, D.; Albrecht, S.; Krowatschek, G. (2004): Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Kindergarten- und Vorschulkinder. (D. Irblich)	761
Kubinger, K.; Jäger, R. (Hg.) (2003): Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik. (D. Gröschke)	64
Lang, P.; Sarimski, K. (2003): Das Fragile-X-Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern. (D. Irblich)	593
Langfeldt, H.-P. (Hg.) (2003): Trainingsprogramme zur schulischen Förderung. Kompendium für die Praxis. (D. Gröschke)	63

Lauth, G.W.; Grünke, M.; Brunstein, J.C. (Hg.) (2004): Interventionen bei Lernstörungen. Förderung, Training und Therapie in der Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	679
Lepach, A.C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2003): Training für Kinder mit Gedächtnisstörungen. Das neuropsychologische Einzeltraining REMINDER. (<i>D. Irblich</i>)	436
Maur-Lambert, S.; Landgraf, A.; Oehler, K.-U. (2003): Gruppentraining für ängstliche und sozial unsichere Kinder und ihre Eltern. (<i>D. Irblich</i>)	293
Mayer, R.; Born, M.; Kähni, J.; Seifert, T. (2003): „Wirklich?! – Niemals Alkohol?!“ Problemskizzen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Balingen: Eigenverlag (<i>E. M. Dinkelaker</i>)	596
Mentzos, S.; Münch, A. (Hg.) (2003): Psychose und Sucht. (<i>W. Schweizer</i>)	296
Michels, H.-P.; Borg-Laufs, M. (Hg.) (2003): Schwierige Zeiten. Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen. (<i>W. Schweizer</i>)	129
Möller, C. (2003): Jugend sucht. Drogenabhängige Jugendliche berichten. (<i>M. Schulte-Markwort</i>)	515
Oetker-Funk, R.; Dietzfelbinger, M.; Struck, E.; Volger, I. (2003): Psychologische Beratung. Beiträge zu Konzept und Praxis. (<i>B. Plois</i>)	594
Papoušek, M.; Gontard, A. v. (Hg.) (2003): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. (<i>D. Irblich</i>)	212
Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.) (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. (<i>L. Goldbeck</i>)	756
Petermann, F.; Wiedebusch, S. (2003): Emotionale Kompetenz bei Kindern. (<i>D. Irblich</i>)	292
Piaget, J. (2003): Meine Theorie der geistigen Entwicklung, herausgegeben von R. Fatke. (<i>D. Gröschke</i>)	63
Poustka, F.; Bölte, S.; Feineis-Matthews, S.; Schmötzer, G. (2004): Autistische Störungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	758
Reinehr, T.; Dobe, M.; Kersting, M. (2003): Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS. (<i>G. Latzko</i>)	676
Richman, S. (2004): Wie erziehe ich ein autistisches Kind? Grundlagen und Praxis. (<i>Y. Ahren</i>)	760
Rosenkötter, H. (2003): Auditive Wahrnehmungsstörungen. Kinder mit Lern- und Sprachschwierigkeiten behandeln. (<i>M. Micklej</i>)	130
Sarimski, K. (2003): Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. (<i>D. Irblich</i>)	440
Scheithauer, H.; Hayer, T.; Petermann, F. (2003): Bullying unter Schülern. Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte. (<i>L. Mürbeth</i>)	595
Scheuerer-Engelisch, H.; Suess, G.J.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2003): Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. (<i>L. Unzner</i>)	289
Schönplugh, W. (2004): Geschichte und Systematik der Psychologie. Ein Lehrbuch für das Grundstudium. 2. Aufl. (<i>D. Gröschke</i>)	518
Streeck-Fischer, A. (Hg.) (2004): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. (<i>L. Unzner</i>)	680
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2003): Therapie der Lese-Rechtschreibstörung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. (<i>M. Micklej</i>)	211
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2004): Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? (<i>K. Sarimski</i>)	762
Vossler, A. (2003): Perspektiven der Erziehungsberatung. Kompetenzförderung aus der Sicht von Jugendlichen, Eltern und Beratern. (<i>H. Heekerens</i>)	592
Watkins, J.G.; Watkins, H.H. (2003): Ego-States. Theorie und Therapie. Ein Handbuch. (<i>D. Irblich</i>)	362

Winkelheide, M.; Knees, C. (2003): ... doch Geschwister sein dagegen sehr. Schicksal und Chancen der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	365
Zander, B.; Knorr, M. (Hg) (2003): Systemische Praxis der Erziehungs- und Familienberatung. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	360

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Krowatschek, D. (2002): Überaktive Kinder im Unterricht. Ein Programm zur Förderung der Selbstwahrnehmung, Strukturierung, Sensibilisierung und Selbstakzeptanz von unruhigen Kindern im Unterricht und in der Gruppe, 4. Auf. (<i>C. Kirchheim</i>)	764
Rauer, W.; Schuck, K.-D. (2003): Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern dritter und vierter Klassen (FEES 3–4). (<i>K. Waligora</i>)	139
Stadler, C.; Janke, W.; Schmeck, K. (2004): Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE). (<i>C. Kirchheim</i>)	521

Editorial / Editorial	1, 75, 529
Autoren und Autorinnen / Authors	60, 127, 207, 288, 359, 434, 513, 587, 674, 754
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	588
Tagungskalender / Congress Dates	71, 142, 216, 300, 367, 444, 524, 598, 683, 767
Mitteilungen / Announcements	220, 448, 527

Artifizielle Störung und artifizielle Störung by proxy

Meinolf Noeker

Summary

Factitious disorder and factitious disorder by proxy

Similar to the adult patient, a child or adolescent may actively feign or produce artificial symptoms (synonymous: Munchausen syndrome). The more frequent case is that the child suffers from being an object of symptom fabrication induced by a close person caring for the child, regularly the mother (Munchausen syndrome by proxy). This review focuses on psychopathological aspects of the clinically more relevant factitious disorder by proxy. Typical behaviour and personality characteristics are presented that can be taken as clinical warning signs. Doctor-mother-interaction is affectively challenging due to conflicting tasks imposed on the physician. Complementary to pediatric exclusion of genuine disease, psychopathological assessment is required to exclude other sources of deviant illness behaviour. Factitious disorder shares particular features (active violation of the child, false report of history, aggravated symptom presentation and increased doctor-hopping, difficulties in conforming maternal report in biomedical data) with other psychopathological entities (child abuse, simulation, dissociative disorders, somatoform disorders including hypochondria, variants of maternal overprotection and infantilization, psychosis or delusion in the mother). Criteria for differentiation are presented. Three concepts on the psychopathological etiology of factitious disorder by proxy are relevant: In some cases, it may be conceived as secondary manifestation of a primary psychopathological entity or personality disorder. Learning theory emphasises operant rewards received from vicarious sick role. Attachment theory provides possible explanations concerning the traumatic impact on the child, early sources of psychopathology in the fabricating mother and risks for intergenerational transmission of factitious disorders.

Keywords: factitious disorder – factitious disorder by proxy – Munchausen syndrome – Munchausen syndrome by proxy – somatoform disorder

Zusammenfassung

Kinder und Jugendliche können selbst eine artifizielle Störung (synonym: Münchhausen-Syndrom) mit dem Ziel der Einnahme der Krankenrolle entwickeln, sind aber weitaus häufiger Opfer einer Symptombfabrikation durch nahestehende Bezugspersonen, in der Regel die Mutter (artifizielle Störung by proxy; synonym: Münchhausen by proxy Syndrom). Komplementär zur pädiatrischen Verdachtsentwicklung und -verifikation richtet sich die psychologisch-psychiatrische Diagnostik

auf die spezifischen Verhaltens- und Persönlichkeitsmerkmale bei Kind, Mutter und Vater, auf die Muster der innerfamiliären Interaktion sowie die Wahrnehmung von Gegenübertragungsreaktionen im Rahmen der affektiv beanspruchenden Beziehungsdynamik mit der Täterin. Die artifizielle Störung by proxy (aSbp) weist gemeinsame Merkmale (aktive Verletzung des Kindes, falsche Angaben bei der Anamneseerhebung, aggravierte Symptompräsentation und inadäquates Inanspruchnahmeverhalten, schwierige biomedizinische Verifizierbarkeit der präsentierten Symptomatik) mit anderen psychopathologischen Störungsbildern auf (Kindesmisshandlung, Simulation, dissoziative Störung, somatoforme Störung und Hypochondrie, Varianten elterlicher Überfürsorge und Infantilisierung sowie Wahnstörungen bei der Täterin). Praxisorientierte Kriterien für die psychopathologische Abgrenzung werden vorgestellt.

