

Inhalt

Münchhausen-Syndrom und andere artifizielle Störungen bei Kindern und Jugendlichen <i>Ingo Spitzcok von Brisinski, Julia Zick, Julia Nakazi, Karin Rast</i>	2
Forum-BKJPP vor 25 Jahren <i>Christian K. Moik</i>	59
<i>Ausschreibungen</i>	
Promotionsstipendium der Stiftung Irene	61
Weber-Bosch-Preis	64
Hermann-Emminghaus-Preis	65
<i>Erfahrungsbericht aus der Praxis</i>	
Kaufman Assessment Battery for Children – II	66
<i>Rezension</i>	
Kinder- und Jugendpsychiatrie	72
Hinweise für Autoren	75
Anzeigen	77
Mediadaten	86
Impressum	87

Münchhausen-Syndrom und andere artifizielle Störungen bei Kindern und Jugendlichen

*Ingo Spitzcok von Brisinski¹, Julia-Kristin Zick²,
Julia Nakazi¹, Karin Rast¹*

Artifizielle Störungen waren bereits in der Antike bekannt. Erstbeschreiber soll der griechische Arzt Galen im 2. Jahrhundert vor Christus gewesen sein (Marneros 2007). Der im englischsprachigen Raum geläufige Terminus ‚factitious‘ soll auf das 1843 publizierte Buch „On feigned and factitious diseases: chiefly of soldiers and seamen, on the means used to simulate or produce them, and on the best modes of discovering impostors: being the prize essay in the class of military surgery, in the University of Edinburgh, 1835-6, with additions“ des schottischen Arztes Hector Gavin zurückgehen (Jaghab et al. 2006). Die Bezeichnung „Münchhausen-Syndrom“ als Subtyp artifizieller Störungen prägte 1951 der britische Internist Sir Richard Asher mit einem Artikel in Lancet. Er bezog sich dabei auf den 1720 in Bodenwerder geborenen Hieronymus Carl Friedrich Freiherr von Münchhausen, der zwar zu Lebzeiten berühmt wurde für sein Erzähltalent und auch Gäste von weit her kamen, um fabelhafte Geschichten zu hören. Die allseits bekannten Lügengeschichten vom Baron Münchhausen sind jedoch vor allem auf den 1736 in Hannover geborenen Bibliothekar, Schriftsteller und Universalgelehrten Rudolf Erich Raspe zurückzuführen, der aufgrund von Unterschlagungen als notorischer Schwindler galt und 1775 nach England floh. Dort veröffentlichte er 1785 ein Buch mit dem Titel „Baron Munchhausens Narrative of His Marvellous Travels und Campaigns in Russia“.

¹ LVR-Klinik Viersen

² LVR-Klinik Düsseldorf

Definitionen

In ICD-10-GM (DIMDI 2016) ist unter F68.1 eine ‚Artifizielle Störung‘ als „absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen“ definiert: „Der betroffene Patient täuscht Symptome wiederholt ohne einleuchtenden Grund vor und kann sich sogar, um Symptome oder klinische Zeichen hervorzurufen, absichtlich selbst beschädigen. Die Motivation ist unklar, vermutlich besteht das Ziel, die Krankenrolle einzunehmen. Die Störung ist oft mit deutlichen Persönlichkeits- und Beziehungsstörungen kombiniert.“ Als dazugehörige Begriffe werden „Durch Institutionen wandernder Patient [peregrinating patient]“, „Hospitalhopper-Syndrom“ und „Münchhausen-Syndrom“ genannt. Schaut man nach bei den auf dem Alphabetischen Verzeichnis zur ICD-10-GM Identifikationsnummern (Alpha-IDs), so wird dort differenziert in I3194 „Artifizielle Störung“, I85298 „Durch Institutionen wandernder Patient“, I31716 „Hospitalhopper-Syndrom“, I3195 „Münchhausen-Syndrom“, I31717 „Peregrinating patient“ und I76667 „Vorgetäuschte Krankheit mit Krankheitswert im Sinne einer psychischen Störung“.

In der deutschen Ausgabe des DSM-5 wird die Diagnose „F68.10 Vorge-täuschte Störung, Sich Selbst Zugefügt“ genannt, im amerikanischen Original „F68.10 Factitious Disorder“ (factitious = artificially created or developed. Synonyme: bogus, fake, specious, false, counterfeit, fraudulent, spurious, sham, mock, feigned). Weitere in der Literatur benannte Synonyme sind „hospital hobo syndrome“, „thick chart syndrome“, „black hole patients“, „peregrinating problem patients“ (Yates & Feldman 2016) sowie „hospital addiction“, „pathomimia“, „polysurgical addiction“, „hospital vagrants“, „problem patients“ und „professional patients“ (Jaghab et al. 2006).

Diagnostische Kriterien gemäß DSM-5:

- A Vortäuschen körperlicher oder psychischer Merkmale oder Symptome oder Erzeugen einer Verletzung oder Krankheit in Verbindung mit identifiziertem Täuschungsverhalten.
- B Die Person stellt sich anderen gegenüber als krank, behindert oder verletzt dar.
- C Das Täuschungsverhalten ist offensichtlich, auch wenn keine offensichtlichen äußeren Anreize für das Verhalten vorliegen.
- D Das Verhalten kann nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden, wie eine Wahnhafte Störung oder eine andere psychotische Störung.

Bestimme, ob:

- Einzelne Episode
- Rezidivierend (die Vortäuschung von Krankheit und/oder das Erzeugen einer Verletzung tritt zweimal oder häufiger auf)

Als Hauptmerkmal der Vorgetäuschten Störung nennt DSM-5 das absichtliche Erzeugen körperlicher oder psychischer Merkmale und Symptome. Für die Diagnose wird gefordert, dass nachgewiesen ist, dass die Person in Abwesenheit offensichtlicher äußerer Anreize wiederholt Handlungen durchführt, um Merkmale oder Symptome von Krankheiten oder Verletzungen fälschlicherweise darzustellen, zu simulieren oder zu verursachen. Als Methoden zur Vortäuschung von Krankheiten werden Aggravation, Erfinden von Merkmalen, Simulation und willentliche Herbeiführung aufgeführt. Bei Vorliegen einer vorausgegangenen körperlichen Krankheit bewirkt das vortäuschende Verhalten oder die bewusste Erzeugung von Verletzungen, dass der Betroffene oder dessen Opfer von anderen als kränker oder stärker behindert wahrgenommen wird, was überzogene und unangemessene klinische Behandlungsmaßnahmen zur Folge haben kann. Als Beispiele für Verhaltensweisen von Personen mit Vorgetäuschter Störung werden das Berichten von depressiven Gefühlen oder Suizidalität infolge des Versterbens eines Ehepartners, obwohl überhaupt kein Todesfall vorliegt oder die Person nicht verheiratet ist; das Erfinden neurologischer Symptome (Krampfanfälle, Schwindel, Gedächtnisausfälle); die bewusste Manipulation von Labortests (z. B. Hinzufügen von Blut in Urinproben), um auffällige Werte vorzutäuschen; die Fälschung von Behandlungsunterlagen, sodass sie auf eine Krankheit hindeuten; der Konsum

einer Substanz (z. B. Insulin oder Warfarin), um ein auffälliges Laboreergebnis oder eine Krankheit hervorzurufen; oder die Erzeugung von körperlichen Verletzungen bzw. Erkrankungen (z. B. durch Injizieren fäkaler Stoffe in die Haut, sodass Abszesse oder eine Sepsis entstehen) erwähnt. Gemäß DSM-5 betont die Diagnose eher die Notwendigkeit eines objektiven Nachweises der Vortäuschung von Merkmalen und Symptomen einer körperlichen Krankheit anstatt der Vermutungen über dahinterstehende Absichten oder Motive. Auch sollten die gezeigten Verhaltensweisen, einschließlich der Erzeugung von Verletzung oder körperlicher Krankheit, im Zusammenhang mit einer Absicht zur Täuschung stehen.

Nach Hoffmann et al. (2009, S. 156) „handelt es sich um eine heterogene Krankheitsgruppe, deren Leitsymptom darin besteht, dass die Betroffenen körperliche und/oder [...] psychische Krankheitssymptome aktiv erzeugen, aggravieren und manchmal vortäuschen um auf diese Weise Aufnahme in Krankenhäusern und meist invasive diagnostische und operative Maßnahmen zu erreichen“. Die Motivation besteht anscheinend darin, die Patientenrolle einzunehmen und ist nicht von äußeren Anreizen, z. B. finanziellem Gewinn, geprägt. Willentliche Kontrolle besteht zwar zu einem gewissen Grad, es liegt jedoch eine Störung mit zwanghaftem Charakter vor. „Die Betroffenen verfolgen Ziele, denen sie ‚unfreiwillig‘ unterworfen sind, die ihnen letztlich nicht bewusst sind. Oder kurz: Der – seelisch meist gesunde – Simulant macht sich eines Vergehens schuldig, während sich bei artifiziellen oder vorgetäuschten Störungen ein Mensch aufgrund seines krankhaften Seelenlebens in einer Patientenrolle verfangen sieht, die er selber nicht erklären kann“ (Faust 2016, S. 6-7). Es besteht das Verlangen, Zuneigung und Fürsorge zu erhalten, einen ‚Adrenalin-Rausch‘ durch Erleben medizinischer Eingriffe oder ein Gefühl der Kontrolle durch Täuschen medizinischen Fachpersonals (Lawlor & Kirakowski, 2014).

Die Patienten übertreiben ein Symptom, lügen, ahmen es nach oder ‚spielen es aus‘, beeinflussen Diagnostik oder induzieren sogar direkt selbst eine Krankheit oder Verletzung (Feldman, 2008). Sie erzeugen aus psychischen Gründen Krankheit, Verletzung oder Beeinträchtigung und verschwenden als Folge medizinische Ressourcen (Yates & Feldman 2016, S. 20), setzen sich gegebenenfalls einem erheblichen Risiko für einen iatrogenen Schaden aus (DeWitt, 2009). Dadurch bedingte Todesfälle sind selten, kommen aber vor (Yates & Feldman 2016).

Yates & Feldman (2016) fanden in ihrem auf erwachsene Patienten mit primär somatischen Symptomen beschränkten Review, der auch Patienten

mit Dermatitis factitia (ICD-10: L98.1) einschloss, dass 58,7% der Patienten Krankheit oder Verletzung induzierten, aber nur 19,1% simulierten und 22,2% falsch über ein medizinisches Problem berichteten.

Münchhausen-Syndrom

Asher (1951) prägte den Begriff 'Munchausen's syndrome' als chronisch verlaufenden Subtyp der artifiziellen Störung mit vorwiegend körperliche Anzeichen und Symptomen. In der Praxis wird der Begriff jedoch von Vielen mit artifizieller Störung gleichgesetzt (Jaghab et al. 2006).

Faust (2016) meint, dass ‚Münchhausen-Syndrom‘ als Begriff veraltet sei und den heute genutzten Termini ‚artifizielle Störung‘, ‚selbstmanipulierte Krankheit‘ und ‚vorgetäuschte Störung‘ entspreche. Für Hoffmann et al. (2009, S. 157) ist das Münchhausen-Syndrom dagegen eine Unterform der artifiziellen Störungen, bei der neben der aktiven Erzeugung, häufiger aber Vortäuschung von Krankheitssymptomen, immer folgende Merkmale vorliegen:

- Vorliegen einer Pseudologia phantastica, die sich nicht nur auf die Krankheitsanamnese, sondern auf alle Lebensbereiche der Betroffenen bezieht.
- Eine ausgeprägte Störung der zwischenmenschlichen Beziehungen, welche sich in ständigen Beziehungsabbrüchen, Krankenhauswandern, permanentem Umherreisen und schließlich völliger sozialer Entwurzelung äußert (peregrinating problem patients, wandernde Patienten).
- Häufig zeigen diese Patienten auch dissoziales Verhalten (Delinquenz) und Medikamentenmissbrauch. Sie schaffen es auf beeindruckende Weise, sich immer wieder in Krankenhäusern aufnehmen zu lassen.
- Die Krankheit nimmt einen fulminanten Verlauf und bestimmt den gesamten Lebensinhalt der Patienten, die keinerlei Leidensdruck und keinerlei Behandlungsmotivation zeigen.

Auch Eckhardt (1996) sowie Heide & Kleiber (2006) sehen das Münchhausen-Syndrom als eine Untergruppe der artifiziellen Störung mit detaillierter Vorgeschichte erfundener Ereignisse (Pseudologia phantastica), bizarrer Symptomatik und zahlreichen Krankenhausaufenthalten (hospital hoppers).

Das Münchhausen-Syndrom wird als psychische Erkrankung betrachtet, da es mit schweren emotionalen Schwierigkeiten assoziiert ist (Jaghab et al. 2006).

Pseudologia phantastica

Griechisch: pseud(o) – falsch, unecht, unwahr, Lügen-, Schein-, kurz: Pseudo-; logos = Sprechen, Wort, Rede. phantasia = Sichtbarwerden, Erscheinung, Vorstellung, Einbildung.

Delbrück (1891) verwendete den Begriff erstmals für den Drang zum krankhaften Lügen und Übertreiben. Nicht wahrheitsgemäße Aussagen zu einer Fantasiegeschichte werden entwickelt, um einen subjektiven Gewinn, z. B. Aufmerksamkeit, zu erzielen. Pseudologia phantastica ist nicht spezifisch für das Münchhausen-Syndrom, sondern tritt auch bei narzisstischen und histrionischen Persönlichkeitsstörungen auf (Garlipp 2011). So beschreibt Huber (2005, S. 439), dass sich Geltungs- und Erlebnissucht bei der hysterischen Persönlichkeit, die auch innerlich mehr sein, nicht erleben, möchte als sie erlebensfähig ist, in der Pseudologin phantastica äußern, zu „deren Zustandekommen ein bestimmtes Maß an Einbildungskraft und Aktivität gehört. Es werden Geschichten erfunden, deren Mittelpunkt die Patienten selbst sind (z. B. enttäuschende Liebeserlebnisse, Verführungen und Vergewaltigungen), oder reale Begebenheiten phantastisch ausgestaltet und dramatisiert (Tendenz zur Dramatisierung, ‚Pseudosexualisierung‘).

Der Pseudologe, der klassische Hochstapler, wie ihn z. B. Thomas Mann in seinem Romanfragment ‚Die Bekenntnisse des Hochstaplers Felix Krull‘ dargestellt hat, erfindet und erzählt Märchen, spielt sich selbst und anderen Theater vor. Dabei geht es ihm nicht in erster Linie um materiellen Gewinn, sondern um die Rolle, in der er völlig aufgeht, obschon er weiß, daß er den Boden der Wirklichkeit verläßt (insofern kann man nur bedingt von einer ‚unbewußt ins Imaginierte veränderten Selbstdarstellung‘ sprechen)“.

In Abgrenzung zum Wahnhaften im Rahmen von Psychosen oder anhaltend wahnhaften Störungen kann der Pseudologe seine Überzeugung im Licht der Realität revidieren. Die Störung hält lange an ohne Unterbrechung von Phasen der Normalität. Es finden sich in der Regel keine aktuellen äußeren Anlässe für das Verhalten (wie z. B. bei „Notlügen“), so dass ein innerer Anlass als Ursache angenommen wird.

Typische Symptome artifizierlicher Störungen

Ein Patient mit artifizierlicher Störung zeigt oftmals folgende Symptome (Jaghab et al. 2006):

- Eine lange Geschichte von unerklärter Krankheit
- Bereitschaft, Unannehmlichkeiten und Risiken, die mit medizinischen Untersuchungen und Behandlungen einschließlich chirurgischer Eingriffe verbunden sind, in Kauf zu nehmen
- Lehrbuchwissen über die vermeintliche Krankheit und medizinischen Praktiken im Allgemeinen
- Unklarheit über konkrete Details seines Zustands
- Übertreibung oder Lügen über andere Aspekte seines Lebens
- Feindseliges und antagonistisches oder übermäßig dramatisches Verhalten
- Probleme mit dem Nervensystem wie z. B. Anfälle, Apnoe oder Schläfrigkeit
- Gastrointestinale Störungen wie z. B. Erbrechen oder Durchfall
- Respiratorische Probleme wie z. B. Kurzatmigkeit oder Hyperventilation
- Allergische Reaktionen einschließlich Hautausschlag, Durchfall und Erbrechen
- Ungeklärte Blutungen oder Ausfluss aus den Ohren, Nase, Anus oder Vagina
- Extensive Vernarbung oder Verlust von Körperteilen wie z. B. Fingern
- Anämie oder Gedeihstörungen (z. B. Mangelernährung)
- Auffällige Untersuchungsergebnisse wie z. B. Blut im Urin
- Symptome extrem seltener oder dramatischer Störungen

Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die Erkrankung artifiziell ist (Jaghab et al. 2006):

- Abneigung des Patienten, der aktuellen Behandlern zu erlauben, mit Familienmitgliedern, Freunden und Vorbehandlern zu sprechen
- Dramatische oder atypische Präsentation
- Vage und inkonsistente Details, jedoch möglicherweise oberflächlich plausibel
- Lange Krankenakte mit vielen Einweisungen in verschiedene Krankenhäuser in verschiedenen Städten
- Kenntnis der Lehrbuchbeschreibung der Krankheit
- Einweisungsumstände, die nicht mit einer identifizierbaren somatischen oder psychischen Störung übereinstimmen
- Ungewöhnliche Auffassungsgabe für medizinische Terminologie
- Beschäftigung in einem Bereich, der zur Medizin gehört oder angrenzt bzw. verwandt ist
- Pseudologia phantastica
- Erscheinen in der Notaufnahme während Zeiten, in denen der Rückgriff auf ältere medizinische Aufzeichnungen erschwert oder die Anwesenheit erfahrener Mitarbeiter weniger wahrscheinlich ist (z. B. während der Ferien oder am späten Freitagnachmittag)
- Nur wenige Besucher am Krankenbett, obwohl der Patient vorgibt, einen wichtigen bzw. angesehenen Job zu haben oder wichtige Rolle zu spielen
- Gelassenheit bzgl. Unannehmlichkeiten und Risiko von Untersuchungen
- Gelassene Akzeptanz von Unannehmlichkeiten und Risiko chirurgischer Eingriffe
- Substanzmissbrauch, insbesondere bzgl. verschriebener Analgetika und Sedativa
- Symptome oder Verhalten, das nur dann auftritt, wenn der Patient unter Beobachtung steht

- Kontrollierendes, feindseliges, ärgerliches, raptusartiges oder aufmerksamkeitsssuchendes Verhalten während des Krankenhausaufenthaltes
- Fluktuierender klinischer Verlauf einschließlich rapider Entwicklung von Komplikationen oder einer neuen Pathologie, wenn die Aufarbeitung der anfänglichen Ergebnisse negativ ausfällt
- Mehrere Operationsnarben oder ein ‚Bratrost-Bauch‘ als Hinweis auf einer chronische artifiziellen Störung oder Nachweis selbsterzeugter körperlicher Zeichen

Im Vergleich zu anderen psychischen Störungen wird die Diagnose ‚Artifizielle Störung‘ selten gestellt und hängt weitgehend von einer systematischen Zusammenstellung relevanter Informationen, einschließlich detaillierter Chronologie und Prüfung der Krankenakte(n) (Bass & Halligan 2014).

Zahlreiche Autoren sind der Auffassung, dass die Symptome zwar bei klarem Bewusstsein provoziert werden, jedoch ohne einen direkten Vorteil zu suchen. Der Patient verberge seine Verantwortlichkeit für das Auftreten der Schäden vor dem Arzt, es handele sich nicht um Simulation, sondern die Handlungen des Patienten seien Ausdruck eines schweren psychischen Leidens, dass dem Patienten oftmals nicht bewusst sei (Chastaing 2009). Shapiro und Teasell (2004) sind jedoch der Auffassung, dass die Unterscheidung, ob der Patient bewusst oder unbewusst die Symptome erzeugt, nicht in jedem Fall möglich ist, da dies ein Beobachter zweifelsfrei feststellen muss. Sie vermeiden daher die Verwendung der Diagnosen ‚Konversionsstörung‘ (ICD-10 F44) und ‚Artifizielle Störung‘ (ICD-10 F68.1). Demzufolge ist auch nicht in jedem Fall eine Abgrenzung zu Simulation (ICD-10 Z76.8) möglich. Auch DSM-5 fordert einerseits, dass für die Diagnose nachgewiesen werden muss, dass die Person in Abwesenheit offensichtlicher äußerer Anreize wiederholt Handlungen durchführt, um Merkmale oder Symptome von Krankheiten oder Verletzungen fälschlicherweise darzustellen, zu simulieren oder zu verursachen, andererseits aber, dass die Simulation von der Vorgetäuschten Störung dadurch unterschieden wird, dass der Betroffene absichtlich Symptome berichtet, um einen äußeren Anreizes zu erhalten (z.B. Geld, arbeitsfreie Zeit). Diese potentielle Unsicherheit muss daher im diagnostischen und psychotherapeutischen Prozess berücksichtigt werden.

Der 12jährige Junge in der Falldarstellung von Jaghab et al. (2006) nahm schmerzhaft und riskante Untersuchungen und Behandlungen in Kauf, um Sympathie und ‘special attention’ zu bekommen, ohne Hinweise auf irgendwelchen weiteren sekundären Krankheitsgewinn. Offenbar war sein einziges Ziel, die Rolle eines Kranken einzunehmen.

Laut Jaghab et al. (2006) gibt es wenig Übereinstimmung bzgl. der Ursachen. Einige Theorien schlagen als Ursache vor:

- Missbrauch oder Vernachlässigung als Kind
- Ablösung einer früheren ernsten Erkrankung aufgrund von Schwierigkeiten, die Erfahrung zu verstehen oder damit umzugehen
- Identifikation mit einem engen Freund oder Verwandten, der eine ernsthafte Erkrankung hatte
- sehr niedriges Selbstbild
- überhöhtes Selbstbild
- Unvermögen, Autoritätspersonen wie z. B. Ärzten zu vertrauen
- Überwältigende Schuldgefühle; Überzeugung, für etwas bestraft werden zu müssen
- Hirnfunktionsstörung, obwohl keine genetischen Links oder Anomalien in den Gehirnen von Menschen mit solch einem Syndrom gefunden
- Präsenzte Persönlichkeitsstörung, Depression, oder Substanzabusus.