Drei Modellvorstellungen zur Ätiologie der artifiziellen Störung by proxy stehen im Vordergrund: Sie kann in Einzelfällen als Manifestation einer primären psychischen Störung (u.a. Zwang und Sucht) bzw. Persönlichkeitsstörung (u.a. dissozial, emotional instabil, histrionisch, abhängig, dissoziativ) konzipiert werden. Lerntheoretische Konzepte akzentuieren die operante Verstärkung durch die Einnahme der Krankenrolle. Die Bindungstheorie bietet die differenziertesten Erklärungsmodelle zur Traumatisierungswirkung beim Opfer, zur Störungsgenese bei der symptomfabrizierenden Mutter sowie zur Möglichkeit einer intergenerationellen Transmission artifizieller Störungen.

Schlagwörter: artifizielle Störungen – artifizielle Störung by proxy – Münchhausen Syndrom – Münchhausen by proxy Syndrom – somatoforme Störung

1 Einleitung

Störungsbild und Definition: Die artifizielle Störung ist dadurch gekennzeichnet, dass sich ein Patient ärztlich mit einem Beschwerdebild vorstellt, das nicht auf einer genuine Erkrankung beruht, sondern vorgetäuscht wird bzw. aktiv herbeigeführt wurde. Der Arzt wird im Rahmen der Konsultation über den artifiziellen Charakter der Symptomenese im Unklaren gelassen und so verleitet, multiple und zunehmend invasive Untersuchungen und Eingriffe vorzunehmen. Der Begriff der artifiziellen Störung hat vor allem in der psychiatrischen Literatur den tradierten und bekannteren Begriff des Münchhausen-Syndroms abgelöst. Die folgende Auflistung enthält die Störungsdefinitionen aus psychiatrischer Sicht entsprechend den Forschungskriterien nach DSM-IV-TR sowie aus pädiatrischer Sicht nach einer verbreiteten Definition von Rosenberg (1987).

- I. Forschungskriterien für die artifizielle (vorgetäuschte) Störung by proxy nach DSM-IV-TR (auch Meadow 2002):
 - Absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Zeichen oder Symptomen bei einer anderen Person, für die der Betroffene Sorge trägt.

- Die Motivation für das Verursacherverhalten ist, die Krankenrolle durch eine Mittelsperson einzunehmen.
- Äußere Anreize für das Verhalten (wie z. B. ökonomischer Gewinn) fehlen.
- Das Verhalten kann nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden.

II. Definition des Münchhausen-by-proxy-Syndroms aus pädiatrischer Sicht (Rosenberg 1987):

- Vorliegen eines Beschwerdebildes bei einem Kind, das durch einen Elternteil oder einen Erziehungsberechtigten vorgetäuscht und/oder aktiv herbeigeführt wurde.
- Vorstellung des Kindes zur medizinischen Untersuchung und länger andauernden Versorgung, häufig einhergehend mit multiplen medizinischen Prozeduren.
- Verleugnen des Wissens um die Ursachen des Beschwerdebildes durch die Täterin.
- Akute Symptome und Beschwerden bilden sich zurück, wenn das Kind von der Täterin getrennt wird.

Kinder und Jugendliche können in zweierlei Hinsicht von artifiziellen Störungen betroffen sein. Sie können ähnlich wie der erwachsene Patient aktiv ein Beschwerdebild fingieren und damit ärztliche Untersuchungsmaßnahmen provozieren (Raymond 1986). In diesem Fall ist das Kind Subjekt der körperlichen Schädigung im Sinne einer artifiziellen Störung bzw. eines Münchhausen-Syndroms.

In der überwiegenden Zahl der Fälle ist das Kind jedoch Objekt der Vortäuschung oder Manipulation (Fabrikation) von Symptomen durch eine andere Person (Keller et al. 1997). Bei dem Täter bzw. der Täterin handelt es sich in aller Regel um die Mutter, in seltenen Fällen um den Vater (Meadow 1998) bzw. eine andere Bezugsperson, die Verantwortung für das Kind trägt. Im Folgenden wird vereinfachend von der Mutter als Täterin gesprochen. In diesen Fällen liegt eine *artifizielle Störung by proxy* vor (aSbp; traditionell: Münchhausen-by-proxy-Syndrom). Ist das Kind Opfer einer aSbp, so ist dies als Kindesmisshandlung zu werten. Das Vorgehen im pädiatrischen Setting ist bei Noecker und Keller (2002) beschrieben. In der vorliegenden Arbeit werden die psychologisch-psychiatrischen Aspekte des Störungsbildes unter besonderer Berücksichtigung der psychopathologischen Differentialdiagnose und der aktuellen Ätiologiekonzepte vorgestellt. Im Folgenden werden gemeinsame Kennzeichen der Symptompräsentation bei selbstmanipulierter artifizieller Störung und bei fremdmanipulierter aSbp aufgeführt. Diese Merkmale können klinisch als Warnhinweise für einen Verdacht auf eine artifizielle Symptomenentstehung genutzt werden:

- Persistierende bzw. rekurrende Symptomatik, die trotz gründlicher Durchuntersuchung zu keiner Erklärung führt. Die Symptomatik präsentiert sich atypisch; erfahrene Kliniker kommentieren sie mit der Bemerkung, dass sie einen solchen Fall noch nie gesehen haben.
- Die „Diagnose“ bleibt deskriptiv oder bezieht sich auf den Verdacht einer extrem seltenen Erkrankung.

- Die Symptomatik spricht entgegen der Erwartung nicht auf eine übliche, etablierte Therapie an. Wiederholte, gründliche Durchuntersuchungen führen nicht zu einer Diagnosestellung. Gehäuft treten Komplikationen in der Therapiedurchführung auf (Infektionen intravenöser Zugänge, Erbrechen von Medikation).
- Diskrepanz von Untersuchungs- und Laborbefunden zu anamnestischen Angaben. Laborbefunde sind physiologisch unplausibel (unübliche Substanzen in Blut, Urin, Stuhl oder Magen; unübliche Kombination von Mikroorganismen in Blutkulturen). Ausgeprägte Varianz innerhalb der Untersuchungsergebnisse über verschiedene Messzeitpunkte.
- Die Vitalität und Beeinträchtigung des Patienten durch Beschwerden kann diskrepant sein zu Laborparametern.
- Die präsentierte Symptomatik umfasst typischerweise Beschwerden wie unerklärliche Blutungen, Anfälle, Bewusstseinsverlust, Apnoe, Diarrhoe, Erbrechen, Lethargie oder berichtete Unverträglichkeitsreaktionen auf Nahrungsmittel oder Medikamente.
- Der Symptomverlauf fluktuiert in unberechenbarer Weise (spontane Remissionen, spontane Exazerbationen, Verschlechterungen trotz regelgerechter Therapie). Vor Entlassung tritt manchmal erneute Symptommexazerbation auf.

2 Kinder und Jugendliche mit artifizieller Störung

Charakteristische Merkmale: Selbstinduzierte Körperverletzungen treten bei Kindern und vor allem Jugendlichen mit kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern vorrangig bei emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typus auf, Selbstvergiftungen mit Medikamenten bei akut dekompenzierten Krisenzuständen und suizidalen oder parasuizidalen Tendenzen (Hawton et al. 2003). Artifizielle Störungen sind von diesen Formen selbstinduzierter Körperverletzung vor allem über das spezifische Motiv des Anstrebens der Krankenrolle abzugrenzen, das bei diesen anderen Formen nicht vorliegt bzw. nicht im Vordergrund steht.

Retrospektive Analysen erwachsener Patienten mit artifizieller Störung belegen, dass die Störungsgenese bis weit in das Jugend- und sogar Kindesalter zurückreichen kann (Eckhardt-Henn 1999; Kapfhammer et al. 1998). Prospektive Studien zur frühen Störungsmanifestation im Kindes- und Jugendalter liegen bis auf kasuistische Darstellungen leider kaum vor. Diese wären jedoch wünschenswert, weil eine Verlaufsanalyse früh manifestierter artifizieller Störungen dazu beitragen könnte, die Konzepte zur frühen Ätiologie artifizieller Störungen entwicklungspsychopathologisch zu substantiieren, und weil zu vermuten ist, dass die Langzeitprognose wesentlich davon abhängt, ob es gelingt, eine artifizielle Störung des Kindes- und Jugendalters frühzeitig zu identifizieren und so die Kette von Symptombildungen zu unterbrechen. Für eine frühe Diagnosestellung ist es relevant, Warnhinweise im Kindes- und Jugendalter zu registrieren, um das Risiko einer Persistenz bis in das Erwachsenenalter bzw. sogar einer Transmission in die nächste Generation zu minimieren.