Parallelen zu Impulskontrollstörungen, Zwangsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen

Viele Patienten mit artifizieller Störung beschreiben ihr Verhalten überzeugend als unvermeidlich, interpretierbar als Zwang oder Sucht. Sie beschreiben häufig ein starkes Hochgefühl der Erleichterung und Entspannung, wenn sie mit ihrer Täuschung Erfolg haben. Selbst, wenn sie nicht lügen wollen, können sie nicht aufhören, selbst wenn sie damit ihr Leben zerstören (Feldman 2006). Nach Hoffmann et al. (2009) handelt es sich um ein zwanghaftes Verhalten, da die Patienten in 80 % der Fälle ihr Verhalten nicht beenden können. Lawlor & Kirakowski (2014) analysierten Postings von 57 Mitgliedern in zwei Online-Communitys und fanden, dass den Betroffenen ihre Motivation durchaus bewusst ist, sie erschüttert sind über ihr Verhalten und gesunden möchten, durch Angst jedoch davon abgehalten werden. Andererseits scheint

das Zugeführtwerden in ein professionelles Setting und das Sichunterziehen medizinischer Prozeduren für die Betroffenen mit einem Kick verbunden zu sein, so dass die Autoren Übereinstimmungen mit den Charakteristika von Sucht sehen. Feldman (2006) beschreibt für Angehörige von Patienten mit artifizieller Störung, dass sie bei der Ermöglichung fortgesetzter Täuschungen eine Rolle spielen, und er sieht Ermöglichung und Ko-Abhängigkeit als klassische Verhaltensmuster von Familienangehörigen und Freunden, wie sie auch bei Alkohol- und Drogenabhängigen auftreten. Da es sich bei artifiziellen Störungen jedoch in der Regel nicht um substanzbezogene Störungen (ICD-10: F1) handelt, sind sie den Verhaltenssuchten zuzuordnen. Die meisten Autoren zählen zu den Verhaltenssuchten Glückspielsucht, Kaufsucht, Computersucht bzw. Internet-Sucht, Sexsucht, Sportsucht und Arbeitssucht. Manche zählen auch Bulimia nervosa und Binge Eating, Anorexia nervosa, Dermatotillomanie sowie pathologisches Horten (Messie-Syndrom) dazu, Grant et al. (2013) zudem Pathologische Brandstiftung (Pyromanie) und Pathologisches Stehlen (Kleptomanie) (Spitzcok von Brisinski 2013a). Zunächst normale, angenehme Tätigkeiten verwandeln sich in unangepasste, immer wiederkehrende Verhaltensweisen, die aufgrund unwiderstehlichen „Verlangens, Anreizes oder Impulses, den das Individuum kaum kontrollieren kann, häufig ausgeführt, obwohl das Verhalten in dieser Intensität der Person und/oder anderen Schaden zufügt“ (Mann et al. 2013, S. 548). Wie die stoffgebundenen bzw. substanzassoziierten Abhängigkeitserkrankungen handelt es sich bei den Verhaltenssuchten um chronische Erkrankungen, bei denen das Risiko besteht, auch nach langen Abstinenzzeiträumen rückfällig zu werden.

Ein Großteil der Verhaltenssuchte werden in ICD-10 den Impulskontrollstörungen (F63) zugeordnet (u. a. Pathologisches Spielen, Pathologische Brandstiftung, Pathologisches Stehlen, Trichotillomanie). Gemeinsames Merkmal der Impulskontrollstörungen ist das „Versagen, dem Impuls, Trieb oder der Versuchung zu widerstehen, eine Handlung auszuführen, die für die Person selbst oder für andere schädlich ist“ (Saß et al. 2003, S. 727). Die Handlungen werden häufig wiederholt, die betroffenen Patienten oder andere Menschen werden ernsthaft beeinträchtigt. Reue, Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle können, müssen aber nicht vorhanden sein (Spitzcok von Brisinski & Habermeyer 2009). Außer der Störung der Impulskontrolle spielen bei diesen Störungen auch Merkmale von Zwangsstörungen und Sucht eine Rolle, wobei die Gewichtung je nach Störungsbild variiert. Zur Gruppe der Störungen des zwanghaften Spektrums (Spitzcok von Brisinski 2007) bzw. „Obsessive-Compulsive-Spectrum-Disorders“ werden z. B. Kaufsucht, Kleptoma-

nie, Pathologisches Spielen, Sexuelle Zwänge und Trichotillomanie gezählt, da sie mit beeinträchtigter Hemmung sich wiederholender Verhaltensweisen oder Gedanken einhergehen und zahlreiche Überschneidungen zu Zwangsstörungen hinsichtlich Phänomenologie, Komorbidität, Familiengeschichte, klinischem Verlauf, Reaktion auf spezifische Behandlungsstrategien und Pharmakotherapie zeigen (Stanley & Cohen 1999). Spielsucht, Kleptomanie, Pyromanie, Kaufsucht und Zwanghaft-impulsives Sexualverhalten zeigen zudem neurobiologisch Ähnlichkeiten zu stoffgebundenen Suchterkrankungen (Grant et al. 2006) und erfüllen auch klinisch Kriterien einer Abhängigkeit: Durch exzessiv belohnendes Verhalten werden schnell und effektiv Gefühle im Zusammenhang mit Frustrationen und Ängsten reguliert bzw. verdrängt. Vergleichbar mit dem Effekt beim Gebrauch von psychotropen Substanzen kann das Verhalten die Funktion erhalten, das Leben für den Betroffenen erträglich zu gestalten. Eine aktive angemessene Auseinandersetzung mit den Problemen wird dabei ‚verlernt‘. Dieses suchtarartige Verhalten wird dann im Laufe einer pathologischen Verhaltensentwicklung oftmals zur noch einzig vorhandenen Verarbeitungsstrategie, um psychische Belastungen/Stressoren zu bewältigen (Grüsser et al. 2007).

Differentialdiagnosen zu artifiziellen Störungen

Simulation:

Hierbei werden ebenfalls Symptome willentlich erzeugt bzw. präsentiert, es wird jedoch ein Ziel verfolgt, das bei Kenntnis der äußeren Umstände offensichtlich erkennbar ist (z. B. um eine Rente zu bekommen, einen höheren Grad der Behinderung, einen Gerichtsprozess, die Einberufung zum Militär oder die Abschiebung als Flüchtling zu vermeiden). Hierzu zählt auch, wenn ein Patient eine Verschlechterung seiner Erkrankung vorgibt, um nicht verlegt oder nach Hause entlassen zu werden (Marneros 2007). ICD-10-GM (DIMDI 2016) definiert unter F68.0 „Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen“ mit „Körperliche Symptome, vereinbar mit und ursprünglich verursacht durch eine belegbare körperliche Störung, Krankheit oder Behinderung werden wegen des psychischen Zustandes der betroffenen Person aggraviert oder halten länger an. Der betroffene Patient ist meist durch die Schmerzen oder die Behinderung beeinträchtigt; sie wird beherrscht von mitunter berechtigten Sorgen über längerdauernde oder zunehmende Behinderung oder Schmerzen.“ An Alpha-IDs finden sich I3193 „Begehrensneu-

rose“, I3192 „Entschädigungsneurose“, I70726 „Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen“ und I3191 „Rentenneurose“. Darüber hinaus erwähnt ICD-10-GM (DIMDI 2016) als nicht zu F68.1 gehörig („Exkl.“) „Vortäuschung von Krankheit (mit offensichtlicher Motivation)“, verschlüsselt als Z76.8 („Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen näher bezeichneten Gründen in Anspruch nehmen“) und „Dermatitis factitia“ unter L98.1.

Dennoch stellt L98.1 – wie so häufig bei in ICD-10 mit „Exkl.“ gekennzeichneten Diagnosen – nicht eine sich grundsätzlich stets ausschließende Alternative gegenüber der dort jeweils genannten Diagnose und hier explizit erwähnten F68.1 dar, sondern kann durchaus als komorbide Störung oder – wie offenbar in diesem Fall aus dermatologischer Sicht auch als Einheit verstanden – auftreten. Hier werden artefizielle Störungen als „selbstschädigende Handlungen definiert, die unmittelbar oder mittelbar zu einer klinisch relevanten Schädigung des Organismus führen (Taube, 2006, S. 391).

Dermatologische Artefakte können eingeteilt werden in (Taube, 2006)

- Artefakte im engeren Sinne als *unbewusste Selbstverletzung*
- Paraartefakte: *Störung der Impulskontrolle*, oftmals als Manipulation einer vorbestehenden Dermatoase (oft halb bewusste Selbstverletzung, die offen zugegeben wird)
- *Simulation*: Bewusst vorgetäuschte Verletzungen oder Erkrankungen zwecks Vorteilserlangung (z. B. Rentenbegehren).

Auch Sahoo & Choudhury (2016) verstehen Dermatitis factitia als psychiatrische Erkrankung, bei der der Patient absichtlich Hautläsionen produziert um ein unbewusstes psychologisches oder emotionales Bedürfnis zu befriedigen, oftmals ein Verlangen nach medizinischer Behandlung. Sie schildern den Fall einer 20jährigen jungen Frau mit Beschwerden, die über dermatologische Symptome hinausgehen: Außer zahlreichen Behandlungsepisoden in verschiedenen Krankenhäusern mit Haut- bzw. Schleimhautläsionen im Bereich der dominanten Hand und der Zunge wurden Bauchschmerzen und Schmerzen beim Harnlassen referiert. Eine Verbesserung der Symptomatik ergab sich unter Behandlung mit SSRI und Risperidon sowie supportiver und Einsicht orientierter Psychotherapie.

Somatische Belastungsstörung:

Wegen der wahrgenommenen medizinischen Sorgen kann eine ausgeprägte Aufmerksamkeitsfokussierung bzw. Inanspruchnahme von Behandlungen vorliegen, es gibt jedoch keinen Hinweis, dass die Person falsche Angaben macht oder täuschendes Verhalten zeigt (DSM-5).

Dissoziative Störung bzw. Konversionsstörung:

Die Symptome sind oftmals untypisch für die entsprechende somatische Erkrankung, aber nicht bewusst vorgetäuscht (DSM-5).

Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Bewusstes selbstverletzendes Verhalten ohne suizidale Absicht kann auch im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen auftreten. Bei der Borderline-Störung liegt jedoch diesbezüglich keine Täuschungsabsicht vor (DSM-5).

Dissoziale Persönlichkeitsstörung:

Verlogenheit, Mangel an Reue, rücksichtslose Missachtung der Sicherheit bzgl. der eigenen Person, wiederholtes Versagen bzgl. konstanten Arbeitsverhaltens sowie Fehlen eines sozialen Normen entsprechenden Verhaltens sind gemeinsame Merkmale von artifiziellen Störungen und antisozialer Persönlichkeitsstörung (Ritson & Forrest, 1970).

Körperliche Krankheiten oder psychische Störungen ohne Zusammenhang mit absichtlicher Symptomvortäuschung:

Das Vorliegen von F68.1 schließt nicht das Vorliegen einer echten körperlichen Krankheit oder einer psychischen Störung aus, da eine komorbide Krankheit oft gleichzeitig auftritt (DSM-5).

Prävalenz

Die Prävalenz der Vorgetäuschten Störung ist unbekannt, vermutlich wegen der zentralen Rolle der absichtlichen Täuschung bei diesem Störungsbild. Es wird geschätzt, dass ca. 1 % der Patienten in Krankenhäusern Verhaltensweisen zeigen, die die Kriterien der Vorgetäuschten Störung erfüllen (DSM-5).

Laut Marneros (2007) sollen bei bis zu 80% aller artifiziellen Störungen Frauen betroffen sein, beim Münchhausen-Syndrom im engeren Sinne doppelt so viele Männer wie Frauen und beim Münchhausen-by-proxy-Syndrom fast ausschließlich Frauen. Im systematischen Review von Yates & Feldman (2016) über 455 erwachsene Patienten waren 66,2 % weiblich bei einem Altersmittelwert von 34,2 Jahren.

In der Literaturrecherche von Libow (2000) waren 71 % der minderjährigen Patienten weiblich bei zunehmender Mädchenwendigkeit mit zunehmendem Alter.

Verlauf und Prognose

Bisher sind Verlauf und Prognose artifizieller Störungen nicht ausreichend bekannt, da viele Patienten nicht zu Verlaufsuntersuchungen erscheinen (Jaghab et al. 2006). Laut DSM-5 verläuft eine vorgetäuschte Störung meist in intermittierenden Episoden. Eine einzige Episode oder eine chronische körperliche Krankheit ohne Remissionen sind selten. Die Störung beginnt häufig nach einem Klinikaufenthalt. Bei Personen mit wiederkehrenden Episoden der Vortäuschung von Merkmalen und Symptomen einer körperlichen Krankheit und/oder der Erzeugung einer Verletzung kann das Muster der erfolgreichen Täuschung von medizinischem Personal, einschließlich Klinikeinweisungen, lebenslang auftreten.

Pope et al. (1982) konnten in ihrer prospektiven Studie zeigen, dass Patienten mit artifizieller Psychosesymptomatik ein schlechteres Outcome hatten als Patienten mit Schizophrenie, schizoaffektiver Psychose oder bipolarer Störung.

Nach Feldman & Ford (2000) sowie Spivak & Eisendrath (2003) sind das Vorhandensein einer zugrundeliegenden behandelbaren psychiatrischen Erkrankungen wie Depression, Angststörung, Abhängigkeitserkrankung, Konversionsstörung, andererseits aber auch das Fehlen von Symptomen einer Borderline-Störung oder Dissozialen Persönlichkeitsstörung Prädiktoren für eine günstige Reaktion auf die Behandlung der artifiziellen Störung. Weitere prognostisch günstige Faktoren sind gute psychosoziale Unterstützung sowie die Fähigkeit, eine therapeutische Allianz mit einem Therapeuten einzugehen, charakterisiert durch das Vermögen, eine Beziehung aufzubauen und zu pflegen, Konfrontation zu akzeptieren und Behandlungsempfehlungen zu befolgen.

Relativ selten kann eine Erkrankung eindeutig im juristischen Sinn als artifizuell bewiesen werden. Wenn die Diagnose dennoch gestellt wird, erfolgt dies in der Regel nach gründlichen medizinischen Untersuchungen zum Ausschluss anderer Ursachen (Yates & Feldman 2016). Die Früherkennung artifiziueller Störungen ist von größter Bedeutung, um Schäden für die betroffenen Patienten und die Verschwendung von Ressourcen im Gesundheitswesen zu begrenzen. Frühzeitiges störungsspezifisches Management kann zudem zu einem besseren Outcome führen (Feldman 2008).

Eastwood & Bisson (2008) fanden in ihrem systematischen Review über 13 Fallserien mit zusammen 284 Patienten und 32 Fallvignetten (Alter 14 bis 70 Jahre, überwiegend weiblich) mit artifiziueller Störung (Dauer 2 Monate bis 40 Jahre) keine Unterschiede im Outcome (follow-up 1 Monat bis 15 Jahre) in Abhängigkeit davon, ob der Patient mit seiner Diagnose konfrontiert wurde oder nicht, ob er Psychotherapie erhielt oder nicht, und ob er psychopharmakotherapeutisch behandelt wurde oder nicht. Eine längere Behandlungsdauer (Range 5 Wochen bis 8 Jahre) führte in der Tendenz, jedoch nicht signifikant zu einem besseren Outcome [$F(5, 26) = 1,17, p = 0,35$]. In den Fallserien lag der Median bei 0, da für die meisten Patienten kein Follow-up vorlag. 4 Patienten starben (3,6 %). Bei Studien mit einem Follow-up von $> 80\%$ (7 Studien, $n = 40$) lag der Median bei 2 als Hinweis auf Verbesserung. Bei den Case reports lag der Mittelwert auf der Global Improvement Scale (GIS) bei 2,81 (range 1 bis 7), was einer kleinen Verbesserung entspräche. 7 Patienten erreichten 4 oder mehr als Hinweis auf keine Veränderung oder sogar Verschlechterung. Die zwei Patienten mit einem Wert von 7 begingen Selbstmord. Todesfälle sind offenbar selten, kommen aber vor (Hirayama et al. 2003; Kansagara et al. 2006); McEwen 1998; Nichols et al. 1990; Vaduganathan et al. 2014).

Robertson & Hossain (1997) berichteten über einen Patienten, der sich 42 chirurgischen Eingriffen unterzog im Rahmen von 850 stationären Aufnahmen in 650 verschiedenen Kliniken.

Für Feldman (2006) geht es statt um das Ziel einer umfassenden Gesundung eher um ein Stoppen des Verhaltens bzw. eine Verminderung der Zahl und der Schwere der Krankheitsvortäuschungen. Seiner Meinung nach ist die Behandlung effektiv gewesen, wenn der Behandler die Krankenhausaufenthalte des Patienten um 50 % gesenkt hat.

Von 37 Patienten mit artifiziueller Störung, die sich zu einer extensiven Evaluierung oder Behandlung bereit erklärt hatten aus der Studie von Mayo & Haggerty (1984), erhielten 22 eine ambulante Psychotherapie, die von eini-

gen Monaten bis zu einem Jahr oder länger dauerte. 10 zeigten nachweislich eine Besserung. Die Autoren berichten über eine Patientin, die sich in einem Krankenhaus als Psychiaterin meldete und für sich selbst um eine stationäre Behandlung wegen eines „psychiatrischen Münchhausen-Syndroms“ bat. Während der Aufnahmeformalitäten erschwandelte sie sich unter dem Vorwand eines Ulcus pepticum den Weg in die medizinische Abteilung. Sie gab zu, an einem Münchhausen-Syndrom zu leiden, aber als man ihr anbot, sie in die psychiatrische Abteilung aufzunehmen, zog sie eine ambulante Therapie vor. Sie nahm an 70 Therapiesitzungen über insgesamt 16 Monate teil. In dieser Zeit hatte sie Rückfälle, sagte Stunden ab und wurde auch einige Male wegen vorgetäuschter Krankheiten in Krankenhäuser aufgenommen. Diese Krankenhausaufenthalte fanden dann statt, wenn ihr Therapeut abwesend war – offenbar etwas, was sie als unerträgliche Vernachlässigung empfand. Obwohl sie die Therapie schließlich abbrach, zeigten sich doch nach etwa 8 Monaten Therapie Verbesserungen bzgl. Symptomen und Verhalten.

Betrachtet man die bisher publizierten Fallbeispiele zu Kindern und Jugendlichen, so fällt bei den jüngeren Kindern insbesondere das Fallbeispiel von Stein et al. (1979) auf, bei dem der Junge 10 Jahre alt war, als die artifizielle Störung diagnostiziert wurde, seine Dysurie mit Makrohämaturie wurde jedoch erstmals im Alter von 4 Jahren intensiv diagnostisch abgeklärt einschließlich Zystourethrogramm und Zystoskopie und blieb ohne erkennbare Ursache. In den folgenden 6 Jahren kam es zu insgesamt 8 Episoden schmerzhafter Makrohämaturie mit entsprechenden diagnostischen Maßnahmen, bevor herauskam, dass sich der Junge jeweils Fremdkörper in seine Harnröhre gesteckt hatte. Libow (2000) fand bei seiner Literatursuche über den Zeitraum von 1970 bis 1999 insgesamt 42 Fälle bei Kindern und Jugendlichen. Das Alter lag zwischen 8 und 18 Jahren, der Mittelwert bei 13;9 Jahren. 71 % waren weiblich bei zunehmender Mädchenwendigkeit mit zunehmendem Alter. Die mittlere Dauer der artifiziellen Störung bei Diagnosestellung lag bei rund 16 Monaten. Viele der Patienten wurden konfrontiert und einige hatten ein positives Outcome bei der Verlaufsuntersuchung. Seit der Literaturrecherche von Libow (2000) wurden weit über 50 weitere Fallbeispiele minderjähriger Patienten mit artifiziellen Störungen publiziert (u. a. Jaghab et al. 2006; Altınkaynak et al. (2009); Bezner & Buchanan (2013); Depauw et al. (2015); Marzuillo et al. (2016).

Begleit- und Folgeerscheinungen

Artifizielle Störungen immunisieren nicht gegen andere Erkrankungen (Gabard 2014). Dennoch lässt sich nicht immer mit ausreichender Sicherheit auseinanderhalten, ob die jeweils präsentierte Symptomatik als Haupterkrankung bzw. komorbide Störungen zu verstehen ist oder als Ausdruck der artifiziellen Störung.

Zugehörige Merkmale zur Diagnosesicherung

Personen mit einer Vorgetäuschten Störung, unabhängig davon, ob sich selbst oder anderen zugefügt, sind gefährdet, starkes psychisches Leiden oder funktionelle Beeinträchtigungen durch Schädigungen von sich selbst oder anderen zu erleben. Durch ihr Verhalten werden auch oft Familie, Freunde und Mitarbeiter des Gesundheitswesens negativ beeinflusst. Vorgetäuschte Störungen haben Ähnlichkeiten zu Substanzkonsumstörungen, Essstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Pädophile Störung und einigen anderen bekannten Störungen, die sowohl mit persistierendem Verhalten als auch mit bewussten Anstrengungen, das gestörte Verhalten durch Täuschung zu verbergen, im Zusammenhang stehen. Bei einigen Handlungen im Rahmen der Vorgetäuschten Störungen kann es sich um kriminelles Verhalten handeln (z. B. bei der Vorgetäuschten Störung, Anderen Zugefügt, bei denen die Handlungen der Eltern unter Missbrauch und Kindesmisshandlung einzuordnen sind), sodass Kriminalität und psychische Störungen sich nicht gegenseitig ausschließen (DSM-5).

Selbstverletzendes Verhalten wie beispielsweise Beibringung von Schnitt-, Kratz- oder Schürfwunden, das Einspritzen von infiziertem Material oder toxischen Substanzen oder die Wiedereröffnung von Operationswunden (Heide & Kleiber 2006) tritt bei artifiziellen Störungen gehäuft auf.

Viele Autoren unterstreichen das gemeinsame Auftreten pathologischer Persönlichkeitszüge und/oder Persönlichkeitsstörungen. Identitätsstörungen, instabile zwischenmenschliche Beziehungen und wiederkehrendes suizidales oder selbstverletzendes Verhalten sind ähnlich zu Verhaltensweisen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Im systematischen Review von Yates & Feldman (2016) über 455 volljährige Patienten mit einem Altersmittelwert von 34,2 Jahren wurde bei den Fällen mit Angaben zu psychiatrischen Komorbiditäten in 41,8 % eine Depression benannt und in 16,5 % eine Persönlichkeitsstörung.

Therapie

Eine solide Forschungsbasis bzgl. des erfolgreichsten Vorgehens liegt nicht vor (Feldman 2006). Steel (2009) sowie Bass & Halligan (2014) haben Vorschläge für Leitlinien publiziert. Eastwood & Bisson (2008) sprechen sich für die Einrichtung eines zentralen Registers aus, um die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien zu erleichtern.

Die Behandlung wird dadurch erschwert, dass die Patienten weit gehen, um die Aufdeckung ihres artifiziellen Verhaltens zu vermeiden. Auch können sie feindselig und aggressiv werden, wenn sie mit der artifiziellen Natur ihrer Erkrankung konfrontiert werden, oder sie wechseln einfach zu einem anderen Arzt oder Krankenhaus (Jaghab et al. 2006).

Eastwood & Bisson (2008) konstatieren, dass eine vollständige und umfassende psychiatrische Untersuchung aller Patienten mit artifizieller Störung erfolgen sollte einschließlich Erfassung des Suizidrisikos. Eine Person sollte die primäre Verantwortung für die Fallführung haben und alle Mitglieder des multidisziplinären Teams sollten sich des Ergebnisses der psychiatrischen Untersuchung sowie des Behandlungsplans bewusst sein. Der Behandlungsplan sollte individualisiert sein, komorbide Erkrankungen sollten angemessen behandelt werden und eine langfristige Unterstützung sollte zur Verfügung stehen.

Geschlossene Unterbringung kann indiziert sein, wenn die Patienten mit artifizieller Störung sozial isoliert sind und Methoden zur Induktion von Krankheiten anwenden, die schwer zu kontrollieren sind (Yates & Feldman 2016).

Management

Die Behandlung ist komplex und oft lange enttäuschend. Um eine therapeutische Beziehung aufrecht halten zu können, ist eine enge Zusammenarbeit mit allen Fachdisziplinen und Systemen erforderlich im Sinne eines teambasierenden Ansatzes mit enger Einbindung des Hausarztes (Bass & Halligan 2014).

Psychotherapie ist nur möglich, wenn eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut wird und auch ein Management der körperlichen Symptome umfasst bzw. begleitet (Chastaing 2009). Eine enge Zusammenarbeit mit dem Hausarzt des Patienten ermöglicht, dass auch körperliche Beschwerden ernst genommen werden – immer unter dem Vorbehalt, dass sie auch artifiziell sein können, um unnötige medizinische Interventionen zu vermeiden. Psychiater und Hausarzt sollten regelmäßig aufgesucht werden und es sollte jeweils nachgeschaut werden, ob körperliche Leiden vorliegen oder nicht. Damit las-

sen sich Gefühle des Preisgebenseins verringern; zugleich kommt der Patient dadurch in den von ihm ersehnten Kontakt mit Ärzten, ohne eine eigene Krise heraufbeschwören zu müssen.

Gabbard (2014) ist der Auffassung, dass diese regelmäßigen Folgekontakte wichtiger sind als jede bestimmte Art verordneter Behandlung. Der Abstand zwischen den Kontakten sollte bei ein bis zwei Wochen liegen und kann ggf. schrittweise auf vier bis sechs Wochen erhöht werden, soweit dies der Verlauf erlaubt. Ruft der Patient zwischen den geplanten Kontakten an, kann die Rückkehr zu häufigeren Besuchen sinnvoll sein. Der Patient muss lernen, dass ein Arztbesuch nicht die Präsentation von Symptomen voraussetzt. Insbesondere anfangs sollte dem Setzen von Zielen für jeden Termin Aufmerksamkeit gewidmet werden, mit Focus auf emotionale Bedürfnisse. Bei jedem Besuch sollte eine körperliche Untersuchung durchgeführt werden, während der sich der Arzt unterstützend nach Stress in verschiedenen Lebensbereichen des Patienten erkundigen kann, ohne dabei eine kausale Verbindung zwischen Stress und Zunahme körperlicher Beschwerden herzustellen. Die Einbeziehung Angehöriger wird empfohlen. Auch kann es hilfreich sein, danach zu fragen, wie das Leben des Patienten aussehen würde, wenn er keine Krankheitssymptome hätte.

Das Gefühl der Sicherheit in einer Beziehung zu jemandem ist besonders wichtig. Wenn diesem Bedürfnis regelmäßig entsprochen wird, gewinnt der Patient die Kraft, sich anderen Aspekten seines Lebens zuzuwenden, die nicht nur mit Krankheit und Suche nach Zuwendung zu tun haben.

Der Arzt sollte sich auch mit den anderen Mitgliedern des Behandlungsteams austauschen, dass bei diesen Patienten Betrug und Vertrauensbruch Bestandteile ihrer Erkrankung sind und nicht Missbrauch des Personals. Ein solches Verständnis kann helfen, negative Gegenübertragungen sowie aggressives und ineffizientes Vorgehen bei der Behandlung zu vermeiden (Jaghab et al. 2006). Die Reflektion der Reaktionen des Therapeuten auf eigene Gegenübertragungen mit Vorgesetzten, Kollegen und/oder einem Supervisor kann helfen, ineffiziente Aktionen (Grover et al. 2005) und eine Verstärkung des Krankheitsverhaltens (Sale & Kalucy 1980) zu vermeiden. Alle, die an einem solchen Fall beteiligt sind, sollten offen und regelmäßig miteinander kommunizieren. Eine solche Partnerschaft ist Schutz gegen Gefühle von Isolation und Ohnmacht, gegen überhandnehmendes Misstrauen und therapeutischen Nihilismus, was immer wieder bei der Behandlung artifizierlicher Störungen und insbesondere des Münchhausen-Syndroms entstehen kann.

Artifizielle Störungen verhelfen häufig Personen zu einem positiven Selbstwertgefühl, die sonst eher ein negatives Bild von sich haben. Dies zu verstehen, kann den Behandelnden dabei helfen, Zugang zu diesen Patienten zu finden (Feldman 2006). Die Anwendung unterstützender, gesichtswahrender Techniken kann dem Patienten helfen, eine angemessene Behandlung zu akzeptieren. Der wichtigste Aspekt im Umgang mit diesen Patienten ist eine dauerhafte und stabile Patient-Behandler-Beziehung, die erreicht werden kann durch nichtkonfrontatives Vorgehen und Reframing des Patientenverhaltens als ‚Schrei nach Hilfe‘ (Feldman & Ford 2000).

Psychotherapie

Die psychotherapeutische Behandlung ist in der Regel längerfristig. Für die Prognose ist entscheidend, ob es gelingt, eine hilfreiche und therapeutisch wirksame Beziehung zu gestalten, die es den Patienten ermöglicht, ihren unbewusst agierenden Rückgriff auf die verlässliche soziale Wirkung ihrer Symptomatik aufzugeben und sich auf eine Kommunikation auch verpönter Bewusstseinsinhalte, Wünsche oder Bedürfnisse innerhalb einer Beziehung auf der Grundlage von Gegenseitigkeit einzulassen.

Robertson und Kerridge (2009) sind der Auffassung, dass Patienten mit Münchhausen-Syndrom regelmäßige, strukturierte therapeutische Kontakte zu einem erfahrenen Psychiater bzw. Psychologen benötigen, unabhängig von der aktuellen Not des Patienten. Der behandelnde Arzt bzw. Therapeut sollte eine dauerhafte und stabile Arzt-Patienten-Beziehung anstreben und eine nichtkonfrontative Strategie nutzen (Jaghab et al. 2006). Der Patient sollte weder zum Geständnis gezwungen noch in seiner Verleugnung bestätigt, sondern in Anerkennung der schweren psychischen Störung zu längerfristiger Psychotherapie motiviert werden (Simmich 2006). Nach Eckhardt (1996) ist es wichtig, den Patienten nicht sofort und unüberlegt mit der heimlichen Selbstbeschädigung zu konfrontieren. Allerdings sollte man ihn mit der Ernsthaftigkeit der Erkrankung konfrontieren und ihm deutlich machen, dass eine längerfristige Behandlung notwendig ist. Die Konfrontation mit der Diagnose sollte immer mit einem gleichzeitigen Behandlungsangebot verknüpft sein. Es muss dem Patienten vermittelt werden, dass man ihn nicht verurteilen und nicht abschieben will, sondern dass man ihn als behandlungsbedürftigen Patienten weiterhin ernst nimmt.

Der Therapeut muss vermitteln, dass die Krankheit heilbar ist, und dass er an den Erfolg der Behandlung glaubt. Der Patient mit artifizieller Störung hat seine Symptome in einer Art Fehlanpassung benutzt, um spezifische emotio-

nale Bedürfnisse zu befriedigen, die ansonsten in seinem Alltagsleben unerfüllt geblieben sind. Die Behandlung sollte sich deshalb darauf konzentrieren, Wege zu entwickeln, wie der Patient diese Bedürfnisse auf angemessenere Art befriedigen kann. Ritson & Forrest (1970) betonen in einer "Vertragskonferenz" mit dem Patienten die Notwendigkeit, dass er sich in der üblichen Sprache zu schwierigen Beziehungen, Gefühlen und Problemen ausdrückt anstatt in der artifiziellen Sprache von Erkrankungen. Danach können Patient und Arzt auf ihre gemeinsamen Bemühungen fokussieren, diese realen Probleme zu lösen. Aufgrund der Eigenart der Störung werden viele dieser Bedürfnisse zunächst in der Beziehung zu dem Therapeuten gestillt.

Es kann sehr lange dauern, bis der Patient begreift, dass er wirklich psychisch krank ist und nicht nur etwas vortäuscht. Dieses Verhalten ist wie eine Sucht, und die Ziele für eine Verhaltensänderung sollten zuerst klein sein und sich vielleicht für den Rest des Patientenlebens auf eines pro Tag beschränken. Mit Rückschlägen sollte gerechnet werden. Es ist kontraproduktiv, mit dem Patienten vertraglich zu vereinbaren, dass die Therapie bei einem Rückfall beendet wird. Der Patient, der sein Verhalten noch nicht vollkommen beherrscht, hat Angst, dass er noch einmal einen Fehler begeht und fallen gelassen wird. Dies sind echte Krisen, die nur verkleidet in Erscheinung treten. Es gehört zur Aufgabe des Therapeuten, die artifizielle Störung zu durchschauen und die Motivationen für sie zu verstehen. Wenn die Beziehung auf einem guten Fundament ruht, ist eine Konfrontation ebenso wünschenswert wie nützlich. Ein Rückfall kann effektiv genutzt werden, um die Motivationen und Bedürfnisse, die dem artifiziellen Verhalten zugrunde liegen, weiter zu erhellen. Wenn der Patient jedoch das Gefühl hat, er müsse seinen Rückfall vor dem Therapeuten verheimlichen, um einen Abbruch der Beziehung zu vermeiden, wird sich der therapeutische Fortschritt in engen Grenzen halten (Feldman 2006).

Konfrontieren oder nicht?

Obwohl Eastwood & Bisson (2008) keine Unterschiede im Verlauf fanden in Abhängigkeit davon, ob der Patient mit seiner Diagnose konfrontiert wurde oder nicht, empfehlen dennoch die meisten Autoren ein nichtkonfrontatives, gesichtswahrendes Vorgehen (s. o.).

Jaghab et al. 2006 berichten, dass bei einem jüngeren Kind, bei dem der dringende Verdacht auf eine artifizielle Störung besteht, nichtbedrohliche, aber direkte Gespräche manchmal in einem Geständnis resultieren. Bei älteren Kindern oder Jugendlichen sei es jedoch wahrscheinlicher, dass nur vorlegba-

re Beweise (z. B. Spritzen, Selbstverletzungen in Anwesenheit eines Zeugen) zu einem Eingeständnis führen.

Feldman (2006) vertritt die Auffassung, dass es von entscheidender Bedeutung ist, wie diese Information dem Patienten mitgeteilt wird, und dass davon abhängt, ob der Patient leugnet und sich zurückzieht oder aber gesteht und eine Behandlung akzeptiert. Er unterscheidet ‚hartes und direktes‘ Vorgehen, ‚freundliches und überredendes‘ sowie ‚subtiles‘ Vorgehen, so dass „der Patient nie das Gefühl hat, die Kontrolle in dem Prozess zu verlieren“ (S. 237). Er sieht es als ideal an, wenn das Behandlungsteam gemeinsam entscheidet, welche Vorgehensweise gewählt wird. Dabei seien Risikofaktoren wie Flucht des Patienten und Verhaltens eskalation mit zu bedenken.

Bei der Wahl des Vorgehens spielt nicht zuletzt auch die Persönlichkeit des Arztes mit eine Rolle: Befürwortet er einen kraftvollen Konfrontationskurs, bedeute dies im Wesentlichen, den Patienten zu sagen, dass „der Vorhang nach ihrem letzten Schauspiel gefallen ist und dass nun jeder ihre Verstellung durchschaut“ (S. 237). Dazu kann es gehören, dass von Pflegekräften gefundene Spritzen oder Medikamente vorgeführt, dass Laborberichte auf den Tisch gelegt, die abweichende oder medizinisch unmögliche Befunde enthalten und/oder „Beweisstücke präsentiert, wie sie ein Staatsanwalt dem Gericht vorlegt, um eine Person zu überführen“ (S. 237). Nach Meinung Feldmans sind Ärzte, die diesen Weg wählen, während „der schonungslosen Konfrontation häufig sarkastisch, wenn nicht offen verärgert“ (S. 237). Es sei die Feindseligkeit gegenüber dem betrügerischen Patienten, die zu der Wahl dieser direkten Konfrontation führe. Er verweist auf einen Review von zwölf Patienten mit selbstinduzierten Infektionen, die von ihren Ärzten zur Rede gestellt wurden: Zwar habe nur ein Patient die artifizielle Störung zugegeben, jedoch hätten fünf der übrigen elf Patienten ihr artifizielles Verhalten aufgegeben, wenngleich sie abgestritten hätten, es je ausgeübt zu haben. Zwei dieser fünf hätten auch nach zwei Jahren keinen Rückfall gezeigt (die anderen waren für die Forscher nicht erreichbar). Diese Ergebnisse seien ermutigend, widersprächen jedoch einer Menge anderer Forschungsberichte und seiner eigenen Erfahrung, die darauf hindeute, dass harte Konfrontationen oft dazu führen, dass Patienten sich neue medizinische Einrichtungen suchen, wo sie Krankheiten vortäuschen, für die sie eine größere Begabung haben. Sie würden zudem lernen, die Fehler, die zu der Konfrontation führten, nicht noch einmal zu machen.

Ärzte, die in der artifiziellen Störung ein selbstschützendes Verhalten sehen, ziehen nach Feldman (2006, S. 238) „eine unterstützende oder therapeutische Konfrontation vor, bei der der Arzt und ein beratender Psychiater den Patienten auf eine nichtverurteilende, aber bestimmte Art zur Rede stellen. Gleichzeitig zeigen sie, dass sie helfen wollen, und bieten eine psychiatrische Behandlung sowie die Fortsetzung der medizinischen Untersuchung an, die möglicherweise einen Krankenhausaufenthalt einschließt. Der Psychiater kann auch dem möglicherweise erbosten Ärzte- und Pflegeteam zur Seite stehen und ihnen die Natur der Störung und deren psychopathologischen Charakter erklären. In einer typischen unterstützenden Konfrontation sage der Arzt z. B. ‚Wir haben herausgefunden, dass Sie in der Tat ein ernstes Problem haben. Allerdings nicht die Krankheit, die Sie uns vorgaukeln wollten, sondern vielmehr ein emotionales Problem. Sie müssen schon sehr verzweifelt sein, wenn Sie so weit gehen, eine Krankheit vorzutäuschen oder sich selbst krank zu machen. Für diese Art von Störung empfehlen wir Ihnen die Hilfe des Psychiaters, der hier ist und Ihnen bei der Bewältigung Ihrer emotionalen Krise helfen kann‘. Auf diese Weise versuchen Ärzte, den therapeutischen Vertrag neu auszuhandeln und die Diagnose neu zu definieren, statt den Patienten einfach nur bloßzustellen, zu beschämen und loszuwerden“ (S. 238). Auf solch eine unterstützende Konfrontation reagieren die Patienten nach Feldman (2006, 238) „meist so: ‚Ihr Ärzte seid doch verrückt. Ich weiß nicht, wovon Sie sprechen, und wenn Sie weiter solche Dinge behaupten, werde ich Sie verklagen‘. Wenn es aus der Sackgasse keinen Ausweg gibt, muss der Arzt darauf vorbereitet sein, zu sagen: ‚Niemand kann mich zwingen, Untersuchungen und Maßnahmen durchzuführen, die ich für medizinisch falsch halte. Deshalb informiere ich Sie hiermit, dass ich nicht länger Ihr Arzt sein kann. In dreißig Tagen ist unser Arzt-Patienten-Verhältnis beendet‘. Kurzum, der Arzt erkennt ausdrücklich die Grenzen seiner Befugnis über den Patienten an und folgt dem hippokratischen Eid: ‚Tue keinen Schaden‘. Der Arzt sollte dem Patienten einen eingeschriebenen Brief senden oder ihn per Boten gegen eine Empfangsbescheinigung schicken, in dem diese Mitteilung wiederholt wird und Empfehlungen für eine Nachfolgebehandlung formuliert sind. Die Türe sollte aber offen bleiben für den Fall, dass der Patient sich eines Besseren besinnt und die Vorschläge des Arztes akzeptiert.“

Beim nichtkonfrontativen, gesichtswahrenden Vorgehen „wird dem Patienten die freundliche, manchmal sogar unterbewusste Botschaft übermittelt, dass die Ärzte die Täuschung durchschauen, und zugleich erhält er die Chance,

sein artifizielles Verhalten ohne jede Konfrontation bzw. Bloßstellung aufzugeben. Der Patient hat so die Möglichkeit, sein Gesicht gegenüber dem Arzt zu wahren. Dem Patienten wird zum Beispiel gesagt: ‚Wenn die nächste Behandlung zu keinen Ergebnissen führt (und die Behandlung kann so gut wie alles sein), müssen wir annehmen, dass Sie selbst die Ursache für Ihre Krankheit sind‘. Darauf wird die Behandlung (z. B. Pseudohypnose, Massage oder eine gesundheitsförderliche leichte Medikamentierung) durchgeführt, und eine überraschende Zahl von Patienten zeigt eine wundersame Verbesserung – statt als Schwindler entlarvt zu werden. In einem Fall berichtete eine Frau, die Taubheit vorgetäuscht hatte, nach der Anbringung eines ‚neuen und besseren Hörgeräts (das sich von dem alten nicht unterschied), sie könne wieder normal hören. Die Wirkung des Geräts wurde zweifellos dadurch verstärkt, dass es ihr in einer international renommierten Einrichtung für Gehörlose angepasst worden war, wo die Patientin Aufnahme gefunden hatte‘ (Feldman 2006, S. 242-243). Als weitere Variante der Gesichtswahrung beschreibt Feldman (2006), dass der Arzt eine unbegründete, wissenschaftlich klingende Erklärung für den Zustand des Patienten gibt. ‚Der Arzt sagt etwa: ‚Jetzt, da wir die psychologischen Konflikte verstehen, die zu Ihren medizinischen Problemen geführt haben, werden Ihre Probleme verschwinden und Ihre Gesundheit wieder hergestellt‘. Der Patient will den Arzt unbedingt davon überzeugen, dass seine medizinischen Probleme echt waren. Konfrontiert mit der Aussage des Arztes, dass die Probleme jetzt verschwinden werden, ist die Ursache bekannt, und der Patient muss sein artifizielles Verhalten aufgeben, um glaubwürdig zu bleiben. Diese Techniken können eine Art Placebo-Effekt selbst bei den hartnäckigsten Patienten mit artifizierlicher Störung bewirken. Zum Beispiel stellten Ärzte eine Patientin zur Rede, die heimlich Tabletten zur Senkung des Blutzuckerspiegels einnahm, doch sie leugnete heftig und aggressiv. Um sie nicht weiter aufzubringen, sagten die Ärzte: ‚Wissen Sie, Sie müssen sie im Schlaf genommen haben.‘ Sie antwortete: ‚Ich glaube, das ist die richtige Erklärung.‘ Danach änderte sich ihr Verhalten, und sie nahm keine Tabletten mehr‘ (Feldman 2006, S. 243). Feldman (2006) berichtet über einen Forschungsbericht, laut dessen nach nichtkonfrontativen Maßnahmen etwa ein Drittel der Patienten ihre artifizielle Störung aufgaben, zumindest für eine gewisse Zeit (der genaue Beobachtungszeitraum wurde nicht angegeben).

Nach Feldman (2006) geben die meisten Patienten ihre artifizielle Störung nicht auf, auch wenn sie sich zu einigen oder all ihren Täuschungen bekennen. Eine Möglichkeit, die Patienten zur (Fortsetzung der) Psychotherapie zu mo-

tivieren, sieht er darin, die Therapie als ‚Stress-Management‘ oder ‚Stärkung der bewusstseinsmäßigen Kontrolle über den Körper‘ zu deklarieren. Durch die schrittweise Entwicklung einer konsistenten Therapeut-Patienten-Beziehung lernen Patienten im Idealfall, dass sie keine vorgeblichen Krankheiten brauchen, um das teilnehmende Interesse von anderen zu gewinnen. Sie bekommen eine verlässliche Zeit und einen Ort zur Verfügung, wo ein Psychologe oder Psychiater sich mit ihren Problemen befasst. Feldman (2006) sieht als Regel ein- oder zweimal pro Woche therapeutisches Gespräch plus alle drei bis sechs Wochen Untersuchung durch den Hausarzt an in der Hoffnung, dass sich weitere medizinische Kontakte aufgrund selbstinduzierter Krankheiten erübrigen.

Gemäß Feldman (2006) werden in der Therapie alternative Betätigungs- und Bestätigungsfelder entwickelt, z. B. Hobbys, die mit Anerkennung verbunden sind. Die gemeinsame Analyse der Probleme, die das artifizielle Verhalten ausgelöst haben, wie z. B. Konflikte mit bestimmten Menschen, kann die Hürde für einen Rückfall erhöhen, ebenso die Erörterung der Verbindung von mentaler und körperlicher Gesundheit.

Psychodynamische Ansätze

Als wesentliche Therapeutenvariable gilt die Kontrolle der Gegenübertragung zwischen (be-)zwingendem therapeutischem Handlungsdruck und ge-kränktem Rückzug in eine feindselige Misstrauensatmosphäre detektivisch kriminalistischer Verdächtigungen (Simmich 2006). Kaplan et al. (1996) bemerken, dass Patienten mit artifizieller Störung sich oftmals mit traumatischen Ereignissen und zahlreichen Krankenhausaufenthalten präsentieren, die während der Kindheit stattfanden. Nach Eckhardt (1996) kann das selbstschädigende Verhalten als Reinszenierung frühkindlicher Traumata (Identifikation mit dem Aggressor) aufgefasst werden, dient den Patienten als Selbstbestrafungsmaßnahme, um unbewusste Schuldgefühle zu lindern, und insbesondere als Spannungsabfuhr, um bedrohliche innere Spannungszustände und Depersonalisationszustände zu beenden.

Eisendrath & Feder (1996) glauben, dass artifizielle Störungen den Patienten ermöglicht, sich in solch einem Maße Kontrolle ausübend zu fühlen, wie ihnen dies niemals während der Kindheit möglich war. Tec (1975) betrachtet es als eine Coping-Strategie, erlernt und verstärkt in der Kindheit. Henderson (1974) geht von der Hypothese aus, dass es sich um ein Achtsamkeit bzw. Fürsorge auslösendes Verhalten handelt. Für Szoke (2000) spielt der Prozess

einer unbewussten Identifikation mit einer wichtigen Person, die die Krankheit wirklich hat, eine wichtige Rolle bei der Wahl der Symptome, die die Person mit artifizIELLER Störung wählt.