Libow (2000) hat die dokumentierten Berichte zu 44 Kindern und Jugendlichen mit selbstinduzierter artifizieller Störung ausgewertet. Es ergeben sich folgende charakteristische Merkmale:

- Die Geschlechterverteilung ist mit 71 % (w) zu 29 % (m) ähnlich wie bei erwachsenen Patienten mit artifizieller Störungen.
- Das Durchschnittsalter beträgt 13;9 Jahre (range: 8 bis 18 Jahre). Bei den Kindern unter 14 Jahren finden sich deutlich einfachere Methoden der Fabrikationen; auf Konfrontation hin geben die Kinder regelmäßig ihr Täuschungsmanöver zu. In der Adoleszentengruppe gibt dagegen nur etwa die Hälfte die Manipulation zu.
- Die Persönlichkeit der meisten Patienten wirkt depressiv, sozial isoliert und indifferent während der Untersuchungsprozeduren. Es finden sich gehäuft psychiatrische Zusatzdiagnosen (Dysthymia, oppositionelles Verhalten, Anpassungsstörung, Anorexie, Persönlichkeitsstörung).
- Nach der Konfrontation mit der Diagnose einer artifiziellen Störung weigern sich die Eltern regelmäßig, der Empfehlung zu einer Psychotherapie zu folgen.
- Die häufigsten artifiziellen Beschwerdebilder umfassen Fieber unbekannter Genese ($n = 13$; häufig fabriziert durch Erwärmen des Thermometers), diabetische Ketoacidose ($n = 10$; Manipulation des Insulins bei Diabetikern), Purpura ($n = 7$) sowie Infektionen ($n = 5$; z. B. Hämaturie durch Beifügen von Blut aus kleinen Wunden in den Urin). Die Dauer der Täuschung betrug in der Kindergruppe im Mittel ein Jahr, in der Adoleszentengruppe etwa 16 Monate.

Die vorliegenden Daten zeigen insgesamt eine hohe Übereinstimmung der artifiziellen Störung des Kindes- und Jugendalters mit der des Erwachsenenalters. Dazu zählen die Dominanz des weiblichen Geschlechts in der Geschlechterverteilung, charakteristische Persönlichkeitsmerkmale und Psychopathologie, die Faszination der Patienten an der Medizin sowie die Ablehnung von Psychotherapie. Die artifizielle Störung des Kindesalters kann damit weitgehend als frühe Manifestation der artifiziellen Störung des Erwachsenenalters gewertet werden, bei der die Methoden der Fabrikation naturgemäß noch nicht so ausdifferenziert sind wie im Erwachsenenalter.

3 Artificielle Störung by proxy

Die Methoden der Manipulation artifizieller Symptombilder durch eine erwachsene Person sind bei einer aSbp sehr viel komplexer und schwieriger zu identifizieren als die selbstinduzierten Beschwerdebilder eines Kindes oder Jugendlichen. Die Durchsicht der aktuellen pädiatrischen und internistischen Literatur zeigt, dass ständig neue Täuschungsmanöver identifiziert und beschrieben werden, so dass jede medizinische Subdisziplin ihre spezifischen Varianten artifizieller Störungen aufweist (Sheridan 2003). Die Inzidenz der aSbp wird auf 2,5 Fälle pro 100000 Kinder im ersten Lebensjahr und auf 0,5 Fälle pro 100000 Kinder vom 2. bis 16. Lebensjahr geschätzt (McClure et al. 1998). Diese Angaben sind jedoch vorsichtige Schätzungen, da von einer beträchtlichen, schwer quantifizierbaren Dunkelziffer auszugehen ist.

Neben den charakteristischen Merkmalen der Symptompräsentation und der Symptombrikation können regelmäßig prototypische Merkmale der Verhaltensorganisation bei Mutter und Vater sowie systemische Konfigurationen bei der aktuellen Familie und der Herkunftsfamilie der Täterin identifiziert werden. Diese Merkmale sind nicht obligat, fungieren aber ebenfalls als Warnhinweise bei der Entwicklung einer Verdachtsdiagnose:

- Unvollständige bzw. unkorrekte Angaben sowie geringe Kooperativität der Mutter bei der Erhebung der Behandlungsanamnese.
- Eine zeitliche Verknüpfung zwischen dem Auftreten der Symptomatik und der Anwesenheit der Mutter.
- Ständige Anwesenheit der Mutter bei ihrem Kind während des Klinikaufenthaltes. Vordergründig entsteht der Eindruck einer symbiotischen Bindung bei häufig objektiv emotionaler Vernachlässigung und fehlender Responsivität der Mutter.
- Entwicklung enger, vertraulicher, persönlich verstrickender Beziehungen zum Klinikpersonal.
- Einschlägige Ausbildung bzw. Berufserfahrung im medizinischen Bereich, Faszination an medizinischen Themen.
- Inadäquate Reaktionen bei akuten Exazerbationen der Symptomatik des Kindes (erstaunliche Gelassenheit versus agitiertes Verhalten gegenüber dem Arzt).
- Vorliegen ähnlicher medizinischer Probleme bei mehreren Familienmitgliedern, ohne dass diese familiäre Häufung medizinisch plausibel ist. Gleiche und ebenfalls unerklärliche Symptomatik bei Mutter und Kind kann auf Koexistenz von fremdfabrizierter aSb und selbstfabrizierter artifizieller Störung bei der Mutter hinweisen. Koexistenz unerklärlicher bzw. gleicher Symptomatik bei lebendem (bzw. schon verstorbenem!) Geschwisterkind kann auf zweifache aSb hindeuten.
- Verfälschung nicht nur der medizinischen, sondern auch der psychosozialen bzw. psychiatrischen Krankheits- und Behandlungsanamnese.
- Eine emotional distanzierte Partnerschaftsbeziehung. In den Arzt-Eltern-Gesprächen ist der Vater nicht präsent, wenn er nicht aktiv eingebunden wird. In den Missbrauch des Kindes ist er in der Regel nicht direkt involviert. Mögliche Ahnungen werden aus Loyalität bzw. aufgrund einer inferioren Position gegenüber der Mutter sowie aus Angst vor den forensischen Konsequenzen nicht mitgeteilt.
- Die Herkunftsfamilie der Täterin kann charakterisiert sein durch emotionale Vernachlässigung, körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch, ein inadäquates Krankheitsverhalten und eine gesteigerte medizinische Inanspruchnahme schon bei banalen Beschwerden sowie eine intensivisierte Zuwendung bei Krankheit, die im Kontrast steht zu einem ansonsten kühlen und vernachlässigenden Familienklima in beschwerdefreien Zeiten.

3.1 Charakteristische Beziehungsdynamik zwischen Arzt und Mutter

Der Prozess der Diagnosestellung vollzieht sich in der Regel im Kontext einer affektiv aufgeladenen Beziehungsdynamik innerhalb der Arzt-Mutter-Interaktion. Die Täterin bezieht eine wesentliche Gratifikation daraus, den Arzt als unfreiwilligen Mitspieler in

ein verdecktes „Spiel“ zu verstricken, bei dem dieser manipuliert wird, unwissentlich und unabsichtlich eine als Behandlungsprozedur maskierte Körperverletzung zu vollziehen. Auf die primäre Verletzung des Kindes durch die Mutter folgt in der Regel die sekundäre, iatrogene Verletzung durch nicht indizierte Eingriffe. Von Hahn et al. (2001) bewerten diese iatrogene Komponente als so bedeutsam, dass sie dafür plädieren, sie als zusätzliches Kriterium in die Störungsdefinition aufzunehmen („Ein Medizinsystem, das Untersuchungen oder Behandlungen jenseits dessen verschreibt, was für das Kind vernünftig oder notwendig ist“; Hahn et al. 2001, S. 133). Die Beziehungsdynamik zwischen Mutter und Arzt ist eingebettet in Kontextfaktoren des modernen Versorgungssystems und in das Selbstverständnis ärztlicher Berufsrollenerwartungen, die die Mutter im Umgang mit dem Arzt manipulativ nutzen kann. Im Folgenden werden die iatrogen-systemischen Behandlungsfaktoren aufgeführt, die die Inszenierung und Chronifizierung von ASbp begünstigen können:

- Die Tendenz, bei nicht erklärbaren Symptombildern medizinische Diagnostik prinzipiell bis zum Punkt der Identifikation eines pathologischen Agens fortzuführen. Dieser Praxis kann ein traditionelles mechanistisches Kausalitätsverständnis zugrunde liegen, demzufolge jeder Krankheit (Wirkung) eine singuläre Pathologie (Ursache) zugrunde liegt, deren Identifikation wiederum Voraussetzung für Heilung ist. In diesem Denken ist es im Zweifelsfall nur konsequent, Maximaldiagnostik zu betreiben.
- Die Philosophie (Ideologie) der Kundenorientierung, die im letzten Jahrzehnt in die medizinische Versorgung Einzug gehalten hat, verleiht den Erwartungen einer Mutter eine starke Position bei der Durchsetzung eines intensiven diagnostischen Procederes. Die aus der Ökonomie entlehnte Metapher impliziert, dass der Kunde (die Mutter) zu Recht erwarten kann, auch gegen den fachlichen Rat des Lieferanten (des Arztes) allein auf der Basis ihres subjektiven Wunsches bestimmte Dienstleistungen (diagnostische Prozeduren) zu erhalten. ASbp-Mütter können die Logik dieser Metapher manipulativ instrumentalisieren, indem sie drohen, zu einem „Mitbewerber“ (einem anderen Krankenhaus) mit besserer Kundenorientierung zu wechseln.
- Eine Dominanz in der Anwendung apparativer Diagnostik gegenüber einer (zeit- aufwendigen) detaillierten Krankheits- und vor allem Behandlungsanamnese (Ludviksson et al. 1993) sowie einer darauf aufbauenden gezielten ätiologischen Hypothesenbildung und -überprüfung.
- Besondere kollegiale Anerkennung bei der Diagnose und wissenschaftliche Reputation bei der Publikation seltener und atypischer Krankheitsbilder.
- Anreize zu einem defensiven diagnostischen Procedere, das sich auch durch den Ausschluss extrem seltener und atypischer Differentialdiagnosen absichert. Vor allem der junge Arzt setzt sich eher Kritik und Sanktionen aus, wenn er eine bestimmte Differentialdiagnose im Untersuchungsgang nicht berücksichtigt, als wenn er eine extensive, aber ergebnislose Maximaldiagnostik eingeleitet hat.
- Eine biomedizinisch verkürzte Konstruktion des Vorstellungsanlasses im Sinne der Frage „Welche Krankheit hat das Kind?“ unter Vernachlässigung der Kontextbedingungen des Inanspruchnahmeverhaltens, also der Frage: „Mit welchem subjektiven Anliegen und auf wessen Drängen hin wird dieses Kind genau zu diesem Zeitpunkt in dieser Praxis/Klinik vorgestellt?“

Die Mutter kann je nach Situation zwischen mindestens drei unterschiedlichen Rollen wechseln und damit komplementär unterschiedliche Aspekte der Berufsrolle des Arztes herausfordern:

- der Rolle der Täterin, die durch „im richtigen Moment platzierte“ Symptombrikationen und damit ausgelöste Exazerbationen den ärztlichen Untersuchungsgang unter Druck setzen und manipulieren kann,
- der Rolle der Erziehungs- und Sorgeberechtigten, die Entscheidungen treffen kann über die Durchführung von Behandlungsprozeduren, aber auch über den Aufenthaltsort des Kindes (und damit die Entlassung aus der Klinik gegen ärztlichen Rat, beispielsweise im Vorfeld einer Aufdeckung der ASbp), und
- der Rolle der vordergründig liebevollen, pflegerisch engagierten und durch die „Erkrankungssituation“ hoch belasteten und daher bedürftigen Mutter mit „legitimem“ Anspruch auf besondere Zuwendung und Unterstützung.

Die Mutter verfügt über die Möglichkeit, blitzartig zwischen diesen Rollen zu wechseln und den Arzt mit den jeweils assoziierten Erwartungen zu konfrontieren. Unter der Annahme einer genuin-somatischen Grunderkrankung sind das Verhalten der Mutter und ihre Erwartungen an den Arzt als weitgehend adäquat zu werten und daher vom Arzt in der Phase des aSbp-Verdachts nur schwer zurückzuweisen. Unter der Annahme einer zugrunde liegenden Fabrikation der Symptomatik impliziert das gleiche rollenkonforme Arztverhalten im Ergebnis jedoch eine ungewollte Mitäterschaft bei der Traumatisierung des Kindes. Solange keine eindeutige Evidenz für oder gegen das Vorliegen einer artifiziellen Genese der Symptome besteht, kann der Arzt dieses Dilemma nicht grundsätzlich auflösen. In der Gegenübertragung des Arztes kann sich diese fundamentale Verunsicherung als Gefühl von Hass und Ohnmacht reflektieren, der Manipulation durch die Mutter ohne wirksames Gegenmittel ausgeliefert zu sein.

Für den Arzt resultieren beim Verdacht auf aSbp Konflikte, widersprüchliche Aufträge und Doppelbindungen, die initial schwer aufzulösen sind. Eine zu frühe und nicht hinreichend beweisbare Konfrontation der Mutter birgt das Risiko eines sofortigen Behandlungsabbruchs und damit der Vereitelung der Aufdeckung, also einer Fortsetzung der Traumatisierung des Kindes. Bei einer akuten Symptomverschlechterung des Kindes kann ein Eingriff (z.B. die Durchführung einer Endoskopie) unter der Hypothese einer genuine pädiatrischen Erkrankung der medizinisch richtige und notwendige Schritt im Interesse des Kindes sein. Unter der Hypothese einer realen aSbp bedeutet der Eingriff eine erneute, vom Arzt mittelbar vollzogene Traumatisierung. Wie bei jeder unauflösbaren Doppelbindung hat auch hier der Arzt aufgrund seiner Berufsrolle keine Chance, aus dem Feld zu gehen.

Die Wahrnehmung einer Gegenübertragung im Sinne dieser beschriebenen Beziehungsdynamik kann ein erstes wertvolles diagnostisches Hilfsmittel zur Identifizierung einer aSbp sein und als Schutz vor agitiertem, übereiltem und damit im Ergebnis nicht sachgerechtem Reagieren dienen. Zur Sicherung der Diagnose sind

jedoch neben der pädiatrischen Differentialdiagnostik weitere wichtige und teilweise epidemiologisch auch häufigere Varianten eines abweichenden Inanspruchnahmeverhaltens und Störungen einer emotional beanspruchenden Arzt-Eltern-Interaktion abzugrenzen.

3.2 Psychopathologische Differentialdiagnose

Die Differentialdiagnose der aSbp richtet sich nicht nur auf den Ausschluss genuin-pädiatrischer Grunderkrankungen, sondern umfasst auch wichtige, psychopathologisch relevante Störungsbilder. Rand und Feldman (1999) haben anhand einer Analyse von Fällen fehldiagnostizierter aSbp gezeigt, dass neben unentdeckten pädiatrischen Grunderkrankungen es gerade Störungen und Normvarianten eines abweichenden Krankheits- und Inanspruchnahmeverhaltens sind, die mit einer aSbp verwechselt werden können. Nicht jede Vortäuschung und nicht einmal jedes aktive Zufügen von Beschwerdesymptomen geht auf eine artifizielle Störung bei der Täterin zurück (Schreier 2002). Das Spektrum der Störungsbilder, die mit einer aSbp verwechselt werden können, umfasst die Kindesmisshandlung, die Simulation (Turner 1997), dissoziative Störungen (Jans u. Warnke 1999; Nowak 2002; von Aster 1998), somatoforme Störungen und Hypochondrie (Noecker 2002; Noecker u. Petermann 2002; Pfeiffer et al. 1997), Normvarianten elterlicher Überfürsorge und Infantilisierung (ICD Z62.1) sowie psychotische bzw. wahnhaftige Störungen der vorstellenden Mutter. Vier charakteristische Merkmale der aSbp können einzeln oder in Kombination auch bei diesen Störungsbildern auftreten und so fälschlicherweise zum Verdacht auf das Vorliegen einer aSbp führen:

- *aktive physische und psychische Schädigung des Kindes durch die Eltern* (vgl. körperliche Kindesmisshandlung sowie sexueller Missbrauch),
- *fehlerhafte Angaben bei der Anamneseerhebung* (vgl. Misshandlung und Missbrauch, psychotische bzw. wahnhaftige Störung der Mutter, Simulation),
- *aggravierte Symptompräsentation und gesteigertes Inanspruchnahmeverhalten* (vgl. somatoforme Störung, Hypochondrie, elterliche Überfürsorge und Infantilisierung) und
- *schwierige biomedizinische Verifizierbarkeit der präsentierten Symptomatik* (vgl. dissoziative Störungen, somatoforme Störungen, Simulation).