Verhaltenstherapeutische Ansätze

Artifizielle Störungen müssen möglichst früh erkannt werden, um weitere unnötige Diagnostik und unangemessene Behandlungen, die die Symptome wiederum verstärken, zu verhindern (Chastaing 2009). Kognitivverhaltens-therapeutische Therapiestrategien beziehen sich auf Selbstbeobachtung, Verhaltenssteuerung, Selbstbehauptung, aber auch informelle, die Compliance stärkende Aspekte, um körperliche, meist diagnostische Eingriffe auf das notwendige Maß zum Ausschluss einer Organerkrankung zu beschränken (Simich 2006).

Obwohl sich kognitive Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen etabliert hat, liegen für artifizielle Störungen nur Einzelfallberichte vor. Gemeinsames Thema dieser Einzelfallberichte ist die Verlagerung der Betonung weg von medizinischer Heilung hin zu verbesserter Lebensqualität. Kognitive Umstrukturierung von schmerz- und behinderungsbezogenen Kognitionen derart, dass adaptives, funktionales Verhalten gefördert und die Fortsetzung von Invalidität und anderem Krankheitsverhalten verhindert wird. Diese generellen Strategien wurden aus der Behandlung chronischer Schmerzstörungen abgeleitet (Gabbard 2007).

Systemische Ansätze

Familientherapeutische Ansätze umfassen symptomatische Therapie/Lösungsorientierung, Vermeidung sekundärer Störungen/Stärkung von Schutzfaktoren sowie Behandlung von Begleitstörungen (Spitzcok von Brisinski 2013b). Familientherapie ist oftmals hilfreich für Familienmitglieder, das Verhalten bei artifizIELLER Störung zu verstehen sowie das Verlangen nach Aufmerksamkeit (Jaghab et al. 2006).

Nach Eckhardt (1996) waren die Patienten in ihrer Kindheit in hohem Maße real traumatisierenden Erlebnissen, zum Beispiel Trennungs- und Verlusterlebnissen, körperlichen, sexuellen und seelischen Misshandlungen ausgesetzt. Auch wenn die Familien nach außen hin oft als sozial angepasst erscheinen, handele es sich meist um schwer gestörte Familiensysteme. Familientherapie bzw. systemische Therapie können hier ansetzen. Aufgrund des erhöhten Risikos für selbstverletzendes Verhalten sollten Freunde, Partner und Familienmitglieder einbezogen werden bzgl. Zugriff des Patienten auf Werkzeuge (z.

B. chirurgische Instrumente) und Substanzen (z. B. Medikamente, Gift), die zur Erzeugung von Verletzungen oder Erkrankungen genutzt werden können (Yates & Feldman 2016).

Übersichten zu systemischen Ansätzen bei Verhaltenssüchten finden sich bei Spitzcok von Brisinski (2013a, 2014). Auch bei Trichotillomanie wird das Symptom bzw. Verhalten (Ausreißen der Haare) von den Patienten selten als schmerzhaft, sondern eher als lustbringend empfunden. Dieser Genuss macht es ihnen schwer, darauf zu verzichten, was erhebliche Konsequenzen für die Therapiemotivation hat und im Verlauf der Therapie zu einem zentralen Problem werden kann. Systemische und lösungsorientierte Ansätze können symptomorientiert und/oder auf Begleiterscheinungen beim Klienten und/der seinen Angehörigen fokussieren und sehr unterschiedliche Methoden umfassen. Eine Übersicht zu lösungsorientierter und systemischer Therapie bei Trichotillomanie findet sich bei Spitzcok von Brisinski et al. (2015).

"Ein systemisches Therapieverständnis ist nicht über eine bestimmte Intervention definiert, sondern über die Frage, ob die Intervention vor dem Hintergrund eines (im Rahmen der Modellbildung möglichst umfassenden) Verständnisses von Systemzusammenhängen erfolgt. Daher können auch pharmakotherapeutische Verfahren als systemische Therapien bezeichnet werden" (Schiepek 1999). Da Patienten mit artifizieller Störung oftmals die Einnahme von Psychopharmaka ablehnen oder eine verordnete Medikation selbstständig absetzen, ist die Art der Einbindung der Psychopharmaka in das Therapiegeschehen von großer Bedeutung, um die Compliance bzw. Adhärenz zu verbessern. Ein an konventionellen medizinischen Handlungsmodellen orientierter Einsatz („medikamentöse Einstellung“) birgt die Gefahr der Ablehnung der Patienten, der Problemverschiebung und der Chronifizierung der Problematik. Werden Psychopharmaka aber kompetenzorientiert als Werkzeug der Patienten zur Erleichterung aktiver selbstverantwortlicher Arbeit an den Lösungen ihrer Probleme eingesetzt, können sie dazu beitragen, Patient und Familie in ihrer Autonomie zu stärken und in ihrer Kompetenz, ihre Probleme selbst zu lösen. Aufgabe der Ärzte ist es dabei, Risiken und potentielle Nützlichkeit des Werkzeugs aufzuzeigen, und sie/er berät hinsichtlich des sachgerechten Gebrauchs. Der Patient nutzt das Werkzeug. Angehörige und Ärzte/Therapeuten können ihn darin unterstützen, mit diesem Werkzeug kompetent umzugehen (Spitzcok von Brisinski 2003).

Systemische Ansätze umfassen jedoch nicht nur einzelne Personen und Familien, sondern auch größere Systeme wie Schulen, Jugendämter, Kliniken, usw. (Imber-Black 2006) und können daher zur Optimierung sektor- und

fachdisziplinübergreifende Ansätze (Fliege et al. 2002, Kapfhammer et al. 1998, Sutherland & Rodin) dienen.

Körperbezogene Ansätze

Gemäß Eckhardt (1996) sind körperbezogene Therapieformen in die weiterführende psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung einzubeziehen, da die Patienten an schweren Störungen des Körperselbst und -erlebens leiden, die teilweise über verbale Psychotherapieansätze schwer zugänglich sind. Karle und Klosinski (1995) berichten über einen kunst- und bibliotherapeutischen Zugang zu einer Jugendlichen mit Münchhausen-Syndrom.

Kombinierte Ansätze

In der Studie von Shapiro und Teasell (2004) erhielten alle Patienten mit nicht-organischer motorischer Störung (Konversion- bzw. artifizielle Störung), die unter einem Standardverhaltensprogramm keine Verbesserung zeigten, eine strategisch-behaviorale Behandlung, in der ihnen und ihren Familien vermittelt wurde, dass vollständige Genesung eine organische Ursache beweisen würde, wohingegen ein mangelnder Behandlungserfolg definitiver Beweis für eine psychiatrische Ursache sei. Das Standardverhaltensprogramm war bei 8 von 9 Patienten mit akuter Symptomatik effektiv, jedoch nur bei 1 Patienten von 28 mit chronischer Symptomatik. Von den 21 Patienten, die an der strategisch-behaviorale Behandlung teilnahmen, waren bei Entlassung 13 symptomfrei.

Jaghab et al. (2006) berichten von einem 12jährigen der wegen impulsiven Verhaltens und darunterliegender Depression Neuroleptika und Antidepressiva sowie Psychotherapie erhielt, ohne dass sich im Laufe von 4 Jahren sein Verhalten änderte, eine Krankenrolle einzunehmen. Sahoo & Choudhury (2016) kombinierten bei einer 20jährigen Frau erfolgreich supportive und Einsicht orientierte Therapie mit 10 mg/d Escitalopram und 1 mg/d Risperidon.

Komorbidität berücksichtigende Therapie

Laut MSD-Manual (2016) ist die Störung mit schweren emotionalen Problemen assoziiert. Manche Patienten wurden in ihrer Kindheit emotional und/oder körperlich missbraucht bzw. misshandelt, manche mussten als Kind selbst eine schwere Krankheit durchmachen oder hatten einen schwerkranken Verwandten. Während Eckhardt (1996) davon ausgeht, dass eine einheitliche zugrundeliegende psychopathologische Störung nicht vorliegt und das Spek-

trum von neurotischen Störungen (zum Beispiel Adoleszenzkrise) bei den leichteren Formen bis hin zu schweren Persönlichkeitsstörungen vom narzißtischen, Borderline- oder dissozialen Typ bei den schwereren Formen reicht, gehen andere Autoren (z. B. Chastaing, 2009) davon aus, dass es sich bei den Persönlichkeitsstörungen eher um zusätzlich vorliegende, also komorbide Störungen handelt. Die Patienten haben meist Probleme mit ihrer Identität und weisen eine inadäquate Impulskontrolle, einen mangelnden Realitätssinn und instabile Beziehungen auf. Die Vortäuschung einer Krankheit kann für die Patienten eine Möglichkeit sein, ihr Selbstwertgefühl zu stärken oder zu schützen, indem sie ein eventuelles Versagen ihrer Krankheit zuschreiben, mit angesehenen Ärzten und Kliniken in Kontakt stehen und als ungewöhnlich, mutig oder medizinisch gebildet und kultiviert erscheinen können.

Zahlreiche Publikationen betonen Persönlichkeitsstörungen, insbesondere vom Borderline-Typ, aber auch die Histrionische Persönlichkeitsstörung, als ursächliche bzw. komorbide Störung (u. a. Chastaing 2009, MSD-Manual). Der 12jährige Junge in der Falldarstellung von Jaghab et al. (2006) präsentierte auch Züge einer Borderline-Störung in Form von Impulsivität, geringer Frustrationstoleranz, Automutilation, geringem Selbstwertgefühl, and frantic efforts to avoid abandonment. Dennoch blieb es nach Meinung der Autoren schwierig vorauszusagen, ob er eine Borderline-Persönlichkeitsstörung als Erwachsener entwickeln wird. In der mit 455 Patienten bisher größten systematischen Zusammenstellung erwachsener Patienten von Yates & Feldman (2016) wurde bei 170 Patienten untersucht, ob eine komorbide psychiatrische Störung aktuell oder in der Vorgeschichte vorlag. Hier fanden sich jedoch Persönlichkeitsstörungen eher seltener: Bei 41,8% wurde eine Depression gefunden, bei 16,5% eine Persönlichkeitsstörung, Substanzabusus bei 15,3% und Essstörungen bei 4,1%. 14,1% berichteten aktuelle Suizidgedanken oder Suizidversuche in der Vergangenheit, bei 17,1% wurde keine komorbide Psychopathologie gefunden. Unklar bleibt, ob es sich bei den referierten komorbiden psychischen Störungen um vorgetäuschte Symptome bzw. Erkrankungen handelte oder nicht. So werden laut MSD-Manual (2016) bei bestimmten Formen der artifiziellen Störungen psychische anstelle von körperlichen Symptomen vorgetäuscht, beispielsweise Depression, Halluzinationen, Wahnideen oder Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung. Auch in diesen Fällen sei es das offensichtliche Ziel des Patienten, in die Krankenrolle zu schlüpfen.

Psychopharmakotherapie

Die Wirksamkeit von Psychopharmakotherapie gegen die Symptomatik der artifiziellen Störung ist bisher nicht ausreichend belegt (Simmich 2006), bei Behandlung einer komorbiden Angststörung oder Depression mit Antidepressiva kann es jedoch auch bzgl. der artiziellen Störung zu Verbesserungen kommen. Andererseits berichten Jaghab et al. (2006) von einem 12jährigen der wegen impulsiven Verhaltens und darunterliegender Depression Neuroleptika und Antidepressiva sowie Psychotherapie erhielt, ohne dass sich im Laufe von 4 Jahren sein Verhalten änderte, eine Krankenrolle einzunehmen. Eckhardt (1996) verweist darauf, dass bei Patienten mit dranghaften offenen Selbstbeschädigungen vereinzelt ein positiver Effekt durch Clozapin beschrieben wurde, eine symptomatische Therapie mit niedrig-potenten Neuroleptika zur Linderung von Spannungszuständen oder Antidepressiva zur Linderung depressiver Zustände sinnvoll sein können, während Benzodiazepine durch die enthemmende Wirkung eine paradoxe Wirkung im Sinne einer Zunahme der Selbstverletzungen haben können. Prior & Gordon (1997) berichten über ein Verschwinden der Symptomatik und Verbesserung der Motivation für eine Psychotherapie bei einer 26jährigen Frau unter einer Kombination von 2 mg/d Pimozid und 20 mg/d Paroxetin innerhalb weniger Tage. Nach Absetzen der Medikation durch die Patientin trat die artifizielle Störung wieder auf und wurde aufgrund von Suizidalität erneut psychiatrisch vorgestellt. Unter 4 mg/d Pimozid ging die Symptomatik der artifiziellen Störung erneut zurück. Yanik et al. (2004) behandelten eine Frau erfolgreich mit 20 mg/d Fluoxetin innerhalb von zwei Monaten. Feily et al. (2009) beschreiben bei einem 49jährigen Mann eine vollständige Rückbildung unter 40 mg/d Citalopram nach vier Wochen,ur aber aufgrund einer depressiven komorbiden Störung eingesetzt, also möglicherweise in zu geringer Dosierung bzw. ohne Augmentation.

Fallbeispiele

Sina, 13 Jahre (Name geändert)

Sina wurde erstmals im Alter von 13 Jahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt im Rahmen eines Konsils für eine Kinderklinik. Seit einem Jahr habe sie rezidivierend Bauchschmerzen. Es waren umfangreiche Untersuchungen und Therapieversuche einschließlich Laparaskopien und Appendektomie durchgeführt worden. Eine somatische Ursache, welche die Schwere der Bauchschmerzen hätte erklären können, wurde nicht gefunden. Vor einem halben Jahr wurde Sina in einer Psychosomatik vorgestellt, es kam jedoch nicht zu einer Aufnahme. Seit zwei Wochen war sie aufgrund einer Makrohämaturie erneut stationär in der Kinderklinik. Seit drei Wochen habe sie keine Nahrung oder Flüssigkeit bei sich behalten können, so dass Sina zum Zeitpunkt des Konsils parenteral ernährt wurde. Bei den Versuchen etwas zu essen oder zu trinken sei es immer wieder zu blutigem Erbrechen gekommen. Es seien verschiedene Blutungen (frisch-blutige Auflagerung am Stuhl, frisches Blut im Mund, blutiges Erbrechen, Blut im Harn) bei Sina aufgetreten. Eine umfangreiche Diagnostik einschließlich Ösophago-Gastro-Duodenoskopie und Koloskopie, CT und MRT wurde erneut durchgeführt und auch diesbezüglich konnte keine somatische Ursache festgestellt werden. In der Kinderklinik war der Verdacht auf Manipulationen durch Sina oder das Vorliegen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms geäußert worden. Sina sei trotz anhaltenden Erbrechens körperlich sehr gesund, der Stoffwechsel nicht entgleist. Für die Kinderklinik stand die Frage im Raum, ob eine Meldung ans Jugendamt erfolgen sollte. Eine erneute Vorstellung Sinas in der Psychosomatik hatte die Mutter abgelehnt. Diagnosen: F92.8, R31 Makrohämaturie, K92.0 Hämatemesis, K92.1 Hämatochezie, DD F68.1 Artifizielle Störung, DD Münchhausen-by-proxy-Syndrom.

Die Mutter äußerte sich im Rahmen des kinder- und jugendpsychiatrischen Konsils eher verständnislos über die therapeutischen Maßnahmen der Kinderklinik, fühlte sich dort in der Beweispflicht und wenig gehört. Sie habe bewirkt, dass Sina nur noch von einem Oberarzt behandelt wird. Zum leiblichen Vater Sinas bestand kein Kontakt, das Sorgerecht lag bei der Mutter.

Sina saß während des Konsils eng an die Mutter gelehnt und mit einem Kuscheltier in der Hand. Auf Fragen antwortete sie zurückhaltend und kaum verständlich. Sie wünsche sich, dass das blutige Erbrechen beendet sei. Sie besuche seit dem Sommer das Gymnasium. Sie wiederhole dort die 6. Klasse

und sei zum Schuljahresbeginn von der Realschule dorthin gewechselt. Der Wechsel sei ihr Wunsch gewesen. Sie habe gute Freundinnen und tanze in ihrer Freizeit Zumba. Insgesamt schien sie von ihrer Erkrankung und dem vordergründig zurückgezogenen Verhalten zu profitieren, wirkte nicht glaubhaft belastet, sondern streckenweise verschmitzt und auf eine unangemessene kindliche Rolle beschränkt.

Es wurde eine Übernahme zur stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung angeboten, die Mutter lehnte das Angebot jedoch ab und verwies auf eine mögliche Behandlung in der Psychosomatik.

Drei Wochen später erfolgte die Verlegung aus einer anderen Kinderklinik in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sina verletze sich selbst an verschiedenen Körperöffnungen, produziere danach Ohnmachtsanfälle und werde dann im eigenen Blut gefunden. Vorausgegangen war eine notfallmäßige Appendektomie. Sie esse nun gar nicht mehr bzw. erbreche mit Blutbeimengungen und trinke nicht. BMI 19 kg/qm (50. Perzentile). Aufgrund ihrer Inszenierungen sei sie nicht mehr für die Mitpatienten in der Kinderklinik tragbar. Somatisch sei sie vollständig abgeklärt worden. Die Ernährung erfolgt über eine nasale Magensonde.

Beim Aufnahmegespräch berichtete die Mutter, dass Sina unter einem chronischen Schmerzsyndrom leide, unter Kreislaufdysregulation und wiederholt auftretenden Synkopen. Sie nehme keine Nahrung und Flüssigkeit zu sich.

Sina war bei Aufnahme insichgekehrt, vermied Blickkontakt. Die Stimmungslage wirkte depressiv. Sie war sehr wortkarg, Mimik und Gestik wirkten reduziert. Der Gedankengang war inhaltlich und formal unauffällig. Sie wirkte angespannt, der Antrieb erschien eher vermindert. Es fanden sich keine Hinweise auf akute Suizidalität.

Es folgte eine viermonatige stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung. Schon am ersten Tag hatte sie Appetit auf Kartoffeln und aß diese trotz Magensonde. Nach zwei Tagen konnte sie wieder ausreichend normale Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen und die Sonde konnte entfernt werden.

Während der ersten Tage traten mehrfach 5 bis 15 Minuten dauernde Zustände auf, während derer sie kaum auf Ansprache reagierte, ihre Vitalzeichen waren jedoch nicht auffällig. Am Ende dieser Zustände reagierte sie jeweils sofort wieder normal.

Im weiteren Verlauf der Behandlung zeigte Sina oberflächliches Ritzen, starke Wut auf sich selbst, wiederkehrende Erinnerungen an traumatische Ereignisse, Lügen. Auch klagte sie häufig über Kopf- oder Bauchschmerzen. Die Mutter-Kind-Beziehung wirkte sehr eng, die innerfamiliären Beziehungen konflikthaft.

Etwa 2,5 Monate nach Behandlungsbeginn sistierten die Abwesenheitszustände und die Somatisierungen nahmen insgesamt ab.

Im stationären Alltag konnte sie sich auf Regeln und Strukturen sehr gut einlassen. In der Kindergruppe fand sie eine gute Position, wobei sie jedoch insbesondere selbstunsicheren Kindern gegenüber sehr bestimmend auftrat. In Konfliktsituationen machte sie den Eindruck sich bewusst zu opfern (von den anderen Kindern schlagen lassen), um dadurch mehr Aufmerksamkeit zu erreichen und im Mittelpunkt zu stehen. Sie zeigte nie körperlich aggressives Verhalten. Sie war zuverlässig, umgänglich und immer respektvoll gegenüber Erwachsenen. Sie besuchte die Klinikschule regelmäßig und nahm an allen Therapieeinheiten ohne Verweigerung teil.

In den Einzeltherapien war Sina zunächst schüchtern und ängstlich. Am Anfang konnte sie ihre Bedürfnisse und Wünsche kaum äußern. Verbesserung des Selbstwertgefühls, lohnende Alternativen zu somatischen Beschwerden, Wiederaufbau sozialer Kontakte, Verbalisierung von Bedürfnisse und Wünsche, aber auch Wut konnten nach intensivem therapeutischem Beziehungsaufbau bearbeitet werden.

Im Verlauf der Behandlung konnte Sina sich verbal besser äußern, hatte aber auch Themen, über die sie nicht reden wollte/konnte. In solchen Momenten zog sie sich zurück aus dem Gespräch, wirkte starr und ließ sich auf kein Angebot mehr ein. Sie konnte sich durch Malen besser ausdrücken und von sich selber berichten. Sina äußerte nach einiger Zeit, dass ihr leiblicher Vater übergriffig ihr gegenüber gewesen sei. Nach ihrer Einschätzung sei sie damals ungefähr 5 Jahre alt gewesen. Sie äußerte zeitweise ihre Unsicherheit und Ängste immer wieder, dass sie nach Hause entlassen wird und dass sie sich dafür noch nicht bereit fühlte. Es schien, als würde sie einen geschützten Raum suchen, in dem sie an ihrer Problematik arbeiten kann.

In den Elterngesprächen berichtete die Mutter, dass sie selbst wegen Gewalt durch ihren Ex-Mann in Therapie war. Sina versuchte häufiger ihre Not aus dem stationären Alltag ihrer Mutter zu schildern, wobei sie vieles missverständlich kommunizierte und nur aus ihrer Sichtweise erzählte. Durch dieses Verhalten entstanden einige Male Missverständnisse zwischen der Familie

und der Station. Diese Problematik wurde mit der Mutter in den Familiensitzungen thematisiert und sie konnte sich darauf gut einlassen. In den Gesprächen wurde weiterhin versucht zu verdeutlichen, was die Symptomatik, die bisher bei Sina festgestellt worden ist, aussagt und wie die Eltern mit dieser umgehen können. Es war auch zu beobachten, dass die Beziehung zwischen Mutter und Kind sehr eng war. Schließlich weigerte sich Sina, in die Wochenendbelastungserprobung zu Hause zu gehen. Im weiteren Verlauf äußerte Sina, nach der Entlassung nicht mehr nach Hause gehen zu wollen. Weshalb konnte sie noch nicht eindeutig äußern. Dies wurde in den weiteren Therapiesitzungen mit der Mutter besprochen und anschließend das zuständige Jugendamt darüber informiert.

Finja, 17 Jahre (Name geändert)

Finja wurde notfallmäßig mit dem Verdacht auf epileptische Anfälle in einer Kinderklinik aufgenommen. Die Anfälle wurden als Dissoziative Krampfanfälle (F44.5) eingestuft. Finja griff das Klinikpersonal tätlich an und entfernte sich unerlaubt vom Klinikgelände. Nachdem sie durch die Polizei aufgegriffen worden war, gab sie an, 5 Zigaretten und 9 Tabletten Ibuprofen à 400 mg verschluckt zu haben. Zurück in der Kinderklinik verhielt sie sich erneut aggressiv sowie suizidal. Sie gab an, Desinfektionsmittel getrunken zu haben und lehnte sich über eine Brüstung.

Aufgrund der suizidalen Tendenzen erfolgte notfallmäßig eine Verlegung mit Notarzt- und Polizeibegleitung in unsere kinder- und jugendpsychiatrische Klinik.