In Ergänzung zu diesen gemeinsamen Merkmalen bietet Tabelle 1 eine differenzierte Übersicht zu Unterscheidungskriterien, die zur klinischen Abgrenzung der aSbp von solchen anderen Ursachen eines abweichenden Krankheits- und Inanspruchnahmeverhaltens herangezogen werden können. Das Motiv der Täterin, vermittelt über die artifizielle Symptomatik des Kindes stellvertretend die Krankenrolle einnehmen zu können, ist für die differentialdiagnostische Abgrenzung sehr bedeutsam und oft weiterführend. Dennoch ist dieses hochspezifische Kriterium mitunter klinisch nicht sicher zu beurteilen, sodass erst die Berücksichtigung der weiteren, in Tabelle 1 aufgeführten Unterscheidungsmerkmale das Bild komplettiert und die Störung eingrenzen hilft.

Tab. 1: Psychopathologische Differentialdiagnose der artifiziellen Störung by proxy (aSbp)

Körperliche Kindesmisshandlung (ICD Z61.6)		
<i>Unterscheidungskriterium</i>	<i>Körperliche Misshandlung</i>	<i>Artifizielle Störung by proxy</i>
• Genese der Körperverletzung	direkt durch Gewaltanwendung des Täters	direkt sowie indirekt durch induzierte ärztliche Prozeduren
• Symptombild	gehäuft traumatische Symptome (Hämatome, Frakturen)	gehäuft internistische Symptombilder (Vergiftung, Gedeihstörung)
• Inanspruchnahmeverhalten	reduziert bzw. verzögert bei innerfamiliärer Kindesmisshandlung aus Angst vor Entdeckung	gesteigert
• Beziehungsaufnahme zu Arzt und Team	eher evasiv, distanziert	gesteigert, distanzlos, involvierend
• Beziehung zum Kind	vernachlässigend, wenig responsiv, geringe Präsenz, Pflege an Personal delegierend	überprotektiv, dauernde Präsenz, pflegerisch engagiert wirkend
• Motivation (z. B. bei Sedativaabus)	gewaltsame „Ruhigstellung“ eines bedürftigen, fordernden Kindes	gezielte Fabrikation eines unspezifisch wirkenden Symptombildes
Simulation (ICD Z76.5)		
<i>Unterscheidungskriterium</i>	<i>Simulation</i>	<i>Artifizielle Störung by proxy</i>
• Symptomwahl	Wahl der vorgetäuschten Symptomatik wird instrumentell kalkuliert mit Blick auf das angestrebte Ziel; tatsächliche körperliche Schädigung wird gleichzeitig zu minimieren versucht	Wahl der Fabrikationsmethode wird kalkuliert nach Plausibilität für eine zugrunde liegende pädiatrische Grunderkrankung sowie nach Risiken des Entdecktwerdens
• Gewinn aus Einnahme der Krankenrolle	umschriebener, externer Vorteil (ökonomisch, forensisch, schulisch, arbeitsplatzbezogen, interaktionell)	intrapsychischer Gewinn im neurotisch-psychopathologischen Sinne
Dissoziative Störung (F44)		
<i>Unterscheidungskriterium</i>	<i>Dissoziative Störung</i>	<i>Artifizielle Störung by proxy</i>
• Symptombild	häufig keine Kompatibilität des Symptombildes mit neurologisch-funktioneller Anatomie	erzeugte Symptomatik ist zwar nicht erklärlich, aber prinzipiell kompatibel mit neurologisch-funktioneller Anatomie
• Intentionalität	unbewusste Produktion der Symptomatik	bewusste Durchführung der Symptomfabrikation
• Motivation	(unbewusstes) Vermeiden von Anforderungen und Schutz vor Überforderungen und Konflikten mittels Einnahme der Krankenrolle	Krankenrolle wird angestrebt ohne ersichtliche Funktion einer Vermeidung von Konflikten oder Anforderungen

Tab. 1: Psychopathologische Differentialdiagnose der artifiziellen Störung by proxy (aSbp)

Somatoforme Störung (ICD F45)		
<i>Unterscheidungskriterium</i>	<i>Somatoforme Störung</i>	<i>Artifizielle Störung by proxy</i>
• Intentionalität	keine bewusste Vortäuschung bzw. aktive Erzeugung von Beschwerden	intentionale Vortäuschung, Fälschung von Krankheitsanzeichen
• Kooperativität	aktives Beibringen von Vorbefunden; keine Skepsis bei Erhebung von Fremdanamnesen	falsche, unvollständige Angaben zur bisherigen Behandlungsanamnese
• Trennung vom Kind während Klinikaufenthalt	Vorschlag einer Trennung kann prinzipiell akzeptiert werden; Trennung bewirkt in der Regel keine entscheidende Änderung des Beschwerdeverlaufs	Vorschlag einer Trennung wird argumentativ verweigert; Trennung bewirkt spontane Besserung
Hypochondrie (ICD F45.2)		
<i>Unterscheidungskriterium</i>	<i>Hypochondrie</i>	<i>Artifizielle Störung by proxy</i>
• Motiv zur Aggravation bei der Beschwerdepräsentation	Intensivierung der ärztlichen Differentialdiagnostik zur Identifikation einer authentisch befürchteten, bedrohlichen Grunderkrankung	Induktion eines langzeitigen und aufwendigen Untersuchungsgangs zur Ausgestaltung und Legitimation der Krankenrolle
• Motiv für erhöhte Inanspruchnahme und Einforderung intensiver Diagnostik	Hoffnung auf Reduktion gesteigerter gesundheitsbezogener Ängste durch ärztliche Rückversicherung	subjektiv erlebter Gewinn aus Klinikaufenthalt und extensiven Prozeduren
• Tendenz zu rascher Wiedervorstellung	Entlastung und Angstreduktion durch negative somatische Befunde wirken nur kurzzeitig	ASbp-Motivation ist nicht „gesättigt“ und drängt bald nach erneuter Klinikaufnahme
Elterliche Überfürsorge und Infantilisierung (ICD Z62.1)		
<i>Unterscheidungskriterium</i>	<i>Überfürsorge</i>	<i>Artifizielle Störung by proxy</i>
• Eltern-Kind-Beziehung	dem Kind werden auch in anderen Verhaltensbereichen Entwicklungsaufgaben abgenommen; fremdanamnesetische Angaben (Vater, Großeltern) bestätigen dies	kontrastierend zur überprotektiven Gesundheitsfürsorge kann die Haltung gegenüber dem Kind in anderen Bereichen fordernd sein
• Persönlichkeit der Mutter	globale Angstneigung	keine ersichtliche Angstneigung; vordergründig sozial sicheres Auftreten
• Geschwister	Überfürsorge zeigt sich meistens generalisiert auch gegenüber den Geschwistern	vordergründig hohe Fürsorglichkeit gegenüber aSbp-Opfer („Sorgenkind“) und relative Nachlässigkeit gegenüber Geschwisterkindern

Tab. 1: Psychopathologische Differentialdiagnose der artifiziellen Störung by proxy (aSbp)

Psychotische/wahnhafte Störung der Mutter		
Unterscheidungskriterium	Psychotische Störung	Artifizielle Störung by proxy
• Klinischer Eindruck der Mutter	weitere Zeichen psychischer Störung werden im Verlauf rasch erkennbar; Verzerrungen anamnestischer Angaben sind aus diesem Kontext erklärbar	Mutter zeigt in der Regel keine inhaltliche und formale Beeinträchtigung von Bewusstseinsfunktionen

Für die Interventionsplanung ist die grundlegende Differenzierung zwischen Störungen mit aktiver Schädigung des Kindes (aSbp, Misshandlung) und Formen inadäquat gesteigerten Krankheitsverhaltens (somatoforme Störungen und Normvarianten der Überbesorgtheit) fundamental bedeutsam, da sich gravierende Konsequenzen für das weitere pädiatrische, psychiatrische und vor allem forensische Procedere ergeben. Die iatrogenen Folgeschäden einer falsch positiven aSbp-Diagnose sind fatal, wenn es wie im Fall eines falschen Verdachts auf Kindesmisshandlung oder -missbrauch zu einer objektiv unbegründeten Strafverfolgung bzw. Herausnahme des Kindes aus der Familie kommt.