Finja lebte zu diesem Zeitpunkt seit zwei Monaten in einer Wohngruppe des Betreuten Wohnens. Zuvor hatte sie nach Missbrauch durch den Vater in verschiedenen Einrichtungen und Pflegefamilien gelebt. Die Eltern seien psychisch erkrankt, nähere Angaben waren nicht zu bekommen. Laut Verlegungsbericht aus der Kinderklinik war bei der Jugendlichen vor 3 Jahren Schizophrenie diagnostiziert und seitdem mit 150 mg/d Quetiapin behandelt worden.

Finja zeigte sich bei uns zunächst sehr unkooperativ und aggressiv, angespannt und verschlossen, beantwortete Fragen nur einsilbig oder gar nicht, sprach leise und verwaschen, wirkte sediert, ließ sich nur eingeschränkt körperlich untersuchen. Akute Suizidalität oder mögliche psychotische Symptome waren nicht eindeutig auszuschließen. Aufgrund erneut auftretender akuter

fraglich somatischer Symptome musste nochmals eine Verlegung in die Somatik mittels RTW und Notarzt erfolgen. Am Folgetag wurde die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei uns fortgesetzt aufgrund nicht hinreichender Distanzierung von akuter Suizidalität sowie nicht sicher auszuschließendem Verdacht auf eine psychotische Entwicklung. In der Interaktion mit dem Behandlungsteam verhielt sie sich weiterhin oppositionell und trotzig. Sie zeigte mehrfach krampfartige Anfälle, während derer sie jedoch rasch auf Ansprache reagierte und die auch weiterhin als psychogen eingestuft wurden. Sie verlangte mehrfach nach sofortiger Untersuchung durch einen Arzt. Wenn dies nicht sofort erfolgte, ließ sie sich auf den Boden fallen, äußerte sich dem Behandlungspersonal gegenüber verbal ausfallend und versuchte wegzulaufen.

Nachdem es Finja im weiteren Verlauf des Aufenthaltes gelang, sich etwas zu beruhigen, schaffte sie es unter enger Anleitung und Vorgabe von klaren Rahmenbedingungen, angemessen in Kontakt mit dem Behandlungsteam zu treten. Das Einhalten von Regeln und Absprachen bereitete ihr ab diesem Zeitpunkt keine nennenswerten Schwierigkeiten mehr. Zu den anderen Jugendlichen auf der Station suchte sie angemessenen Kontakt, verhielt sich ihnen gegenüber freundlich und offen. Insbesondere die strukturierten Rahmenbedingungen und klare Absprachen trugen dazu bei, dass sie sich emotional stabilisieren und im Verlauf des Aufenthaltes glaubhaft von suizidalen Intentionen distanzieren konnte. Während des Aufenthaltes zeigten sich keine Anhaltspunkte für das Vorliegen psychotischer Symptome. Sie konnte nach zwei Tagen in einer seelisch balancierten Befindlichkeit zurück in die Wohngruppe gehen. Ambulante Psychotherapie wurde empfohlen. Die vorbestehende Medikation mit 150 mg/d Quetiapin wurde fortgesetzt.

Zehn Tage später kam es erneut zu einer notfallmäßigen Verlegung, diesmal aus einer anderen Kinderklinik als zuvor, allerdings wiederum in Begleitung von Rettungssanitätern und Polizei, aufgrund von Affektinstabilität, fraglich dissoziativer Zustände, maximaler psychomotorischer Anspannung und Bewegungsunruhe, nachdem sie eine unklare Dosis Baldrian und Quetiapin in fraglich suizidaler Absicht eingenommen hatte und die Versorgung in der Kinderklinik aufgrund extremer Aggressivität nicht fortgesetzt werden konnte. In der Nacht vor Aufnahme war sie erneut aus der Wohngruppe entwichen und hatte sich zum Bahnhof begeben um wegzufahren. Am Bahnhof sei sie von einem Passanten angesprochen worden und habe als Folge direkt gekrampft. Nach Transport in die Kinderklinik habe Fremdaggression im Vordergrund

gestanden, sie habe dort bis zu drei Krankenschwestern beschäftigt und für zwei Polizeieinsätze gesorgt.

Bei Aufnahme erlebten wir eine maximal angespannte und psychomotorisch unruhige Patientin, welche wiederholt Hyperventilationsphasen zeigte. Durch Beutelrückatmung konnten diese Phasen kupiert werden. Dabei zeigte sich die Patientin durchgehend kreislaufstabil, wach und bewusstseinsklar. Im weiteren Verlauf wurde die Patientin im 1:1-Kontakt betreut und attackierte raptusartig einen Mitarbeiter des Pflegedienstes durch massive Fußtritte und Kratzen. Schließlich gelang es, die Patientin insoweit psychisch zu stabilisieren, dass sie zu einem gemeinsamen Gespräch bereit war. Im Rahmen dieses Gespräches formulierte die Jugendliche immer wieder den Wunsch somatisch in einem Krankenhaus versorgt zu werden. Etwaige körperliche Symptome konnte sie jedoch nicht benennen. Bewegungsunruhe, die beschleunigte Atmung und die gereizte Stimmungslage schienen artifiziieller Natur zu sein, von der Jugendlichen ‚produziert‘, um die entsprechende Aufmerksamkeit des Behandlungsteams zu erhalten. Dissoziative Bewusstseinszustände oder epileptische Anfälle konnten nicht beobachtet werden.

Zwei Monate später erfolgte eine erneute notfallmäßige stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, nachdem Entlassung am selben Tag aus einem somatischen Krankenhaus, nachdem sie vor mehreren Tagen bewusstlos geworden sei. Ein somatisches Korrelat sei nicht gefunden worden. Finja berichtete sehr einsilbig und wenig kooperativ, dass es ihr zunehmend schlechter gehe, nachdem sie vor einigen Wochen erneut vergewaltigt worden sei. Sie sei derart überlastet, dass sie es nicht mehr alleine in der Wohngruppe schaffe. Sie wolle sich dann lieber auf die Bahngleise legen und sich so das Leben nehmen. Das Quetiapin habe sie eigenmächtig vor zwei Monaten abgesetzt. Seitdem gehe es ihr deutlich besser. Sie zeigte sich im Aufnahmegespräch wenig kooperativ, jedoch sehr fordernd. Ihre Stimmung wirkte gedrückt, sie machte einen erschöpften Eindruck. Sie wirkte latent angespannt und aggressiv. Auf Fragen antwortete sie einsilbig und mit vorwurfsvollem Unterton (wenn man ihr jetzt nicht helfe, lege sie sich auf die Gleise). Kein Anhalt für psychotisches Erleben. Die suizidalen Äußerungen wirkten demonstrativ, akute Suizidalität war jedoch nicht sicher auszuschließen. Unauffälliger somatischer Befund. Im Drogenscreening waren erhöhte Benzodiazepinwerte nachweisbar. Während des eintägigen kriseninterventionellen stationären Aufenthaltes konnten mehrmals psychogene Anfälle, welche klinisch wie ein epileptischer Anfall

imponierten, beobachtet werden. Hierbei waren die Vitalzeichen stets stabil. Auch zeigten sich Phasen mit Hyperventilation sowie mit fremdaggressivem und impulsivem Verhalten. Finja musste deswegen engmaschig und intensiv beobachtet und begleitet werden. Selbstverletzendes Verhalten wurde während des stationären Aufenthaltes nicht beobachtet. Diesmal wurden nicht nur Dissoziative Krampfanfälle (F44.5) diagnostiziert, sondern auch eine Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ (F60.3).

Am nächsten Tag erfolgte erneut notfallmäßig die Verlegung aus einer Kinderklinik, nachdem Finja in der Wohngruppe bewusstlos aufgefunden worden war, bei Eintreffen des Betreuers aufwachte, eskalierte und mittels Polizei an der Flucht gehindert wurde. Sie gab an, dass sie sich nicht erklären könne, warum Amphetamine, Cannabis, Benzodiazepine und Buprenorphin im Drogenscreening nachweisbar waren. Sie war wach und bewusstseinsklar, distanzierte sich von akuter Suizidalität und wurde entlassen.

Am Tag danach kam es zu einer Verlegung aus einer dritten Kinderklinik wiederum zu uns in die Kinder- und Jugendpsychiatrie, da Finja zuvor im Rahmen eines psychogenen Krampfanfalls aufgefunden worden war und sich anschließend deutlich fremdaggressiv gezeigt hatte. Nach der Verlegung zeigte sich die Patientin dann bewusstseinsklar und orientiert und wünschte, in die Jugendschutzstelle entlassen zu werden, was in Absprache auch erfolgte. Von dort entwich Finja und wurde mit einem erneuten psychogenen Krampfanfall aufgefunden und in einem weiteren somatischen Krankenhaus vorgestellt. Finja versuchte unter Einsatz von Gewalt zu entweichen, so dass die Polizei hinzugezogen wurde. Es erfolgte die Einrichtung eines PsychKGs. Während der Verlegung in unsere Klinik zeigte sich das Bild eines erneuten psychogenen Krampfanfalls, so dass eine krisenhafte Aufnahme erfolgte. Bei der hiesigen Aufnahme reagierte sie auf Ansprache nicht verbal, sondern nur motorisch: sie streckte den Arm aus, wenn sie gebeten wurde, ihn einzuziehen, oder drehte den Kopf weg. Orientierung nicht prüfbar. Sie wirkte Aufmerksamkeit suchend und verhielt sich ruhig, wenn niemand im Zimmer war. Die Stimmung war latent gespannt. Bei der körperlichen Untersuchung fiel eine violette Verfärbung im linken Gehörgang auf, die artifiziell wirkte. Der übrige somatische Befund war unauffällig. Das Drogenscreening ergab keinen Nachweis psychotroper Substanzen. In Stimmung und Affekt zeigte sich Finja sehr wechselhaft, häufig fordernd, gereizt und unter großer Anspannung stehend. Das Einhalten von Regeln und Absprachen

bereitete ihr Schwierigkeiten und Finja zeigte sich gehäuft provokant und grenztendend. Im Verlauf der Behandlung zeigte sich deutlich, dass die stationäre Notaufnahme für Finja eine Entlastung darstellte, wobei emotional tragfähige Beziehungsangebote sowie strukturierte Rahmenbedingungen dazu beitrugen, dass sich Finja weitestgehend emotional stabilisieren und bald von suizidalen und fremdaggressiven Intentionen glaubhaft distanzieren konnte. Die Unterbringung nach PsychKG war daher nicht mehr indiziert. Finja äußerte in Gesprächen große Zweifel bezüglich ihrer weiteren Lebensmittelpunktperspektive. Es wurde beschlossen, dass Finja zunächst in ihre bisherige Wohngruppe zurückkehrt und von dort aus eine weitere Klärung erfolgt. Eine ambulante Psychotherapie lehnte Finja ab.

Zwei Tage nach Entlassung wurde Finja morgens um 2 Uhr per RTW erneut notfallmäßig in unsere Klinik eingeliefert. Sie zeigte sich zunächst nicht gesprächsbereit, wirkte genervt. Schließlich berichtete sie auf Nachfrage, dass sie nicht wisse, warum sie sich auf die Gleise gesetzt habe. Sie habe nicht darüber nachgedacht. Eigentlich sei ihr Plan gewesen, dort zu warten, bis ein Zug kommt, und dann die Gleise zu verlassen. Als sie schließlich gemerkt habe, was sie tat, sei „auch schon die Polizei dagewesen“. Finja wirkte im Vergleich zu den Voraufhalten deutlich entspannter und zeigte sich kooperativ. Sie konnte sich glaubhaft von Suizidalität distanzieren. Kein Anhalt auf psychotisches Erleben. Keine Ängste oder Zwänge. Aktuell kein fremdaggressives Verhalten. Bei glaubhafter Distanzierung von Suizidalität erfolgte keine Krisenaufnahme, sondern die Rückverlegung in die Wohngruppe.

Carla, 16 Jahre (Name geändert)

Carla wurde erneut zur stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung aufgenommen. Aufnahmegrund war diesmal akute Fremdgefährdung bei Verdacht auf wiederholte Brandstiftung. Auch war bei ihr ein Brief gefunden worden, in dem sie davon schreibt, vergiftete Bonbons in der Nachbarschaft zu verteilen.

Carla habe zu Hause früh gesprochen. Mit knapp drei Jahren sei sie in den Kindergarten gekommen, wo sie wenig kommuniziert habe, mit zurückgezogenem, aber auch oppositionellem, sturem Verhalten aufgefallen sei und häufig früher abgeholt werden musste. Sie wurde erstmals im

Alter von 4 Jahren anlässlich des Leukämie-Todes ihrer älteren Schwester ein halbes Jahr lang in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz behandelt.

Auch in der Grundschule hätten sich diese Schwierigkeiten gezeigt, Carla sei regelmäßig mit Lehrern und Mitschülern angeeckt. Sie habe sich nicht am Unterricht beteiligt und habe nur wenige Kontakte gehabt. Carla habe ohne Schwierigkeiten vorlesen können, jedoch sich verweigert, wenn sie befürchtete sich zu blamieren. Im Alter von 8 Jahren wurde sie in einem sozialpädiatrischen Zentrum wegen des Verdachts auf eine Aufmerksamkeitsstörung untersucht. Es wurde eine emotionale Störung des Kindesalters bei gutdurchschnittlicher Intelligenz diagnostiziert und eine Psychotherapie empfohlen. In den folgenden drei Jahren erhielt Carla 120 Sitzungen tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie, die Eltern 25 Sitzungen Elterntherapie.

Nach dem Wechsel auf eine Gesamtschule habe sie in der Schule in den Pausen oft allein gestanden, unbeteiligt und passiv gewirkt und habe in dem Ruf gestanden, oft abenteuerliche Geschichten zu erzählen, Dinge verschwinden zu lassen oder durch merkwürdiges Verhalten aufzufallen. Mit 13 Jahren erfolgte eine erneute Vorstellung bei einem ambulanten Kinder- und Jugendpsychiater aufgrund auffälligen Sozialverhaltens und Leistungsabfall. Als Belastungsfaktoren wurden Tod der Schwester, psychische Erkrankung des Vaters, Trennung der Eltern, sowie mehrfache Umzüge gewertet.

In den ambulanten Einzelgesprächen äußerte sich Carla zunehmend offener, wirkte im Kontakt jedoch jünger. Im Affekt schien sie begrenzt schwingungsfähig, ihre Mimik wechselte zwischen Verschlussenheit und Lächeln, oftmals erschien sie Fassadär. Die emotionale Diagnostik ergab in der Selbstbeurteilung (AFS, DIKJ, YSR) unauffällige Werte, in der Fremdbeurteilung ergaben sich durch die Mutter und die Lehrerin (CBCL; TRF) Hinweise auf sozialen Rückzug. Es bestand zudem der Verdacht auf einen elektiven Mutismus (F94.0) und/oder eine Autismus-Spektrumstörung (F84).

Zur vertiefenden Diagnostik und Behandlung wurde Carla anschließend für zwei Monate stationär aufgenommen. Themen in der Familientherapie waren schulische Konflikte, Umgang mit der psychischen Erkrankung des Vaters sowie Streitigkeiten zwischen Carla und dem neuen Partner der Mutter. Es wurde an einer Entschuldung und Entparentifizierung Carlas, die sehr viel Verantwortung für das Wohlergehen des Vaters übernahm, gearbeitet. Carla nahm die Einzelpsychotherapie gern und zuverlässig wahr. Es erfolgte Psychoedukation in Bezug auf Belastungen bei psychischer Erkrankung

bei Elternteilen und Trauerarbeit bzgl. älterer Schwester und es wurde ihr Außenseitersein thematisiert. Der Umgang mit dem Tod der älteren Schwester schien angemessen. Erst allmählich und bei Würdigung ihrer bewältigten Belastungen begann Carla, sich Beobachtungen und Einschätzungen von außen (Ablehnung wegen Fantasiegeschichten, etc.) zu stellen. Einen Zusammenhang zu ihrer inneren Not ließ sie jedoch nur hypothetisch und über Parallelgeschichten zu. Sie behielt sie eine freundliche Fassade bei, die aber auch in der Gegenübertragung zunehmend als Schutz vor größerer Verzweiflung erlebt wurde.

Auf der Station fielen zunächst Unsicherheit, Zurückhaltung und Belastung sowie Rückzug auf ihr Zimmer auf. Im Kontakt mit Erwachsenen war sie bei Frauen sowie mit Kindern und Jugendlichen deutlich gelöster, redseliger und entspannter. Gerne nahm sie Spielangebote der Kleinen an, genoss die Rolle der großen Schwester. Nach anfänglichen Reibungen mit einem gleichaltrigen Mädchen verbrachte sie regelmäßig Zeit mit den anderen Jugendlichen. Gegenüber Mutter und deren neuen Partner trat sie teils sehr fordernd und herablassend auf. In der Schule zeigte Carla stark wechselndes Arbeitsverhalten und geringe Anstrengungsbereitschaft. Sie wirkte anfangs oft desorientiert, arbeitete langsam und hatte große Probleme Aufgabenstellungen sachlich richtig umzusetzen ohne sich dabei Hilfe einzufordern. Im Laufe der Beschulung gelang es ihr, sich an mündlichen Phasen aktiv zu beteiligen, konzentrierter zu arbeiten und Kontakt zur Lehrkraft aufzunehmen. Zuwendung führte dazu, dass sie Geschichten erzählte, die zunehmend unwahrscheinlicher wurden.

Es wurde stationäre Jugendhilfe mit integrierter Beschulung auf einer Förderschule mit dem Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung empfohlen sowie Einzelpsychotherapie und Familientherapie, um neben emotionalen Problematik mit Parentifizierung auch die drohende schulische Desintegration zu bearbeiten. Diese Empfehlungen wurden jedoch nicht umgesetzt.

Zu Carlas Hobbys zählten Reiten, Fahrradfahren, Zeichnen, Geschichtschreiben sowie Anschauen und Erstellen von Youtube-Videos. Ihre Mutter schätze an ihrer Tochter die schnelle Auffassungsgabe, ihre Kreativität, ihre handwerkliche Begabung sowie ihren ausgezeichneten Orientierungssinn. Carla lebt mit ihrer Mutter und deren neuen Partner zusammen. Die Mutter sei 8 Jahre zuvor an Darmkrebs erkrankt, der jedoch mittlerweile geheilt sei. Carla habe mit dem neuen Partner der Mutter viele Konflikte, Machtkämpfe um Kleinigkeiten. Viele Gegenstände des Partners

der Mutter würden verschwinden. Der leibliche Vater sei Frührentner, leide an einer Depression und habe zwei Suizidversuche verübt, als die Mutter mit Carla schwanger war. Carla sehe ihren Vater für einige Stunden pro Woche. In den letzten Jahren sei es zu einer Rollenumkehr zwischen Carla und leiblichem Vater gekommen. Der Großvater mütterlicherseits sei vor 18 Jahren an einem Asthmaanfall verstorben.

Im Alter von 15 Jahren wurde bei Carla in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis ein Asperger-Syndrom (F84.5) diagnostiziert. Im psychischen Befund zeigte Carla zwar ein altersgerecht wirkendes Sprachniveau, beim Sprechen variierte die Tonhöhe jedoch nur wenig und sie war thematisch sehr eingengt. An den Aussagen der Untersucherin schien sie kein Interesse zu haben, ein wechselseitiges Gespräch kam nicht zustande. Carla nutzte in eingeschränkter Menge beschreibende Gesten, jedoch keine konventionellen. Der Blickkontakt war flüchtig und wenig sozial moduliert, während die Mimik unauffällig war. In die Gefühlswelten anderer Menschen schien sie nur wenig Einblick und Verständnis dafür zu haben. In ADOS Modul 4 und ADI-R überschritt sie mit den Subskalenwerten und dem Gesamtwert alle Autismus-Cut-offs. Die Mutter berichtete, dass Carla sich intensiv für die Themen ‚Pferde‘ und ‚Polizei‘ interessiere. Sie provoziere Kontakte zur Polizei, indem sie vorgab, ihr Portemonnaie verloren zu haben. Auch sei sie zur Polizei gegangen und habe berichtet, dass sie von den Eltern geschlagen werde, so dass sie von zur Notaufnahme der Jugendhilfe gebracht worden sei. Eine ambulante autismspezifische Behandlung wurde empfohlen.

Einige Monate später wurde Carla notfallmäßig in einer anderen Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt. Sie sei in den vergangenen Wochen mehrfach abgänglich gewesen, teils sei sie von der Polizei aufgegriffen worden. Zudem sei Carla häufig niedergestimmt und ziehe sich zurück. Es komme häufiger vor, dass Dinge in Carlas Umfeld verschwinden und Carla sie wiederfinde. In der Kontaktaufnahme zeigte sich Carla zurückhaltend, im Einzelkontakt auskunftsbereiter. Im Affekt wirkte sie niedergestimmt, stark eingeschränkt schwingungsfähig, in der Psychomotorik etwas verlangsamt. Im Vorfeld wurden intermittierend Suizidgedanken berichtet, im stationären Rahmen zeigte sie sich jedoch ausreichend distanziert davon.

In den ersten Tagen der stationären Behandlung verhielt sie sich zurückhaltend und schüchtern, wirkte sehr müde und traurig und reagierte nur nonverbal. Am ersten Abend schlief sie erst nach Medikation früh morgens ein. Einige

Stunden später gab sie an, sich nicht gut zu fühlen und beim Aufstehen Schwindel zu verspüren. Die körperliche Untersuchung ergab keinen pathologischen Befund. Sie legte sich wieder hin und konnte auch später nicht aufstehen.

Nach zwei Tagen wurde sie offener, schwingungsfähiger, ausgelassener und erzählte viel von sich. Sozialer Rückzug war nicht mehr zu beobachten. Auf Anforderungen und Konfrontation reagierte sie jedoch weiterhin mit Rückzug und Schweigen. Schlafstörungen traten nicht mehr auf.

In den Belastungserprobungen nach Hause verhielt sie sich zunächst oppositionell gegenüber der Mutter, im Verlauf besserte sich dies, während sie zeitweise wieder kurz verschwand. Im weiteren Verlauf klagte sie rezidivierend über Schwindel und Übelkeit, teils auch Hals- oder Kopfschmerzen, wobei sich keine pathologischen somatischen Befunde erheben ließen. Sie erzählte Fantasiegeschichten wie z. B. dass ihr Freund von einem riesigen Pferd zerquetscht worden sei. Schließlich äußerte sie suizidale Gedanken, war wieder niedergestimmt und wenig schwingungsfähig, so dass zeitweilig eine engere Begleitung erforderlich wurde. Bald zeigte sie sich in der Patientengruppe wieder lebhaft, während sie dem Behandlungsteam gegenüber noch längere Zeit verschlossen blieb.

Drei Wochen nach der Aufnahme entfernte sie sich unerlaubt von der Station, suchte eine kinderärztliche Praxis auf und klagte dort über Schmerzen im Brustbereich. Alle Untersuchungen vielen unauffällig aus. Sie gestand der Kinderärztin, dass sie weggelaufen war, und wurde wieder zurückgebracht.

Einige Tage später zeigte sie auf der Station bizarres Verhalten, das an Autismus erinnerte, während sie zuvor nicht autistisch gewirkt hatte.

Vier Wochen nach der Aufnahme lief sie während einer Belastungserprobung von zu Hause ohne erkennbaren Anlass weg und lief später zur Klinik. Am nächsten Tag kam sie trotz Wecken schwer aus dem Bett, aß nichts zum Frühstück und beteiligte sich nicht an Gruppengesprächen. Auf der Station brach Feuer aus. Eine Mitpatientin berichtete, dass Carla erzählt habe, dass sie am Vortag einem Polizisten ein Feuerzeug entwendet habe. Auf Befragen durch das Behandlungsteam gab Carla zu, mit einem Feuerzeug auf dem Zimmer gespielt zu haben. Auf die Frage, was danach geschah und wie sich der Rauch gebildet habe, gab sie an, dass sie es nicht mehr wisse. Sie wurde daraufhin bei fehlender Suizidalität entlassen.

Kurze Zeit später wurde Carla morgens um 4 Uhr erneut notfallmäßig in Begleitung der Polizei in derselben Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt. Jemanden habe im Internet gepostet, dass Carla gestorben sei. Carla behauptete, dass sie diese Person nicht kenne und habe das per Smartphone klären wollen. Da es bereits spät gewesen sei, habe die Mutter ihr das Smartphone wegnehmen wollen. Die Situation sei so eskaliert, dass die Eltern die Polizei rufen mussten. Carla gab an, dass sie Suizidgedanken nur dann habe, wenn sie mit den Eltern im Streit sei. In der Aufnahmesituation war sie nicht offen und bagatellierte die Suizidgedanken, sodass sie aufgenommen wurde. Im Verlauf distanzierte sie sich klar von suizidalen Gedanken und Handlungsabsichten, so dass sie entlassen wurde.

Einige Wochen später wurde Carla erneut für 9 Tage stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt, in der sie bereits zwei Jahre zuvor gewesen war. Sie habe sich vermehrt in Zuständen befunden, während derer sie nicht bei sich sei, teils zeitlich und räumlich nicht orientiert wirke und sich in diesen Momenten nicht aktiv steuern könne. Sie laufe dann häufig weg. Wenn sie gefunden werde, könne sie entweder nicht angeben, wo sie gewesen sei und was in der Zwischenzeit passiert sei, oder sie erzähle Abläufe, die wie traumatische Reinszenierungen wirken. Diese Symptomatik konnte auch während der stationären Behandlung beobachtet werden. Zudem wechselte sie zwischen verschiedenen inneren Anteilen, was auch in den therapeutischen Gesprächen während der stationären Behandlung auftrat. Der Versuch einer freiwilligen offenen Behandlung scheiterte, da Carla vermehrt weglief und sich in Situationen mit Eigengefährdung begab. Sie gab an, innere Stimmen zu hören, die jedoch nicht als Halluzinationen eingeschätzt wurden, sondern als im Denken laut gewordene innere Anteile. Als Diagnosen wurden Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), ausgelöst durch den Verlust ihrer Schwester, und Verdacht auf Dissoziative Störung (F44.8) vergeben. Da Carla als akut eigengefährdet eingeschätzt wurde, wurde eine geschlossene Unterbringung auf der Grundlage von § 1631 b BGB empfohlen, jedoch nicht umgesetzt.

Drei Monate später kam Carla in Begleitung der Polizei und des Rettungsdienstes notfallmäßig zur Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in der sie bereits einige Monate zuvor zur Krisenintervention war. Die Polizei berichtete, dass jemand per Notruf gemeldet habe, dass ein Mädchen auf einem Kinderspielplatz ein Messer bei sich habe und damit herumlaufe. Die

Polizei habe Carla auf dem Spielplatz im Sand sitzend angetroffen, in ihrer Jackentasche ein Küchenmesser. Da sie sich gewehrt und geweigert habe, mitzukommen, seien ihr Handschellen angelegt worden. Während der Fahrt im Krankenwagen mit Polizeibegleitung habe sie sich ruhig verhalten, auf dem Weg vom Krankenwagen in die Klinik habe sie sich jedoch wieder gewehrt und sei aggressiv geworden, so dass die Handschellen zunächst nicht abgenommen wurden.

Psychopathologische Exploration war zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht möglich, da Carla nicht auf Ansprache reagierte. Es zeigte sich deutliche psychomotorische Anspannung. Drogenscreening negativ. Laborbefunde bis auf ein auf 3,85 erhöhtes Gesamtbilirubin (direkt 0,84), das sich im Behandlungsverlauf normalisierte (1,59 bzw. 0,56), unauffällig. Dieser Befund wurde einem Morbus Meulengracht (E80.4 Gilbert-Meulengracht-Syndrom, eine erblich bedingte Transport- und Stoffwechselstörung, die durch eine signifikante Erhöhung des indirekten Bilirubins im Blut gekennzeichnet ist, die ohne gesteigerte Hämolyse oder zugrundeliegende Leberkrankheit auftritt und keinen eigenen Krankheitswert besitzt) zugeordnet, so dass weitere Untersuchungen bzw. Therapie diesbezüglich nicht erforderlich war. In zwei aufeinander folgenden EKGs, ebenso wie in einem ½ Jahr zuvor abgeleiteten EKG fand sich eine Elevation der ST-Strecke anfangs 3-4 mm, im Verlauf 1-2 mm in V2 mit Saddle-Back Typ 2 wie bei einem Brugada-Syndrom (seltene angeborene Kardiomyopathie, bei der trotz scheinbar gesundem Herz bereits im Jugend- und frühen Erwachsenenalter ein plötzlicher Herztod auftreten kann und Ablationstherapie oder Implantation eines automatischen Defibrillators indiziert sein kann). Allerdings treten ähnliche ST-Hebungen bei 20% der gesunden weiblichen Bevölkerung auf und Saddle-Back Typ 2 ist kein beweisender Befund für ein Brugada-Syndrom, sondern es muss ein Ajmalin-Test zur Diagnosestellung durchgeführt werden. Ajmalin ist ein Alkaloid und Eibebeeren enthalten Alkaloide. Carla äußerte, dass sie vor der stationären Aufnahme Eibebeeren konsumiert habe. Zur Menge machte sie keine Angaben, so dass sicherheitshalber eine Verlegung in die Kinderklinik unter Begleitung durch eine Sitzwache erfolgte. Carla wirkte gleichgültig, affektiv nicht spürbar, am Geschehen nicht beteiligt. Eine für Intoxikation mit Eibebeeren typische Mydriasis konnte nicht beobachtet werden, da Carla die Beobachtung der Pupillomotorik verweigerte. Sonstige für eine Intoxikation mit Eibebeeren typische somatische Befunde ließen sich nicht objektivieren. Die o. g. Müdigkeit könnte Korrelat einer Eibebeeren-Ingestion darstellen. Ein weiterer Störfaktor sind ST-Strecken-Hebungen bei Athleten (Antzelevitch

et al. 2005), so dass möglicherweise Carlas intensives Basketballspiel in der höchsten Jugendliga auslösend war.

Aufgrund hochgradiger Agitation mit Eigen- und Fremdgefährdung musste Carla zunächst fixiert und engmaschig im Intensivzimmer beobachtet werden. Sie verweigerte über längere Zeit zu sprechen, zu essen oder zu trinken und lehnte jegliche Kontaktaufnahme ab. Im weiteren Verlauf nahm die Kooperation zu und es schloss sich eine vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung auf freiwilliger Basis mit einer Dauer von vier Wochen an. Zunehmend gelang es besser, therapeutischen Kontakt zu Carla herzustellen. Neben der Arbeit an den aktuellen Problemen erfolgte auch die Bearbeitung des in der Vergangenheit Erlebten mit Tod der Schwester und psychischer Erkrankung des Vaters, wofür sich Carla verantwortlich fühlte. Dennoch entfernte sich Carla auch während der stationären Behandlung immer wieder unerlaubt vom Klinikgelände, verbunden mit Fahndungen durch die Polizei.

Anamnese und Befunde wurden in der Zusammenschau als Ablehnung von Vorschriften oder Regeleinhaltung gesehen und in Verbindung mit häufigem Groll und Trotz, Schulabsentismus, Abgängigkeit von zu Hause, selbstverletzendem Verhalten in Form von Ritzen, sowie Konsumieren von Alkohol und Cannabis (ohne dass Letzteres aktuell verifiziert worden war) als kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.8) interpretiert. Das in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis vordiagnostizierte Asperger-Syndrom (F84.5) wurde als mögliche Ursache für die Schwierigkeiten in der Kontaktgestaltung zu Gleichaltrigen gesehen sowie als möglicher Auslöser für F92.8. Eine dissoziative Störung wurde für unwahrscheinlich gehalten, da die Vermeidung von unangenehmen Terminen oder Tätigkeiten eng korrelierte, Carla ihr Vorhaben jeweils gegenüber anderen Patienten ankündigte und sich keine Amnesie zeigte.

Vier Wochen später fand ein ambulantes Gespräch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Jugendamt und der Mutter statt. Die Mutter sah Carlas Symptomatik als psychotisch bedingt an, im Rahmen einer multiplen Persönlichkeit oder einer dissoziativen Störung (wie in der anderen vorbehandelnden Kinder- und Jugendpsychiatrie diagnostiziert). Da stationär weder psychotische Symptomatik (F2) noch Symptome einer Multiplen Persönlichkeit (F44.81) beobachtet wurden und den Mitarbeitern der aktuell behandelnden Kinder- und Jugendpsychiatrie die Autismus-Spektrumstörung

fraglich bzw. nachrangig erschien, wurde eine Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.8) diagnostiziert.

Vier Monate später erfolgte eine vierwöchige tagesklinische kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung. Die sozialpädagogische Familienhilfe berichtete, dass Carla in den vergangenen Wochen mehrfach abgängig gewesen sei. Carla habe sich bei ihr gemeldet, jedoch nichts Konkretes geschrieben, was auf ihren Aufenthaltsort hingedeutet habe. Die Mutter habe Carla nicht mehr unbeaufsichtigt gelassen, da es immer wieder zu Vorfällen gekommen sei, wenn Carla weglaufen sei. Häufig seien Notrufe bei der Polizei eingegangen, bei denen Vieles darauf hindeutet habe, dass diese von Carla selbst abgesetzt worden seien. Auch seien Gegenstände in ihrer Gegenwart verschwunden, des Weiteren sei Feuer gelegt worden. Zudem ziehe es Carla besonders häufig zu einem verlassenen Krankenhausgelände. Carla selbst habe sich nicht erinnern können, in die Vorfälle involviert zu sein bzw. habe dies abgestritten. Wenn die Polizei am Einsatzort eingetroffen sei, habe Carla häufig angegeben, dass sie krank sei und lebenswichtige Medikamente nicht genommen habe. Auch sei aufgefallen, dass Carla sich häufig sehr negativ bei Jugendlichen oder fremden Erwachsenen darstelle, so beschreibe sie sich selbst als ‚schlimmes Mädchen‘, das rauche, Drogen nehme, auf der Straße lebe, obwohl dies nicht der Fall ist. Durch ihre negative Darstellung bzw. Fantasiegeschichten habe sie häufig auch Ablehnung durch Gleichaltrige erfahren. Zudem sei Carla häufig niedergestimmt gewesen, habe sich zurückgezogen und wenig schwingungsfähig gezeigt.

Carla wirkte bei der Aufnahme sehr müde, gab wenig Auskunft und war den Gesprächspartnern zeitweise abgewendet. Auf Fragen antwortete sie nonverbal, häufig zuckte sie mit den Schultern. Sie schloss im Gespräch mehrfach die Augen, war jedoch bewusstseinsklar. Sie suchten nicht Blickkontakt, im Affekt wirkte sie niedergestimmt und stark eingeschränkt schwingungsfähig. Die Psychomotorik war etwas verlangsamt. Bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich oberflächliche Kratzwunden im Bereich des Kinns. Die Mundhöhle war nicht beurteilbar, da Carla sich weigerte, sie untersuchen zu lassen. Der neurologische Befund war unauffällig bei guter Kooperation. In den Laborbefunden war Ferritin erniedrigt auf 14 ng/ml (Normal: 30 ng/ml – 400 ng/ml), im Urin waren die Leukos erhöht auf 250 μ l (Normal: 0 μ l – 25 μ l), Drogenscreening negativ für Amphetamine, Benzodiazepine, Cannabinoide, Kokain, EDDP und Opiatderivate. Alle weiteren Laborbefunde waren unauffällig. Bei der testpsychologischen Untersuchung sprach Carla

nicht mit der Testleiterin. Die Fragebögen füllte sie zügig und konzentriert aus. Beim CFT 20-R verstand sie die Beispielaufgaben sehr schnell und bei der Bearbeitung der Testaufgaben war sie oftmals schon vor Ablauf der Zeit fertig. Im sprachfreien Grundintelligenztest CFT 20-R lagen ihre Ergebnisse im ersten Testteil im Grenzbereich zwischen überdurchschnittlich und hochbegabt (IQ= 135), im zweiten Testteil im Grenzbereich zwischen oberem Durchschnittsbereich und überdurchschnittlich (IQ=114). Der Gesamtwert lag im Grenzbereich zwischen überdurchschnittlichen Bereich und Hochbegabung (IQ= 132). Die signifikante Abweichung zwischen erstem und zweitem Testteil sprechen dafür, dass Carlas Konzentration und Motivation mit der Zeit abgenommen haben. Daher war der Gesamt-IQ nur eingeschränkt interpretierbar und es wurde vom Ergebnis des ersten Testteils ausgegangen. In der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP) ergaben sich ebenfalls deutliche Hinweise auf Konzentrationsprobleme. Auch in dem Screening-Instrument Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES II) erreichte Carla einen sehr auffälligen Gesamtwert. Eine hohe Bewertung gab sie u.a. den Items „Manchmal kann ich etwas sehr gut, was mir ein anderes Mal überhaupt nicht gelingt“, „Mein Verhältnis zu meiner Familie und meinen Freunden ändert sich plötzlich, ohne dass ich wüsste, warum“ und „Ich erwische mich dabei, etwas zu tun, das ich wirklich nicht tun möchte und von dem ich genau weiß, dass es falsch ist.“ Im Screening-Fragebogen „Somatogene Dissoziation für Kinder und Jugendliche“ gab Carla u.a. an, es „mäßig oft“ erlebt zu haben, dass sie für kurze Zeit krampfartige Bewegungen gemacht habe und dabei nicht ansprechbar gewesen sei. Sie könne häufiger mehrere Nächte nicht schlafen, sei dann aber tagsüber trotzdem sehr aktiv und sie habe schon häufiger das Gefühl gehabt, für kurze Zeit nichts zu hören. Carla berichtete auch, es oft zu erleben, dass ihre Haut sich an den Beinen anders als sonst anfühlt und dass sie nicht oder nur sehr mühsam sprechen oder nur flüstern kann. Im Freitext gab sie einerseits an, dass sie die Tage, wenn sie krank sei, „nicht wirklich“ genießen könne und andererseits, dass sie nicht froh sei, wenn sie schnell wieder gesund wird.

Im teilstationären Alltag zeigte sich Carla zunächst sehr zurückhaltend, wortkarg und müde. In größeren Gruppen zeigte sie deutlich Unsicherheiten, im Kontakt zu Einzelpersonen wirkte Carla dagegen gelöster, zog sich jedoch auch phasenweise zurück. Mit Carla wurden Handlungsstrategien zum Umgang mit Überforderungssituationen besprochen, die sie jedoch nicht immer anwandte. Zunächst hatte Carla Schwierigkeiten an den gemeinsamen Mahlzeiten teilzunehmen, da sie diese Situation als häufig zu laut empfand. Im Verlauf war dies weniger schwierig, allerdings musste sie häufig an die

Nahrungsaufnahme/Trinkmenge erinnert werden. Des Weiteren klagte Carla häufig über Kopf- oder Knieschmerzen und forderte ärztliche Untersuchungen ein. Oftmals teilte Carla schriftlich und kurz vor Ende des Behandlungstages mit, dass es ihr nicht gut gehe. Zudem gab es immer wieder Phasen, in denen Carla die Teilnahme an Gruppen oder Aktivitäten verweigerte, nicht auf Ansprache reagierte oder sich im Ruheraum versteckte. Auch war sie mehrfach abgänglich, wobei die Polizei stets involviert war: entweder ging Carla selbst zur Wache oder sie wurde von der Polizei aufgegriffen. Auch wurde sie einmal für einige Stunden auf die somatische Intensivstation gebracht.

In der Einzeltherapie wurden Alternativen zum Weglaufen als Umgang mit Stress/Überforderungssituationen sowie Verbesserung der Konfliktlösestrategien als konkrete Ziele erarbeitet. Selbstbeobachtungsprotokolle zur Verhaltensanalyse (auslösende Situationen für das Weglaufen, Einfluss dysfunktionaler Gedanken auf die Stimmung, alternative Handlungsweisen) füllte Carla zwar meistens zuverlässig aus, das Ausgefüllte blieb jedoch oberflächlich. Es wurde ein auf Interaktion und Kommunikation fokussiertes Problemlösetraining (u.a. Umgang mit Überforderungssituationen) durchgeführt, es wurden alternative Stressbewältigungsstrategien eingeübt sowie Stabilisierungstechniken. Es fiel auf, dass Carla bei positiv besetzten Themen sowie bei oberflächigen Themen sehr zugänglich war, sehr detailliert berichtete, jedoch auch dass Carlas eigene Wahrnehmung nicht immer der Realität entsprach und die Schilderungen teilweise sehr skurril waren. Wenn schwierige Themen angesprochen wurden bzw. wenn konkreter nachgefragt wurde, wechselte Carla entweder das Thema oder reagierte nur noch nonverbal mit Kopfnicken/-schütteln, Schulterzucken und nahm eine abgewandte Körperhaltung ein. Zeitweise antwortete Carla indem sie sich schriftlich mitteilte, u.a. waren dann die Schilderungen der Situation (z.B. Grund der Abgängigkeit) sehr abenteuerlich, sodass es insgesamt sehr schwer fiel, eine Behandlungsperspektive zu erarbeiten.

In der Gruppentherapie war Carla deutlich angespannt und nervös, beteiligte sich nur auf Ansprache einsilbig und leise an der Gruppe. Im Verlauf sprach sie etwas lauter, wirkte etwas gelöster, zeigte sich jedoch weiter passiv. Sie wurde u.a. im Kommunikationsverhalten im Umgang mit Gleichaltrigen und Erwachsenen geschult. Auch wurden Achtsamkeitsübungen, Übungen zur Stärkung des selbstsicheren Auftretens sowie der Umgang mit Stress und Selbstmanagementstrategien durchgeführt.

In den Familiengesprächen wurden vor allem die Ressourcen der Familie aktiviert. Auch wurde die Mutter angeleitet ihre Tochter bei der

Alltagsbewältigung zu unterstützen, so führte die Familie u.a. einen schriftlichen Plan mit den Haushaltspflichten ein mit positiven Verstärkern bei Einhaltung.

Carla schlief zu Beginn der Behandlung häufig im Unterricht ein. Die gestellten Aufgaben konnte sie allerdings immer gut erledigen, sie verfügte über eine sehr schnelle Auffassungsgabe. Carla schaffte es allerdings nicht, ihre Bedürfnisse bei den Lehrern zu formulieren.

Die während einer früheren stationären Behandlung begonnene Behandlung mit Quetiapin 200 mg/d wurde aufgrund des wenig positiven Effekts auf die Symptomatik ausgeschrieben. Dem Eindruck der Mutter nach war Carla nun fröhlicher, wacher und aktiver, bleibe jedoch abends länger wach.

Die wiederholte Abgängigkeit vom häuslichen Umfeld sowie das konflikthafte innerfamiliäre Verhalten wurde als Störung des Sozialverhaltens interpretiert. Des Weiteren wurde aufgrund der sehr auffälligen Verhaltensweisen (u.a. häufige Notrufe bei der Polizei bei Abgängigkeit; Verschwinden von Gegenständen in ihrer Gegenwart, die sie wiederand; häufiges Aufsuchen eines verlassenden Krankenhauses; Einfordern von medizinischer Untersuchungen; Geschichten erfinden über Kontakte und Chats, die nie stattgefunden hatten und über ihre eigene Identität, bizarre Symptomatik, auffällige Beziehungsgestaltung, Vortäuschung von Verwirrheitszuständen, etc.) während des Aufenthaltes und gemäß Vorbefunden ein Münchhausen-Syndrom diagnostiziert. Die beschriebene und beobachtete Symptomatik war nicht ausreichend durch ein Asperger-Syndrom zu erklären. Zudem zeigte Carla immer wieder Verhaltensweisen, die für ein Asperger-Syndrom untypisch sind. Ob die bzgl. Asperger-Syndrom gezeigte und berichtete Symptomatik tatsächlich auf ein Asperger-Syndrom zurückzuführen ist oder eher im Kontext der artifiziellen Störung zu sehen ist, ließ sich in der tagesklinischen Behandlung nicht mit ausreichender Sicherheit auseinanderhalten.

Die Entlassung erfolgte in emotional stabilem Zustand ohne Anzeichen von Suizidalität.

Aufgrund der artifiziellen Störung wurden regelmäßige ambulante Kontakte sowohl kinder- und jugendpsychiatrisch als auch kinder- und jugendärztlich empfohlen. Mit dem Kinderarzt wurde besprochen, dass Carla sowohl somatisch als auch jugendpsychiatrisch regelmäßig ambulant einbestellt wird.

Zur Verlaufskontrolle fand ein ambulanter Termin mit der Familie zwei Wochen nach Behandlungsende statt. Es wurde berichtet, dass Carla erneut häufig von zuhause abgängig sei.

Drei Wochen nach der tagesklinischen Behandlung kam es erneut zu einer notfallmäßigen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Aufnahme. Carla habe einen Großbrand gelegt. In der gleichen Woche habe die Mutter fünf Anrufe der Polizei aufgrund von Brandstiftungen durch ihre Tochter erhalten. Es gebe noch keine Strafanzeige, Carla gelte jedoch als Hauptverdächtige. Es liege jedoch eine Strafanzeige von vor einem halben Jahr vor, in welcher Carla beschuldigt werde, einen Container angezündet zu haben. Die Verhandlung stehe noch aus. Auch sei bei Carla ein Brief gefunden worden, in dem sie davon schreibt, „vergiftete Bonbons in der Nachbarschaft zu verteilen.“

Carla ließ sich freiwillig auf die stationäre Behandlung ein. Sie war bei Aufnahme ausreichend orientiert, wach und bewusstseinsklar. Keine Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen oder Wahrnehmungsstörungen. Im Kontakt schien Carla gehemmt, psychomotorisch unruhig, wirkte belastet und im Affekt schwingungsarm. Im Aufnahmegespräch ergaben sich keine Hinweise auf Suizidalität. Der körperliche Befund war unauffällig.