Für Diagnosen „unterhalb“ artifizieller und somatoformer Störungen kann die Kategorie der „Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen“ in der ICD-10 (F68.0) bedeutsam sein. Diese bezieht sich auf die Aggravation primär körperlich erklärbarer, aber sekundär aus psychischen Gründen übertrieben vorgestellter und aufrechterhaltener Störungsbilder. Die Kategorie beinhaltet kein aktives und absichtliches Vortäuschen oder Manipulieren von Symptomen. Sie schützt so vor einer zu leichtfertigen Kodierung des folgenschweren Störungsbildes der aSbp.

4 Ätiologie

Psychiatrische und psychologische Erklärungsmodelle zur Genese artifizieller Störungsbilder stehen auch in der Erwachsenenpsychiatrie noch in den Anfängen (Kapfhammer 1998; Eckhardt-Henn 1999). Diese zählen zu den Störungsbildern, in die sich der außenstehende Beobachter am wenigsten einfühlen kann. Der relativen Homogenität von Verhalten und Persönlichkeit der Täterinnen auf der deskriptiven Ebene (vgl. Tab. 1) steht eine ausgesprochene Heterogenität möglicher Ätiologien gegenüber. Drei Modellvorstellungen sind vorrangig relevant: (a) aSbp als Ausdruck einer primären psychischen Störung oder Persönlichkeitsstörung, (b) lerntheoretische Konzepte, (c) bindungstheoretische Konzepte. Die Modelle schließen sich nicht wechselseitig aus, sondern bieten Möglichkeiten zur konzeptionellen Integration.

4.1 *Artificielle Störung by proxy als Manifestation einer primären psychischen Störung bzw. Persönlichkeitsstörung*

Bools et al. (1994) haben in einer Studie bei 47 Müttern mit aSbp folgende psychopathologische Symptombilder bzw. Morbidität identifiziert:

- somatoforme bzw. artifizielle Störung, fabriziert an der eigenen Person; N = 34,
- Tendenz zur Selbstverletzung; N = 26,
- Alkohol- oder Drogenabusus; N = 10,
- dissoziale Störungen (forensische Anamnese außerhalb der aSbp); N = 9 und
- Persönlichkeitsstörung (u. a. histrionisch, Borderline-Typus); N = 17.

Die Studie zeigt einerseits eine extrem hohe psychopathologische Vorbelastung der Mütter, andererseits ist erkennbar, dass die individuelle Psychopathologie der Mütter kaum durch die Kriterien spezifischer Störungskategorien erfasst wird, sondern sich sehr atypisch mit hohen Überlappungen mit anderen Störungsbildern darstellt. Dies gilt insbesondere für die Persönlichkeitsstörungen, bei denen die Störungsmerkmale in ihrer individuellen Konfiguration kaum der kategorialen Systematik entsprachen. Eine einfache Konzeptualisierung der aSbp als sekundäres Epiphänomen einer umschriebenen primären Störung wird daher dem Störungsbild in der Regel nicht gerecht. Trotz dieser geringen Spezifität zeigen sich auf der deskriptiv-symptomatischen Ebene im Kollektiv der aSbp-Mütter Assoziationen zu unterschiedlichen psychiatrischen Störungsbildern.

Tabelle 2 zeigt potenzielle Korrelate zwischen einer aSbp und ausgewählten psychischen Störungen bzw. Persönlichkeitsstörungen auf. Bei den psychischen Störungen sind vorrangig diejenigen betroffen, die mit Beeinträchtigungen der Impulskontrolle einhergehen. Ansonsten dominieren Persönlichkeitsstörungen. Damit korrespondiert der klinische Eindruck, dass die Täterinnen bei der Präsentation der artifiziellen Symptome ihres Kindes nicht direkt als psychopathologisch gestört auffallen, sondern zunächst dem Aspekt nach gut kompensiert wirken. Für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von aSbp-Täterinnen ergibt sich die Schlussfolgerung, dass eine Therapie der aSbp nur im Ausnahmefall als störungsspezifisch-kausale Therapie einer zugrunde liegenden primären Störung konzipiert werden kann und dass diese mit den Schwierigkeiten einer Therapie von Persönlichkeitsstörungen behaftet ist (Fiedler 2000).

4.2 *Lerntheoretische Störungskonzepte*

Lerntheoretische Konzepte beziehen sich vor allem auf die aufrechterhaltenden Bedingungen eines Krankheits- und Inanspruchnahmeverhaltens im Rahmen einer aSbp (Rand u. Feldman 2001). Negative operante Bekräftigung kann sich aus der Entpflichtung von familiären Anforderungen und sozialen Rollenerwartungen infolge der Pflege des „kranken“ Kindes ergeben. Positive operante Verstärkung ergibt sich aus der besonderen Zuwendung und Stabilisierung des Selbstwertgefühls, die eine Einnahme der Krankenrolle aSbp-Müttern bietet (Hamilton u. Janata 1997):

Tab. 2: Assoziationen von psychopathologischen Merkmalen bei aSbp-Täterinnen zu spezifischen psychischen Störungen bzw. Persönlichkeitsstörungen.

<i>Psychische Störung</i>	<i>Klinisches Korrelat bei aSbp</i>
Zwangsstörung	<ul style="list-style-type: none"> • zwanghaftes Nachdenken über Methoden und „günstige“ Gelegenheiten zur Schädigung des Kindes (Zwangsgedanken) • hoher Wiederholungscharakter von Episoden des Täuschens und Fabrizierens (Zwangshandlungen)
Sucht	<ul style="list-style-type: none"> • unzureichende Impulskontrolle über das Verhalten (Fortführung z. B. auch nach Konfrontation mit dem Verdacht)
dissoziale Persönlichkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende Einfühlung in das Kind, keine Differenzierung eigener Bedürfnisse von denen des Kindes, kein Erleben von Verantwortungs- und Schuldbewusstsein gegenüber dem Kind und den manipulierten Ärzten • Neigung, Ärzte für die Folgen des eigenen Tuns (Krankmachen des Kindes) zu beschuldigen • generelle Rationalisierung und Externalisierung von Fragen der Verantwortung und Schuld
emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus	<ul style="list-style-type: none"> • Tendenz zur Selbstbeschädigung (bei artifizieller Störung) bzw. Verletzung des Kindes (bei aSbp) • Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung behandelnder Ärzte • Gefühl der Leere, die mit der Ersatzidentität als Mutter eines schwer kranken Kindes gefüllt wird • dissoziative Symptome; Probleme bei der Differenzierung von Realität und Vorstellung • paranoide Projektion (z. B. bei Konfrontation mit aSbp-Verdacht) • akute Fragmentierung und Suizidalität (ebenfalls im Anschluss an Konfrontation)
histrionische Persön- lichkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Egozentrik (herausgehobene Bedeutung des eigenen Falles auf der Station) • erhöhtes Verlangen nach Anerkennung innerhalb des Stations-teams • Verlangen nach Spannung durch Inszenierung dramatischer Exazerbationen des Symptombildes • manipulatives, emotional verstrickendes, distanzloses Verhalten gegenüber Ärzten und Stationsteam • erhöhte Kränkbarkeit, wenn den Erwartungen, z. B. nach eingehenderer Diagnostik, nicht entsprochen wird
abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Inszenierung einer besonderen Abhängigkeit von dem behandelnden Arzt; massive Enttäuschungsreaktionen und Vorwürfe, wenn der Arzt den damit einhergehenden Erwartungen nicht entspricht
dissoziative (multiple) Identitätsstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Koexistenz diskrepanter, scheinbar getrennt agierender Persönlichkeitsanteile (pflegerisch fürsorgliche Mutter versus misshandelnde Mutter)

- Die Beanspruchung durch das bedrohliche Symptombild und seine aufwendige Behandlung bietet ein Alibi für nicht bewältigte, eigene Entwicklungsaufgaben,
- das Selbstwertgefühl kann durch den subjektiv als prestigeträchtig erlebten Kontakt mit Ärzten stabilisiert werden,
- die Täterinnen können sich als besonders heroisch, leidensfähig, tapfer, aufopferungsvoll und medizinisch bewandert stilisieren und
- Diskussionen um außergewöhnliche, seltene Diagnosen können ein Gefühl der Einzigartigkeit verleihen.

Die diskutierten Verstärkungsbedingungen ähneln damit weitgehend denen, die sich auch aus anderen Formen exzessiven Inanspruchnahmeverhaltens, beispielsweise aus der somatoformen Störung, erzielen lassen. Lerntheoretische Konstrukte können so Faktoren der Aufrechterhaltung und Chronifizierung einer aSbp identifizieren. Weniger geeignet sind sie, um die primäre Störungsgenese zu erklären. Gerade eine konsequente Anwendung des operanten Paradigmas führt zu der Frage nach der Stabilität eines Verhaltens, bei dem in der Gesamtbilanz der Verstärkungsbedingungen positive Konsequenzbedingungen mit einer eher niedrigen Valenz (Zuwendung aus der Krankenrolle) massiven negativen Konsequenzbedingungen mit hoher aversiver Konsequenz (Schädigung des eigenen Kindes, Gefährdung der Partnerschaft, forensische Konsequenzen etc.) gegenüberstehen. Eine solche Verstärkungsbilanz kann nur positiv ausfallen und damit verhaltenssteuernd wirken bei Müttern mit extrem abweichenden Dispositionen in der Persönlichkeit im Allgemeinen und der motivationalen Strukturen im Besonderen. Hier bietet die Bindungstheorie viel versprechende Hypothesen zur Entstehung und Entwicklung dieser abweichenden motivationalen Systeme, die sich in artifiziellem Krankheitsverhalten manifestieren können.

4.3 Bindungstheoretische Perspektiven zur artifizierten Störung

Interessante Konzepte zur Genese artifizierter Störungen bzw. einer aSbp ergeben sich aus der Perspektive der Bindungstheorie (Adshead u. Bluglass 2001a, b). Bindungstheoretische Konzepte können im Kontext artifizierter Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu drei bedeutsamen Aspekten Erklärungshypothesen anbieten:

- zur Traumatisierung des aSbp-Opfers und den damit assoziierten Risiken der Entwicklung sekundärer psychischer Störungen bis in das Erwachsenenalter,
- zur Entstehung artifizierter Verhaltenstendenzen bei der schädigenden Mutter und
- zur generationsübergreifenden Transmission artifizierter Störungen.

4.3.1 Störung der Bindungsentwicklung und psychische Schädigung beim aSbp-Opfer

Beeinträchtigungen der Bindungsqualität werden generell als wichtiger Mediator zwischen den traumatisierenden Wirkungen einer Kindesmisshandlung einerseits und den kurz- und langfristigen Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit bei den Opfern andererseits diskutiert (Howe et al. 1999). Libow (1995) hat zehn erwachsene Überlebende einer aSbp interviewt. Sieben Personen hatten psychothera-

peutische bzw. psychiatrische Therapie in Anspruch genommen. Im Vordergrund standen Suizidgedanken, Ängste und Depressionen, ein niedriges Selbstwertgefühl, Probleme, dauerhafte Beziehungen zu führen, Unsicherheit, Selbstzweifel, vergebliche Bemühungen, von der Mutter Anerkennung und Liebe zu bekommen sowie globale Schwierigkeiten, äußere Realität und innere Fantasie zu differenzieren. Aus bindungstheoretischer Sicht können solche Symptomatiken als Entwicklungsergebnis einer traumatisierten Bindungsentwicklung im Rahmen der aSbp-Verletzungen interpretiert werden. Das symptomfabrizierende Verhalten der Mutter beeinträchtigt nachhaltig den Aufbau organisierter, kohärenter und bindungssicherer interner Arbeitsmodelle beim Kind. Es ist zu vermuten, dass bei der aSbp eine besondere Pathogenität von folgender Kopplung ausgeht:

- Bedrohung der körperlichen Integrität durch körperliche Verletzung und Misshandlung,
- scheinbar liebevolle Pflege in Momenten körperlichen Unwohlseins im Anschluss an eine fabrizierte Symptomatik und
- fehlende Responsivität in Phasen körperlicher Gesundheit.

Aus bindungstheoretischer Sicht ist zu beachten, dass wichtige Bereiche der frühkindlichen Verhaltensregulation, die in der Normalentwicklung für den Aufbau von Bindungssicherheit bedeutsam sind, direkt von der Symptomfabrikation betroffen sein können. Als Gedeihstörung imponierende artifizielle Schädigungen des Kindes (z. B. durch die Gabe von Emetika, die zum Erbrechen frisch aufgenommener Nahrung führt) betreffen die Verhaltensregulation im Bereich der Fütterung, die ein zentraler Entwicklungsbereich für die Synchronisierung des Bindungsverhaltens zwischen Mutter und Kind darstellt. Frühkindliche Vergiftungen, insbesondere mit Sedativa und Antikonvulsiva, betreffen die frühkindlichen Entwicklungsaufgaben der Regulation des Aktivitätsniveaus, der Schlaf-Wach-Regulation, der Aufmerksamkeitssteuerung und des generellen psychophysischen Wohlbefindens. Auch diese Funktionen, die sich normalerweise geschützt innerhalb der Mutter-Kind-Dyade herausbilden, werden durch die Wahl der Schädigungsmethode in einer für das Kind nicht integrierbaren Weise behindert.

4.3.2 Gestörte Bindungsschemata als Mediator von Psychopathologie und Symptomfabrikation bei der Mutter

Adshead und Bluglass (2001b) fanden bei aSbp-Müttern im Bindungsinterview (Adult Attachment Interview) eine doppelt so hohe Anzahl von Personen (88%) mit unsicherem Bindungsmuster wie in der Allgemeinpopulation.

Beeinträchtigte Bindungsschemata bei Eltern stellen einen global wichtigen Risikofaktor für die Misshandlung ihres Kindes dar (Crittenden 1996). Aus bindungstheoretischer Sicht kann angenommen werden, dass die Unfähigkeit einer Mutter mit aSbp, die Bedürfnisse ihres Kindes adäquat wahrzunehmen und von ihren eigenen zu differenzieren, darauf beruht, dass die Mutter selbst keine kohärenten und sicheren internalen Arbeitsmodelle hat ausbilden können. Das Fehlen intuitiver Feinfühligkeit gegenüber dem Kind kann vordergründig auf der Verhaltensebene maskiert und kompensiert sein. Die Mutter reproduziert also ggf. bestimmte Pfl-

geroutinen „motorisch richtig“, ohne dabei jedoch von affektiv korrespondierenden internalen Arbeitsmodellen gesteuert zu sein. Bindungstheoretische Interpretationen des aSbp-Verhaltens besitzen auf der deskriptiven Ebene eine hohe Plausibilität, sind aber zum gegenwärtigen Forschungsstand noch als spekulativ zu bewerten. Vor allem bleibt noch offen, ob es sich bei solchen Befunden tatsächlich um kausale Wirkfaktoren oder um ein unspezifisches Korrelat einer multipel und heterogen gestörten Klientel handelt.

4.3.3 *Transmission artifizeller Störungen*

Eine wesentliche Grundannahme bindungstheoretischer Erklärungsmodelle besagt, dass gestörte Bindungsorganisationen und pathologische interne Arbeitsmodelle mit hoher Wahrscheinlichkeit über Generationen weiter vermittelt werden. Empirische Forschungsarbeiten im Bereich der Kindesmisshandlung (Chicchetti u. Rogosch 1994; Stevenson 1999) zeigen, dass misshandlungsbedingte Störungen der Bindungsentwicklung zwischen Eltern und Kind die internen Repräsentationen des Kindes über die Sicherheit von Beziehungen beeinträchtigen. Diese beeinträchtigten Bindungsschemata erhöhen das Risiko erneuter Misshandlungen und gestörter Bindungsentwicklung, wenn die misshandelten Kinder selbst in die Elternrolle übergehen. Analog kann vermutet werden, dass auch artifizelle Störungen ein besonderes Risiko der Transmission über Generationen beinhalten, das durch weitergereichte beeinträchtigte Bindungsschemata vermittelt wird. Drei Transmissionswege artifizeller Störungen können aufgezeigt werden:

- a) *Kollusive artifizelle Störung*: Die Opfer entwickeln bereits in ihrer Kindheit oder Jugend eine kollusive artifizelle Störung, die sich als Mischbild aus selbstfabrizierter Schädigung durch das Kind/den Jugendlichen und Fabrikation durch die Mutter darstellt. Croft und Jervis (1989) beschreiben den Fall eines vierjährigen Jungen mit 35 Notfallaufnahmen wegen „wiederholter Anfälle, Zittern und eines paralysierten Arms“. Der Junge zeigte die vorgetäuschten Anfälle noch weitere fünf Monate nach Herausnahme aus der Familie, also ohne jede Einwirkungsmöglichkeit der Mutter. Später erzählte der Junge, wie seine Mutter ihm beigebracht hatte, epileptische Anfälle vorzutäuschen, und ihn anschließend dafür belohnte.
- b) *Artifizelle Symptombfabrikation der Mutter zunächst an sich selbst und dann am Kind*: Die Abfolge eines zunächst an der eigenen Person und dann am eigenen Kind vollzogenen Münchhausen-Syndroms ist in Studien (Bools et al. 1994; Meadow 1998) und eindrucklichen Kasuistiken (Feldman et al. 1997) belegt.
- c) *Übergang vom aSbp-Opfer in der Kindheit zu aktiver artifizeller Störung im Erwachsenenalter*: Conway und Pond (1995) beschreiben den Fall einer jungen Frau, die sich über viele Jahre immer wieder zur Abklärung von Bauchschmerzen und zum Ausschluss ihres Verdachts auf eine cystische Fibrose vorstellte. Eine eingehende Anamneseerhebung brachte zu Tage, dass schon ihre Mutter sie als Kind im Alter von zwei bis elf Jahren immer wieder mit dem manipulierten Symptombild einer cystischen Fibrose vorgestellt hatte.

Palmer und Yoshimura (1984) rekonstruierten in einer Familie die Transmission artifizeller Störungen über drei Generationen. Ein neun Jahre altes Kind war Opfer einer infektiösen Kontamination mit Fäkalien durch seine Mutter geworden. Die

Mutter hatte eine lange Anamnese artifizierlicher Symptomfabrikation an der eigenen Person. Ihre Kindheit war wiederum geprägt von einer Serie unerklärlicher Symptomatiken (Gedeihstörung, häufige Brüche etc.), die es nahe legen, dass sie selbst Opfer einer aSbp durch die vorangegangene Generation geworden war.

Das Phänomen innerfamiliärer Transmission artifizierlichen Verhaltens ist mit bindungstheoretischen Erklärungskonzepten sehr gut vereinbar. Pathologische Bindungsorganisation und interne Arbeitsmodelle können eine Mediatorrolle beim Übergang artifizierlicher Störungen von der Kindheit in das Erwachsenenalter und von einer Generation auf die nächste darstellen. Noch bleibt offen, ob diese in Kasuistiken beschriebenen Ätiologiekonzepte allgemeine Gültigkeit für die Genese und Transmission artifizierlicher Störungen beanspruchen können.

Literatur

- Adshead, G.; Bluglass, K. (2001a): A vicious circle: transgenerational attachment representations in a case of factitious illness by proxy. *Attachment and Human Development* 3: 77–95.
- Adshead, G.; Bluglass, K. (2001b): Attachment representations and factitious illness by proxy: Relevance for assessment of parenting capacity in child maltreatment. *Child Abuse Review* 10: 398–410.
- Aster, M. von (1998): Psychotherapie von Konversionsstörungen. In: Remschmidt, H. (Hg.): *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, S. 93–105.
- Bools, C.; Neale, B.; Meadow, R. (1994): Munchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology. *Child Abuse & Neglect* 18: 773–788.
- Cicchetti, D.; Rogosch, F. (1994): The toll of child maltreatment on the developing child. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 3: 759–776.
- Conway, S.P.; Pond, M.N. (1995): Munchausen syndrome by proxy abuse: a foundation for adult Munchausen syndrome. *Australia & New Zealand Journal of Psychiatry* 29: 504–507.
- Crittenden, P.M. (1996): Attachment and risk for psychopathology: the early years. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics* 16: 12–16.
- Croft, R.D.; Jervis, M. (1989): Munchausen's syndrome in a 4-year-old. *Archives of Disease in Childhood* 64: 740–741.
- Eckhardt-Henn, A. (1999): Artifizierliche Störungen und Münchhausen-Syndrom. Gegenwärtiger Stand der Forschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 49: 75–89.
- Feldman, M.D.; Rosenquist, P.B.; Bond, J.P. (1997): Concurrent factitious disorder and factitious disorder by proxy. *Double jeopardy*. *General Hospital Psychiatry* 19: 24–28.
- Fiedler, F. (1999): *Dissoziative Störungen und Konversion*. Weinheim: PVU.
- Hahn, L. von; Harper, G.; McDaniel, S.H.; Siegel, D.M.; Feldman, M.D.; Libow, J.A. (2001): A case of factitious disorder by proxy: the role of the health-care system, diagnostic dilemmas, and family dynamics. *Harvard Review of Psychiatry* 9: 124–134.
- Hamilton, J.C.; Janata, J.W. (1997): Dying to be ill: the role of self-enhancement motives in the spectrum of factitious disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology* 16: 178–199.
- Hawton, K.; Hall, S.; Simkin, S.; Bale, L.; Bond, A.; Codd, S.; Stewart, A. (2003): Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990–2000. *Journal of Child Psychiatry and Psychology* 44: 1191–1198.
- Howe, D.; Brandon, M.; Hinings, D.; Schofield, G. (1999): *Attachment theory, child maltreatment and family support*. London: MacMillan.
- Jans, T.; Warnke, A. (1999): Der Verlauf dissoziativer Störungen im Kindes- und Jugendalter – Eine Literaturübersicht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 27: 139–150.

- Kapfhammer, H.P.; Rothehäusler, H.B.; Dietrich, E.; Dobmeier, P.; Mayer, C. (1998): Artificielle Störungen – zwischen Täuschung und Selbsttäuschung. *Nervenarzt* 69: 401–409.
- Keller, K.M.; Noecker, M.; Hilliges, Ch.; Lenard, H.-G.; Lentze, M.J. (1997): Münchhausen- by-proxy Syndrom. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 145: 1156–1162.
- Libow, J.A. (1995): Munchausen by proxy victims in adulthood: a first look. *Child Abuse and Neglect* 19: 1131–1142.
- Libow, J.A. (2000): Child and adolescent falsification. *Pediatrics* 105: 336–342.
- Ludviksson, B.R.; Griffin, J.; Graziano, F.M. (1993): Munchausen's syndrome: the importance of a comprehensive medical history. *Wisconsin Medical Journal* 92: 128–129.
- McClure, R.J.; Davis, P.M.; Meadow, R.; Sibert, J.R. (1998): Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Diseases in Childhood* 75: 57–61.
- Meadow, R. (1998): Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Archives of Diseases in Childhood* 78: 210–216.
- Meadow, R. (2002): Different interpretations of Munchausen Syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect* 26: 501–508.
- Noecker, M. (2002): Somatoforme Störungen – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung* 11: 129–139.
- Noecker, M.; Keller, K.-M. (2002): Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 150: 1357–1369.
- Noecker, M.; Petermann, F. (2002): Entwicklungspsychopathologie rekurrerender Bauchschmerzen und somatoformer Störungen. *Kindheit und Entwicklung* 11: 152–169.
- Nowak, M. (2002): Psychogene Lähmungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 30: 199–210.
- Palmer, A.J.; Yoshimura, G.J. (1984): Munchausen syndrome by proxy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 23: 503–508.
- Pfeiffer, E.; Schröder, G.; Lehmkuhl, U. (1997): Somatoforme Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und klinischer Psychologie* 2: 102–105.
- Rand, D.C.; Feldman, M.D. (1999): Misdiagnosis of Munchausen syndrome by proxy: a literature review and four new cases. *Harvard Review of Psychiatry* 7: 94–101.
- Rand, D.C.; Feldman, M.D. (2001): An explanatory model for Munchausen by proxy abuse. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 31: 113–126.
- Raymond, C.A. (1986): Munchausen's syndrome may occur in younger persons. *JAMA* 257: 3332.
- Rosenberg D.A. (1987): Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect* 11: 547–563.
- Schreier, H. (2002): Munchausen by proxy defined. *Pediatrics* 110: 985–988.
- Sheridan, M.S. (2003): The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect* 27: 431–451.
- Stevenson, J. (1999): The treatment of the long-term sequelae of child abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40: 89–111.
- Turner, M. (1997): Malingering. *British Journal of Psychiatry* 171: 409–411.

Korrespondenzadresse: Dr. Meinolf Noecker, Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Bonn, Adenauerallee 119, 53113 Bonn; E-Mail: m.noecker@uni-bonn.de