Im stationären Verlauf blieb Carla freiwillig, zeigte sich jedoch zunächst verschlossen, unkooperativ, zeitweise ablehnend. Meistens reagierte sie einsilbig oder nonverbal auf Ansprache und wirkte niedergestimmt. Häufig musste sie an die Nahrungsaufnahme erinnert werden. Die Besuche der Mutter liefen harmonisch ab. Im Kontakt mit der Mutter war sie ausgelassen, redselig und schwingungsfähig.

Im Verlauf nahm Carla mehr Kontakt zu den Mitpatienten auf. Auch zeigte sie sich kooperativer und kommunikativer im Kontakt zum Behandlungsteam. Im Schulunterricht nahm Carla sehr engagiert am Unterricht teil, arbeitete teilweise vor, wirkte ausgeglichen. Sportliche Angebote nahm sie gern an, zeigte sich dann gesprächiger. Sie hatte jedoch deutliche Schwierigkeiten, Bedürfnisse zu äußern. Auch zeigten sich im Stationsalltag immer wieder von ihr nicht erklärbare Stimmungseinbrüche, die jedoch oftmals kontextabhängig aufhellten. So wirkten sich sowohl Sportangebote in der Gruppe als auch Besuche der Mutter oder des leiblichen Vaters sehr positiv auf Carlas Stimmungslage aus: Sie war in solchen Situationen angemessen schwingungsfähig, ausgelassen und lachte, wirkte angemessen. Im weiteren stationären Verlauf zeigte sie sich auch in anderen Situationen sehr gesprächig und schwingungsfähig, im Kontakt freundlich und angemessen.

In der Einzeltherapie wirkte Carla nicht autistisch, sondern band den Therapeuten ein und teilte Erlebnisse. Sie wirkte dabei gelöst. Gelegentliche Übertreibungen wirkten wie auf einer jüngeren Entwicklungsstufe. Wurde das Gespräch auf mögliche Unwahrheiten gelenkt, verneinte sie Kenntnis und Absicht und wirkte unangenehm berührt. Auf die Frage nach dem Wunsch, was sich ändern soll, wird sie still und spürbar traurig. Sie möchte ihren Wunsch nicht mitteilen, wirkt verletzlich.

Auffällig blieben vermindertes Essverhalten ohne auffällige Korrelate im BMI (schlank, aber oberhalb der 25. Altersperzentile) und Aufmerksamkeitsdefizite, wobei unklar war, ob diese auf eine depressive Störung, ADS ohne Hyperaktivität und/oder eine andere psychische Störung zurückzuführen sind. Drei Wochen nach Aufnahme teilte die Mutter mit, dass Carla sehr traurig und demotiviert wirkte und den Wunsch geäußert habe, entlassen zu werden, da sie an diesem Tag keine Einzeltherapie erhalten habe, obwohl sie davon ausgegangen war. Sie hatte von sich aus nicht eigenständig auf ihren Therapeuten zugehen können. Da am nächsten Tag wieder eine Einzeltherapie stattfand, blieb Carla weiterhin freiwillig.

Literatur

- Altunkaynak S, Ertekin V, Alp H, Fidan T* (2009) Munchausen's Syndrome. *EAJM* 41, 126-128)
- American Psychiatric Association* (2013) DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing
- Antzelevitch C, Brugada P, Borggreffe M, Brugada J, Brugada R, Corrado D, Ihor Gussak, Herve LeMarec, Koonlawee Nademane, Andres Ricardo Perez Riera, Wataru Shimizu, Eric Schulze-Bahr, Hanno Tan and Arthur Wilde* (2005) Brugada Syndrome: Report of the Second Consensus Conference Endorsed by the Heart Rhythm Society and the European Heart Rhythm Association. <http://circ.ahajournals.org/content/111/5/659>
- Asher R* (1951) Munchausen's syndrome. *Lancet* Feb 10;1(6650):339-341
- Ballas SK* (1996) Factitious sickle cell acute painful episodes: A secondary type of Munchausen syndrome. *Am J Haematol* 53(4):254-258
- Bass C, Halligan P* (2014) Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet* 383(9926):1422-1432
- Bezner SK, Buchanan GR* (2013) Bleeding from the eyes and through intact skin: Physiologic, structural, spiritual, or faked? *Am J Hematol* 88:713-716
- Bliss EL* (1974) Self-induced abscesses: A diagnostic and treatment enigma. *Int J Psychol Med* 1974;5:275-82.

- Chastaing M* (2009) Pathomimie et syndrome de Münchhausen. *La Revue du praticien* 59(4), 511-517
- Cramer B, Gershberg MR, Stern MR* (1971) Munchausen's syndrome: Its relationship to malingering hysteria and the physician-patient relationship. *Arch Gen Psychiatry* 24:573–8.
- Delbrück A* (1891) Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler. Eine Untersuchung über den allmählichen Übergang eines normalen psychologischen Vorgangs in ein pathologisches Symptom. Stuttgart: Enke
- Depauw A, Loas G, Delhaye M* (2015) Munchausen by proxy syndrome. *Rev Med Brux* 36(3):152-157
- DIMDI* (2016) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification Version 2016. <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/>
- DeWitt DE, Ward SA, Prabhu S, Warton B* (2009) Patient privacy versus protecting the patient and the health system from harm: a case study. *Med J Aust* 2009;191(4):213–216
- Eastwood S, Bisson JI* (2008) Management of factitious disorders: a systematic review. *Psychother Psychosom* 77(4):209–218
- Eckhardt A* (1996) Artificielle Störungen. *Deutsches Ärzteblatt* 93, Heft 24, A-1622–1626
- Eisendrath SJ, Feder A* (1996) Management of factitious disorder. In: Feldman MD, Eisendrath SJ (eds). *The Spectrum of Factitious Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Elwyn, Todd S* (2014) Factitious Disorder Imposed on Self Treatment & Management. <http://emedicine.medscape.com/article/291304-treatment#d1> Access: 29.6.2016
- Faust V (Zugriff 27.8.2016) Vorgetäuschte Gesundheitsstörungen. http://www.psychosozialesgesundheit.net/pdf/Int.1-Vorgetaeuschte_Gesundheitsstaorungen_Grossskapitel.pdf
- Feldman MD* (2006) Wenn Menschen krank spielen: Münchhausen-Syndrom und artifizielle Störungen. München: Ernst Reinhardt
- Feldman MD* (2008). In: Phillips KA [ed.] Factitious disorder, in somatoform and factitious disorders. American Psychiatric Publishing
- Feldman MD, Ford CV* (2000) Factitious disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA [eds]. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1533–1543
- Feily A, Namazi MR, Saboktakin M, Mehri M, Lotfi J, Ayoobi A, Ghadakzadeh S, Karimian N* (2009) Selfinflicted nonhealing genital ulcer: a rare form of factitious disorder. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat* 18(2):83-85
- Fliege H, Scholler G, Rose M, Willenberg H, Klapp BF* (2002) Factitious disorders and pathological selfharm in a hospital population: an interdisciplinary challenge. *Gen Hosp Psychiatry* 24(3):164–171
- Gabbard GO* (2014) *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders* 5th Edition. Amer Psychiatric Pub; 5 edition
- Gabbard GO* (2007) *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders* 5th Edition. Amer Psychiatric Pub; 4 edition

- Garlipp P* (2011) Pseudologia phantastica. *Nervenheilkunde* 10, 823-827
- Gelenberg A* (1977) Munchausen's syndrome with a psychiatric presentation. *Dis. Nerv. Syst.* 38:378-380
- Grant JE, Brewer JA, Potenza MN. The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS Spectr* 2006; 11(12): 924-930
- Grover S, Kumar S, Kumar Mattoo S, Prakash Painuly N, Bhateja G, Kaur R* (2005) Factitious schizophrenia. *Indian J Psychiatry* 47(3): 169-172
- Grüsser SM, Poppelreuter S, Heinz A, Albrecht U, Saß H. Verhaltenssucht - Eine eigenständige diagnostische Einheit? *Nervenarzt*; Online publiziert: 18. Mai 2007
- Heide S, Kleiber M* (2006) Selbstbeschädigung – eine rechtsmedizinische Betrachtung. *Dtsch Arztebl* 103(40), A 2627-33
- Henderson S* (1974) Care eliciting behavior in man. *J Nerv Ment. Dis* 159:172-81.13.
- Hoffmann SO, Hochapfel G, Eckhardt-Henn A, Heuft G* (2009) Artificielle Störungen. In: Sven Olaf Hoffmann, Gerd Hochapfel, Annegret Eckhardt-Henn, Gereon Heuft [Hrsg.] *Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin.* 8., vollst. überarb. und erw. Aufl. Schattauer, 156-164 Myall RWT, Collins FJU, Ross A, et al. [1984] Chronic factitious illness: Recognition and management of deception. *J Oral Maxillofac Surg* 42:97-100
- Hirayama Y, Sakamaki S, Tsuji Y, Sagawa T, Takayanagi N, Chiba H, et al.* (2003) Fatality caused by selfbloodletting in a patient with factitious anemia. *Int J Hematol* 78(2):146-148
- Huber G* (2005) *Psychiatrie: Lehrbuch für Studium und Weiterbildung.* 7. Aufl. Schattauer
- Imber-Black E* (2006) Familien und größere Systeme: Im Gestrüpp der Institutionen. 5. Aufl. Heidelberg: Carl Auer Verlag
- Jaghab K, Skodnek KB, Padder TA* (2006) Munchausen's Syndrome and Other Factitious Disorders in Children—Case Series and Literature Review. *Psychiatry March*, 46-55
- Kansagara DL, Tetrault J, Hamill C, Moore C, Olson B* (2006) Fatal factitious Cushing's syndrome and invasive aspergillosis: case report and review of literature. *Endocr Pract* 12(6):651-655
- Kaplan H., Sadock BJ, Grebb JA* (1996) Factitious disorders. In: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Seventh Edition. Williams and Wilkins
- Karle, M.; Klosinski, G.* (1995) Zerstückelung an Leib und Seele. Kunst- und bibliotherapeutischer Zugang zu einer Jugendlichen mit Münchhausen-Syndrom. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 6:16-28
- Lawlor A, Kirakowski J* (2014) When the lie is the truth: grounded theory analysis of an online support group for factitious disorder. *Psychiatry Res* 218(1):209-218
- Libow JA* (2000) Child and adolescent illness falsification. *Pediatrics* 105(2):336-342
- Marneros A* (2007) Artificielle Störungen, Vorgetäuschte Störungen und Münchhausen-Syndrom. In Rohde A, Marneros A [Hrsg.] *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie: ein Handbuch.* W. Kohlhammer Verlag, 260-265

- Marzuillo P, Marotta R, Apicella A, Guarino S, Esposito T, Della Vecchia N, Diplomatico M, Polito C, Perrone L, La Manna A. (2016) From oliguria to urinary incontinence: a case of Munchausen's syndrome in an adolescent boy. *Int J Adolesc Med Health*. 2016 Aug 5. pii: /j/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2016-0039/ijamh-2016-0039.xml. doi: 10.1515/ijamh-2016-0039
- Mayo JP, Haggerty JJ (1984) Longterm psychotherapy of Munchausen syndrome. *American Journal of Psychotherapy* 28, 571-578
- McEwen DR (1998) Recognizing Munchausen's syndrome. *J Assoc Perioper Regist Nurs* 67(2):440-442
- Nichols GR, Davis GJ, Corey TS (1990) In the shadow of the baron: sudden death due to Munchausen syndrome. *Am J Emerg Med* 8(3):216-219
- Paperny D, Hicks R, Hammar SL (1980) Munchausen's syndrome. *Am J Dis Child* 134:794-795.
- Peebles R (2005) FD and malingering in adolescent girls: Case series and literature review. *Clin Pediatr* 44(3):237-243
- Plassmann R (1994a) Münchhausen syndromes and factitious diseases. *Psychother Psychosom* 62(1-2):7-26
- Plassman R (1994b) The biography of the factitious-disorder patient. *Psychother Psychosom* 62:123-128.
- Pope HG, Jones JM, Jones B (1982) Factitious psychosis: Phenomenology, family history, and longterm outcome of nine patients. *Am J Psychiatry* 39:1480-1483.
- Prior TI, Gordon A (1997) Treatment of factitious disorder with pimozide. *Can J Psychiatry* 42(5):532
- Raymond CA (1987) Munchausen's may occur in younger persons. *J Am Med Assoc* 257:3332
- Reich P, Gottfried LA (1983) Factitious disorders in a teaching hospital. *Ann Intern Med* 99:240-247
- Ritson B, Forrest A (1970) The simulation of psychosis: A contemporary presentation. *Br J Med Psychol* 43:31-37
- Robertson MM, Hossain G (1997) Munchausen's syndrome coexisting with other disorders. *Br J Hosp Med* 58(4):154-155
- Robertson MD, Kerridge IH (2009) "Through a glass, darkly": the clinical and ethical implications of Munchausen syndrome. *Med J Aust*. 191(4):217-219
- Sahoo S, Choudhury S (2016) Dermatitis artifacta of tongue: A rare case report. *Indian journal of psychiatry* 58(2), 220-222
- Sale I, Kalucy R (1980) An observation on the genesis of Munchausen's syndrome: A case report. *Aust N Z J Psychiatry* 14:61-64
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision - DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe 2003
- Schiepek G. (1999) Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht

- Shapiro, Allan P.; Teasell, Robert W.* (2004) Behavioural interventions in the rehabilitation of acute v. chronic nonorganic (conversion/factitious) motor disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 185 (2), 140-146
- Simmich, Thomas* (2006) Artificielle Störungen. In: Michael Zaudig, Rolf Dieter Trautmann-Sponsel, Peter Joraschky, Rainer Rupprecht, Hans-Jürgen Möller, Henning Sass [Hrsg.] *Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Springer-Verlag, 79-81
- Spitzok von Brisinski I* (2014) Systemische Sicht. In: Bilke-Hentsch, O., Wölflin K., Batra, A. (Hrsg.) *Praxisbuch Verhaltenssucht: Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Stuttgart, New York: Thieme, 48-57
- Spitzok von Brisinski I* (2013a) Systemische Aspekte von Verhaltenssuchten und Impulskontrollstörungen. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 23(3): 43-91
- Spitzok von Brisinski I* (2013b) ADHS und Asperger-Syndrom. In: Christian Fischer, Christiane Fischer-Ontrup, Ursel Westphal (Hg.) *Individuelle Förderung - Lernschwierigkeiten als schulische Herausforderung*. Münster: LIT-Verlag, 151-168
- Spitzok von Brisinski I* (2007) Störungen des zwanghaften Spektrums (Obsessive Compulsive Spectrum Disorders). *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 17(3), 10-88
- Spitzok von Brisinski I* (2003) Systemische und lösungsorientierte Ansätze in der Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für systemische Therapie* 21, 157-167
- Spitzok von Brisinski I, Habermeyer E* (2009) Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle. In: Fegert, J.M.; Streeck-Fischer, A.; Freyberger, H. J. (Hg.) *Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer, 430-456
- Spitzok von Brisinski, I., Suckut, S., Feld, K.* (2015) Bäume statt Haare ausreißen – Lösungsorientierte und systemische Therapie bei Trichotillomanie. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung* 33 (4), 162-173
- Spivak A, Eisendrath SJ* (2003) Factitious disorder. In: Aminoff M, Daroff R [eds.] *Encyclopedia of the neurological sciences*. USA: Elsevier Science, 345–347
- Stanley MA, Cohen LJ. Trichotillomania and Obsessive-Compulsive Disorder. In: Stein DJ, Christenson GA, Hollander E (Eds.). *Trichotillomania*. Washington, DC; London: American Psychiatric Press 1999.
- Steel RM* (2009) Factitious disorder (Munchausen's syndrome). *J R Coll Physicians Edinb* 39:343–347
- Sussman N, Hyler SE* (1985) Factitious disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Fourth Edition*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins, 1242–1247
- Sutherland AJ, Rodin GM* (1990) Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics* 31(4):392–399

- Szoke, Andrei; Boillet, Didier* (1999) Factitious Disorder with Psychological Signs and Symptoms – Case Reports and Proposals for Improving Diagnosis. *Psychiatry On-Line*. <http://www.priory.com/psych/factitious.htm>
- Taube K.-M.* (2006) Krankheitsbilder in der Psychosomatischen Dermatologie. *Z Allg Med* 82, 390–395
- Tec L* (1975) Precursors of Munchausen's syndrome in childhood. *Am J Psychiatry* 132:757
- Todd S, Iqbal A* (2006) Factious Disorders — eMedicine. Available at: www.emedicine.com/med/topic3125.htm, Access date: March 2006.
- Vaduganathan M, McCullough SA, Fraser TN, Stern TA* (2014) Death due to Munchausen syndrome: a case of idiopathic recurrent right ventricular failure and a review of the literature. *Psychosomatics* 6(55):668–672
- World Health Organization* (1992) The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization
- Yanik M, San I, Alatas N* (2004) A case of factitious disorder involving menstrual blood smeared on the face. *Int J Psychiatry Med* 34(1):97-101
- Yates GP, Feldman MD* (2016) Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. *Gen Hosp Psychiatry* Jul-Aug;41:20-28

Kontaktadresse:

Dr. med. Ingo Spitzczok von Brisinski
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes-
und Jugendalters, LVR-Klinik Viersen
Horionstr. 14, D-41749 Viersen
Ingo.SpitzczokvonBrisinski@lvr.de
www.klinik-viersen.lvr.de/kinderjugendliche

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Vor 25 Jahren umfasste der „Mitgliederrundbrief III-1991“ schon stolze 60 Seiten.

Neben dem „Mitgliederrundbrief“ im engeren Sinne, dem Protokoll der Mitgliederversammlung am 03.05.1991 in Bad Homburg im Zusammenhang mit der Jahrestagung der DGKJ, der Einladung zu einer Symposion in Burg / Kreis Lübben zur Situation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in den Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen am 06./07.09.1991 enthielt das Heft vier wissenschaftliche Beiträge.

Die Mitgliederversammlung hatte am 03.05.2016 Dr. med. Ulrich Schumann mit großer Mehrheit als weiteren Beisitzer in den Vorstand des BKJP gewählt. Die vorgeschlagenen Satzungsänderungen, die den Namen und die Gemeinnützigkeit des Berufsverbandes betrafen, wurden ohne Gegenstimme und mit 2 Enthaltungen angenommen. Die Änderung des Namens in „Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland e.V.“ trug dem Umstand Rechnung, dass es inzwischen in Deutschland auch Kinder- und Jugendpsychiater mit ausländischer Nationalität gab, die vom bisherigen Namen „deutsche Kinder- und Jugendpsychiater“ nicht umfasst wurden.

Thematisch berichtete **Ernst Federn**, Sozialtherapeut in Wien, über „Süchtiges Verhalten im Kindes- und Jugendalter aus sozialpsychologischer Sicht“. Damals war für mich besonders interessant, dass ein ausgewiesener Psychoanalytiker bereit war, drogenabhängige Jugendliche in einem Jugendgefängnis in Wien zu behandeln, also unter Rahmenbedingungen, die klassischen Analytikern völlig fremd waren.

Dr. med. W. Huck berichtete in seinem Beitrag „Drogentherapeutische Ansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ über die Erfahrungen aus 20 Jahren Drogenarbeit im Institut für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik in Hamm.

PD Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrike Lehmkuhl stellte den aktuellen Stand der Diagnostik und Therapie von „Aufmerksamkeitsstörungen im Kindesalter“ dar.

Den breitesten Raum in diesem Heft nahm die Kurzfassung der „Untersuchung zum Berufsverständnis der Kinder- und Jugendpsychiater/innen in Westdeutschland einschließlich Berlin-West“ von **Sibylle Winter und Prof. Dr. med. U. Knölker** ein, die auf der Dissertationsarbeit von Frau Winter beruhte.

Danach war vor einen Vierteljahrhundert die Psychotherapie zwar noch nicht in den Facharzttitel integriert, 80 % der Kinder- und Jugendpsychiater/innen Westdeutschlands hatten aber bereits den Zusatztitel Psychotherapie, und zwar 66 % in tiefenpsychologisch / analytischer Psychotherapie und 25 % in Verhaltenstherapie, 17 % hatte den Zusatztitel Psychoanalyse.

Doch auch die Neuropsychiatrie, die besonders in der ehemaligen DDR gepflegt worden war, war auch in Westdeutschland noch gut vertreten. 22 % hatten ein EEG-Zertifikat bzw. waren in einer entsprechenden Ausbildung.

Entsprechend der damaligen Weiterbildungsordnung für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie, die je ein Jahr Kinderheilkunde und ein Jahr Psychiatrie vorschrieb, hatten die meisten eine abgeschlossenen Weiterbildung in einem weiteren Fachgebiet, 57 % in Kinderheilkunde und 38 % in Psychiatrie und/oder Neurologie.

Damals arbeiteten 58 % der Kinder- und Jugendpsychiater/innen in der Klinik, bereits 29 % waren niedergelassen und 13 % waren in anderen Institutionen tätig.

Die Erfahrung mit Kindern bezog sich bei den meisten nicht nur auf Patienten. 12 % der befragten Kinder- und Jugendpsychiater/innen hatten 1 Kind, 32 % 2 Kinder und 32 % mindestens 3 Kinder.

In dem Beitrag und darüber hinaus in der Dissertationsarbeit selbst finden sich noch zahlreiche Details, die sehr aufschlussreich für die stürmische Entwicklung unseres Fachgebiets in den vergangenen knapp 50 Jahren sind.

Was alles im Forum/Mitgliederrundbrief IV/1991 stand, das erfahren Sie im „forum 4/2016“. Bleiben Sie neugierig!

Ausschreibung

Promotionsstipendium der Stiftung Irene

Die Stiftung Irene schreibt in Kooperation mit der WGAS (Wissenschaftliche Gesellschaft Autismus-Spektrum) ein jährliches Promotionsstipendium aus. Mit dem Promotionsstipendium sollen empirische Doktorarbeiten mit dem Thema Autismus gefördert werden.

Die Forschung über das Autismus-Spektrum hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. Bisher lag der Fokus meist auf der Erforschung des High-Functioning-Autismus oder des Asperger Syndroms, also den Autismusformen, bei denen keine kognitive Beeinträchtigung besteht. Im Vergleich dazu wurden bisher relativ wenige Fragestellungen untersucht, die Personen - insbesondere Erwachsene - mit frühkindlichem Autismus (Kanner-Autismus) und Intelligenzminderung fokussieren. Vor diesem Hintergrund schreibt die Stiftung Irene in Kooperation mit der Wissenschaftlichen Gesellschaft Autismus-Spektrum e.V. (WGAS) ein Promotionsstipendium für die Förderung einer empirischen Doktorarbeit aus. Bevorzugt gefördert werden Promotionsvorhaben, bei denen der frühkindliche Autismus im Erwachsenenalter im Fokus steht. Zur Bewerbung eingeladen sind aber auch Kandidaten, die eine Fragestellung mit Schwerpunkt frühkindlicher Autismus im Kindesalter oder hochfunktionalen Autismus bearbeiten möchten.

Die Arbeit kann in englischer Sprache verfasst sein, muss aber in einer deutschen Hochschule eingereicht werden. Die deutsche Staatsangehörigkeit ist nicht zwingend.

Mögliche Forschungsbereiche wären z.B.

- Lebensqualität von Personen mit frühkindlichem Autismus
- frühkindlicher Autismus über die Lebensspanne
- Verfahren zur besseren Autismusdiagnose
- Lebensumstände von Menschen mit Autismus im Alter
- familiäre Bindung und Abhängigkeit (Eltern und/ oder Geschwister)

Die WGAS bietet dem Promovenden während der Promotionszeit wissenschaftliche Betreuung (Zweitbetreuung der Doktorarbeit durch WGAS-Mitglied, Möglichkeit des Mentoring durch WGAS-Vorstandsmitglied, Besuch der wissenschaftlichen Tagung Autismus-Spektrum (WTAS)). Die Höhe des monatlichen Stipendiums beträgt max. 1200.-€. Die Förderung ist auf zwei Jahre ausgelegt. Sie wird zunächst für ein Jahr bewilligt und wird nach der Vorlage eines erfolgreichen Zwischenberichtes um ein zweites Jahr verlängert. Danach kann das Stipendium bei guter Begründung noch zweimal um je sechs Monate verlängert werden, nicht jedoch über drei Jahre hinaus (Höchstförderungsdauer).

Folgende Bewerbungsunterlagen sind bis zum 31.1.2017 per Mail an info@wgas-autismus.org zu richten. Bei Fragen zur Bewerbung steht Frau Jennifer Kirchner ebenfalls unter genannter E-Mail-Adresse zur Verfügung.

- Anschreiben
- Kurzer Lebenslauf
- Kurz-Exposé zum Promotionsvorhaben (max. 3 Seiten)
- Zeit- und Finanzierungsplan des Promotionsvorhabens (aus dem Finanzierungsplan soll hervorgehen, ob die Promotion Vollzeit oder Teilzeit durchgeführt wird und welches andere Einkommen im Promotionszeitraum bezogen wird)
- Zeugnis der Abschlussprüfung (1 Seite)
- Gutachten von einem Hochschullehrer
- Zusage der Hochschule, das Promotionsverfahren zu ermöglichen
- Kurze Stellungnahme des Promotionsbetreuers zum Exposé

Die Unterlagen müssen in oben genannter Reihenfolge zusammengefasst in einem PDF (max. Größe 3 MB) gesendet werden.

Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit Autismus sind erwünscht, aber keine Voraussetzung. Die Bewerbung von Menschen mit Autismus, die die Voraussetzungen für eine Promotion erfüllen, ist ausdrücklich erwünscht.

Die Stiftung Irene ist eine gemeinnützige Stiftung zum Wohle autistischer Menschen (www.stiftung-irene.de). Sie wurde 1982 von Helen und Werner Blohm, selbst Eltern eines autistischen Kindes, gegründet. Seit 1983 betreibt die Stiftung Irene den Weidenhof in Hitzacker, ein spezialisiertes Wohnheim

für erwachsene Menschen mit Autismus mit einrichtungseigenen Werkstätten (www.weidenhof-autismus.de). Darüber hinaus sieht die Stiftung Irene ihre Aufgabe in der Förderung von Projekten für und mit Menschen aus dem autistischen Spektrum sowie die Erforschung des Krankheitsbildes. Die Stiftung Irene ist Mitglied der wissenschaftlichen Gesellschaft Autismus-Spektrum e.V.

Die Wissenschaftliche Gesellschaft Autismus-Spektrum e.V. (WGAS) hat als Ziel, die Förderung der Erforschung von Autismus in allen Bereichen der Grundlagen- und angewandten Wissenschaft im deutschsprachigen Raum. Weitere Informationen auf www.wgas-autismus.org.

Ausschreibung

Weber-Bosch-Preis

Die Wissenschaftliche Gesellschaft Autismus-Spektrum (WGAS) e.V. möchte Innovation und außerordentliche Leistung von im Inland oder Ausland tätigen deutschsprachigen NachwuchsforscherInnen (A, D, CH) bis zu 5 Jahre nach Dissertation bzw. Alter von 35 Jahren¹ auszeichnen.

Zu diesem Zweck vergibt die Gesellschaft zum sechsten Mal den Weber-Bosch-Preis. Er ist mit € 500,00 dotiert und wird bei der 10. Wissenschaftlichen Tagung Autismus-Spektrum (WTAS) in Berlin im März 2017 verliehen. Der Preisträger erhält dort ebenfalls die Möglichkeit, seine Arbeit in Form eines Vortrags dem Fachpublikum zu präsentieren.

Ausgezeichnet werden empirische Diplom-, Master- und Doktorarbeiten, sowie bevorzugt Publikationen in Journalen. Über die Verleihung des Preises entscheidet der Vorstand der WGAS. Gegen den Beschluss des Vorstandes ist der Rechtsweg ausgeschlossen. Die eingereichten Arbeiten sollten nicht schon anderweitig mit einem Preis ausgezeichnet worden sein. Bewerber werden gebeten, bei der Einreichung Ihrer Unterlagen mitzuteilen, ob Sie an der Preisverleihung auf der 10. WTAS teilnehmen können.

Bewerbung

Die Bewerbung muss bis zum 15.10.2016 an preise@wgas-autismus.org geschickt sein. Bewerbungsbogen, Anschreiben, Lebenslauf mit Lichtbild, wissenschaftliche Arbeit (Diplomarbeit, Doktorarbeit, Publikation in Journal) müssen beigefügt werden. Im Fall einer kumulativen Doktorarbeit muss eine Publikation zur Beurteilung ausgewählt werden. Alle Bewerbungsdokumente in einem PDF, die wissenschaftliche Arbeit jedoch als separates PDF (Mailgröße max. 3 MB) versandt werden.

Weitere Informationen unter www.wgas-autismus.org.

¹ die Altersbegrenzung kann durch Gründe wie Elternzeit, Therapieausbildung o.ä. verlängert werden, siehe Bewerbungsbogen auf www.wgas-autismus.org.

Ausschreibung

Hermann-Emminghaus-Preis 2017

Der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) ist es wichtig, den Nachwuchs für die Wissenschaft zu begeistern und somit die Voraussetzung für eine qualitativ gute und innovative Versorgung zu erhalten.

Aus diesem Anlass wird alle zwei Jahre, in der Regel während des DGKJP-Kongresses, der Hermann-Emminghaus-Preis gemeinsam mit der Hermann-Emminghaus-Medaille an Nachwuchswissenschaftler verliehen.

Er besteht aus der Hermann-Emminghaus-Medaille und einer Dotation von 10.000,00 EUR. Für die Verleihung des Preises können sich Autoren bewerben oder vorgeschlagen werden, die grundlegende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Diagnostik, der Prognose oder der Therapie psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter geleistet haben. In Betracht kommen psychodynamisch, genetisch oder zerebralorganisch orientierte Untersuchungen ebenso wie epidemiologische, katamnestiche oder therapeutische Studien. Eine Bewerbung kann mit einer oder mehreren (thematisch zusammenhängenden) wissenschaftlichen Publikationen in deutscher oder englischer Sprache erfolgen.

Bewerber sind aufgefordert folgende Unterlagen **bis zum 30.11.2016** per Post oder E-Mail einzureichen:

- die Publikation
- das Anschreiben (davon maximal vier DIN A4 Seiten zu Inhalt und Relevanz der Publikation(en))
- Publikationsliste
- Lebenslauf

E-Mail-Adresse: geschaeftsstelle@dgkjp.de

Postanschrift: DGKJP-Geschäftsstelle, Reinhardtstraße 27B, 10117 Berlin

Kaufman Assessment Battery for Children – II

Ein Erfahrungsbericht aus der Praxis

KABC-II

Kaufman Assessment Battery for Children – II

Autoren: Alan S. Kaufman, Nadeen L. Kaufman

Deutschsprachige Fassung von: Dr. Peter Melchers , Martin Melchers

PEARSON – PsychCorp –

Copyright 2004 NCS Pearson, Inc. Alle Rechte vorbehalten

Deutschsprachige Version: Copyright 2015 NCS Pearson, Inc.

Preis bei Pearson: Gesamtsatz incl. Software: 1.400,00 € zzgl. 7 % UST excl. Versandkosten

Ohne Auswertungssoftware: 1.299,00 € zzgl. 7 % UST

Lizenerweiterung für Netzwerkversion +1: 84,00 €

Der Test kann auch über „Testzentrale“ in Göttingen bezogen werden.

1991, also vor 25 Jahren, erschien die deutschsprachige Version der Kaufman-Assessment Battery für Children (K-ABC), übersetzt, adaptiert und für deutschsprachige Kinder normiert von P. Melchers und U. Preuß. Sie erfasst die Altersgruppe zwischen 2;6 und 12;5 Jahren. Die US-amerikanische Version war bereits 1978/1979 von Nadeen L. Kaufman und Alan S. Kaufman, früheren MitarbeiterInnen von David Wechsler, erarbeitet worden.

Die K-ABC wurde in der psychometrischen Testdiagnostik eine wichtige Ergänzung zu den damals verfügbaren Verfahren „Adaptives Intelligenz Diagnostikum (AID) von 1995, später als AID-2, Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder – Revidierte Fassung (HAWIK-R), nach HAWIK-III und HAWIK-IV seit 2011 als WISC-IV, und die nonverbalen bzw. sprachreduzierten, kulturunabhängigen Testverfahren CFT-1/CFT-20 und CPM/SPM. Die K-ABC fand große Verbreitung, sowohl in Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch im Bereich von Schulpsychologischem Dienst und Sonderpädagogik. In unserer eigenen Praxiserfahrung war sie besonders für

Kinder vom 4. bis 8./9. Lebensjahr geeignet. Bei jüngeren Kindern wendeten wir lieber den später erschienenen Snijders-Oomen Nonverbalen Intelligenztest (SON), bei älteren Kindern den jeweils aktuellen HAWIK an.

In meiner kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis nutzen wir die K-ABC-II, die in der deutschen Fassung 2015 veröffentlicht wurde, seit Mai 2015, wobei für uns, das sind meine psychologische Mitarbeiterin, Christine Gerdsen, Bachelor of Science in Psychology, und der Unterzeichner als Kinder- und Jugendpsychiater, zunächst durchaus Gewöhnungsbedarf bestand. Denn bei der KABC-II handelt es sich nicht nur um eine Aktualisierung der bisherigen K-ABC sondern um eine weitgehende Neukonstruktion.

In dem 338 starken, inhaltlich umfassenden Handbuch werden in 8 Kapiteln nach der Einleitung und Kurzdarstellung der KABC-II die Theoretischen Grundlagen, die Durchführung, das Protokoll der Durchführung mit Bewertung und Ausfüllen des Testbogens, die Interpretation der KABC-II, die Entwicklungsziele und inhaltliche Entwicklung der KABC-II, die Entwicklung, Erprobung und Normierung und die Reliabilität und Validität dargestellt. Nach einem Literaturverzeichnis folgen 4 Anhänge mit Prinzipien der Testdurchführung, Erklärungen zur Bewertung der Untertests Konzeptbildung und Muster ergänzen, der Interkorrelationen der Untertests, Skalen und Gesamtskalen im Altersbezug und Normtabellen und Tabellen zur Interpretation.

Welche wesentlichen Unterschiede bestehen zwischen KABC-II und der K-ABC?

Die Testkonstruktion der K-ABC beruhte auf der Theorie von Luria über neuropsychologische Verarbeitungsprozesse mit dem Ansatz simultaner/sequentieller Verarbeitung. Dagegen wurde bei der Entwicklung der KABC-II ein dualer Ansatz verfolgt, indem neben dem Modell von Luria auch das Cattell-Horn-Carroll-Modell (CHC-Modell) mit der hierarchischen Struktur genereller und spezifischer kognitiver Fähigkeiten genutzt wird. Dadurch werden gegenüber der K-ABC in erweiterter Weise Fähigkeiten der sequentielle und simultanen Verarbeitung, der fluiden und kristallinen Intelligenz, des Lernens und der Problemlösung erfasst.

Nach dem Luria-Modell korrespondieren die Skalen der KABC-II mit Lernfähigkeit, sequentieller Verarbeitung, simultaner Verarbeitung und Planungsfähigkeit.

Nach dem CHC-Modell messen die Skalen der K-ABC-II Langzeitspeicherung und -erinnerung, Kurzzeitgedächtnis, visuelle Verarbeitung, fluides Denken und Problemlösen und kristalline Fähigkeiten.

Je nach Fragestellung und dem theoretischen Ansatz der Untersucher kann durch die Art der Auswertung die Beurteilung nach dem Luria- oder dem CHC-Modell erfolgen.

Die Altersgruppe der KABC-II umfasst statt früher 2;6 bis 12;5 Jahren jetzt 3 bis 18 Jahren, also neben dem Vorschulbereich den gesamten Schulbereich und damit die für uns Kinder- und Jugendpsychiater besonders relevante Altersgruppe.

In unseren Erfahrungen wurde die K-ABC besonders von der Altersgruppe 8 bis 12 Jahre gut angenommen.

Der Zeitbedarf für die Testdurchführung und Auswertung der KABC-II wird ähnlich wie bei der K-ABC je nach Alter der Probanden und der gewählten Testform mit 30 bis 75 Minuten angegeben. In unseren eigenen Erfahrungen benötigten wir bei vergleichbaren Altersgruppen für die Testdurchführung bei der KABC-II deutlich mehr Zeit als für die Durchführung der alten K-ABC. Leistungsstarke Probanden erreichen oft erst so spät das Abbruchkriterium, dass dadurch der Testumfang und die Testdauer sehr groß werden und sich Erschöpfung und Konzentrationsprobleme einstellen und manchmal ein 2. Testtermin nötig wird. Leistungsschwächere Kinder sind teilweise trotz des ansprechenden Testmaterials von den Leistungsanforderungen entmutigt und neigen dazu, früh aufzugeben.

Auch für die KABC-II gibt es eine EDV-basierte, mehrplatzfähige Testauswertung, die sehr komfortabel ist und die Testergebnisse umfassend und differenziert darstellt. Außerdem führt sie zu einer deutlichen Zeitersparnis bei der Auswertung und ist unbedingt empfehlenswert.

Von den insgesamt 18 bzw. 16 Untertests, die Untertests „Atlantis“ und „Symbole“ werden nach einem Intervall erneut abgerufen, stammen 8 aus der alten K-ABC, wurden jedoch überarbeitet und teils neu gestaltet, und 10/8 wurden ganz neu entwickelt.

Je nach Altersstufe und Zielsetzung sind verschiedene Kerntests vorgegeben. Mit den Kerntests können alle Skalen- und Gesamtskalenergebnisse/Indices ermittelt werden.

Soll eine Untersuchung nach dem Luria-Modell, also die die Bestimmung des Intellektuellen Verarbeitungsindex (IVI) erfolgen, entfällt der Untertest „Wortschatz / Wort- und Sachwissen“. Der IVI entspricht weitgehend der Skala intellektueller Fähigkeiten der alten K-ABC.

Bei einer Untersuchung nach dem CHC-Modell, ist dieser Untertest enthalten. Das CHC-Modell ist am ehesten die Standarddurchführung, soweit nicht anzunehmen ist, dass die Überprüfung erworbenen Wissens zu einer Demotivierung des Probanden und/oder zu einer erheblichen Verzerrung des Gesamtergebnisses führen wird.

Außerdem kann ein Sprachfreier Index (SFI) analog der nonverbalen Skala der K-ABC ermittelt werden.

Welche Tests nach Alter und Zielsetzung auszuwählen sind, ist im Handbuch eindeutig vorgegeben.

Um zu validen Testergebnissen zu kommen, ist eine qualifizierte Durchführung des Tests unerlässlich. Darum verweisen die Autoren gleich nach der Einleitung in einem eigenen, 2-seitigen Beitrag auf die notwendige Qualifikation der Testanwender.

Die Kapitel 3 und 4 stellen auf 40 Seiten eingehend die Durchführung, Protokollierung und Bewertung des Tests dar.

Wer schon Erfahrung in psychometrischer Testdiagnostik hat, wird sich bei der Erarbeitung der notwendigen „Skills“ zur Testdurchführung leichter tun als NeueinsteigerInnen.

Für Erfahrene wie Novizen, die jedoch in jedem Fall über die notwendige testpsychologische „Grundausrüstung“ verfügen müssen, kann die Teilnahme an einem der von Pearson angebotenen Weiterbildungsseminare (s. u.) nützlich sein.

Die Normierung erfolgte bei der US-amerikanischen Originalfassung mit knapp 700 Kindern an verschiedenen Testorten.

Die Normierung der deutschen Fassung erfolgte über den Verlag durch das Marktforschungsunternehmen IFM Mannheim an insgesamt 1745 Probanden, davon 877 männlich und 868 weiblich in nahezu gleich großen Altersstufen von 3 bis 18 Jahren (je Jahrgang minimal 101, maximal 123 ProbandInnen). Davon stammten ca. 82,5 % aus Deutschland, ca. 11,5 % aus Österreich und ca. 6 % aus der Schweiz.

Die Auswertung der Daten erfolgte nur zum kleinen Teil durch die Autoren P. Melchers und M. Melchers sondern ganz überwiegend durch die Psychometriker von Pearson in San Antonio, Texas.

Im Handbuch finden sich auch detaillierte Hinweise zu den Bildungsabschlüssen der Müttern und Vätern der Testpersonen, zur besuchten Schulform, zum Migrationshintergrund der Eltern, zur Größe des Wohnortes und zur regionalen Zugehörigkeit, wobei die deutschen Bundesländer nach Himmelsrichtungen in 4 Gruppen zusammengefasst wurden.

Reliabilität und Validität werden im Kapitel 8 und im Tabellenanhang umfassend dargestellt.

Im Altersbereich 6 Jahre und jünger betragen die Reliabilitätsmaße für die Untertests als split-half und als Konsistenzkoeffizient zwischen .70 und .97. Im Altersbereich von 7 bis 18 Jahren liegen diese Werte zwischen .78 und .97. Für die Skalen wurden Reliabilitätskoeffizienten zwischen .88 und .97 berechnet, für die Gesamtskalen zwischen .94 und .98. Bei der Anwendung des Sprachfreien Indes (SFI) liegt der Wert zwischen .90 und .95.

Bezüglich der Konstruktvalidität, überprüft durch Interkorrelationen und Faktorenanalyse, findet sich eine hohe Übereinstimmung zwischen der Originalfassung der KABC-II und der deutschsprachigen Fassung.

Im selben Kapitel findet sich auch die Berechnung der Korrelationen mit anderen Testverfahren, insbesondere auch mit der K-ABC (alt) und der WISC-IV. In all diesen Werten wird die KABC-II als brauchbares psychometrisches Verfahren ausgewiesen.

Zu Einzelheiten wird auf das Handbuch verwiesen.

In unserer Praxis ist die KABC-II bei der Testung von Grundschulkindern zunehmend etabliert. Gestaltung und Aufbau sind für diese sehr ansprechend. Bei Kindern, die wir als leistungsschwach einschätzen, setzen wir oft noch die K-ABC (alt) ein. Vielleicht eher aus einem Gefühl heraus als objektiv begründbar. Bei Kindern jenseits des Grundschulalters und Jugendlichen sind für uns bis auf weiteres WISC-IV bzw. bei den Älteren WAIS-IV Standard.

Am Ende des Kapitels 1 des Handbuches steht die Empfehlung und Warnung: „Die Autorinnen empfehlen Diagnostikern, die das Kaufman-Testsystem noch

nicht kennen, das Sammeln von Erfahrungen mit dem Instrument, auch wenn sie ein Suchtpotenzial hinsichtlich dessen regelmäßiger Verwendung sehen.“ Entsprechende Symptome haben wir bei uns noch nicht wahrgenommen.

Das Weiterbildungsseminar zur KABC-II, das ich in Frankfurt besuchte, war didaktisch und prinzipiell auch organisatorisch sehr gut, hatte aber in der praktischen Durchführung durch eine Teilnehmerzahl von über 20 gewisse Mängel, indem nur einige der Untertests konkret im gegenseitigen Wechsel als Testperson und Proband erprobt werden konnten. Angenehm war, dass man als Proband ein Kind oder einen Jugendlichen mit einer bestimmten Vorstellungsproblematik darstellte und so nicht in die Verlegenheit kam, bei der Testdurchführung die eigenen Leistungsgrenzen aufzeigen zu müssen. Sehr deutlich wurde durch den die wechselseitigen Selbstversuche die Notwendigkeit, sich mit der Testdurchführung intensiv auseinander zu setzen, bevor man Patienten testet.

Bei dem Weiterbildungsseminar zum WNV, das ich in Hannover besucht hatte, waren nur 5 TeilnehmerInnen, so dass wir diesen Test in Gänze ausgiebig üben konnten.

Beide Seminare wurden von exzellenten Diagnostikerinnen geleitet, die an der Erarbeitung der Tests selbst beteiligt gewesen waren, diese also bis ins letzte Detail kannten und beherrschten.

Die nächsten Weiterbildungsseminare werden noch in diesem Jahr von Pearson in Leipzig, Hannover und Frankfurt angeboten. Die Kosten betragen jeweils 163,87 € zzgl. 19 % UST. Informationen und Hinweise zur Anmeldung finden sie auf der Homepage www.pearsonassessment.de.

Mein Resümee: Die KABC-II ist eine nützliche Ergänzung des Testinventars im Rahmen kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik, bei jüngeren Kindern fast unverzichtbar. Der Preis entspricht dem derzeitigen Standard differenzierter Testverfahren.

Auf eine EDV-Auswertung sollte man auf keinen Fall verzichten. Diese macht sich nicht nur schon nach wenigen Testdurchgängen bezahlt sondern gibt eine Fülle nützlicher diagnostischer Hinweise.

Die Teilnahme an einem Weiterbildungsseminar ist sehr zu empfehlen. Danach weiß man erst so richtig, was man bei der weiteren Vorbereitung für die Echt-Diagnostik beachten muss. Das Seminar eignet sich auch als Teamfortbildung!

Christian K. D. Moik

Rezension

Goodman, Robert, Stephen Scott: **Kinder- und Jugendpsychiatrie**. 3. Auflage, neu übersetzt und bearbeitet von Christian Bachmann. Schattauer, Stuttgart 2016. € 79.99

Sein Geleitwort zur ersten Ausgabe der „Child and Adolescent Psychiatry“ von Goodman/Scott 1997 beginnt Sir Michael Rutter mit den hymnischen Worten: „Dieses Buch ist ein einzigartiges Juwel und die beste Einführung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die jemals geschrieben wurde“ (S. XI). Ein solches Lob aus berufenem Munde weckt Erwartungen und Neugier.

Die Autoren sind renommierte Forscher und Kliniker am Department of Child and Adolescent Psychiatry des King's College in London, Goodman z. B. hat maßgeblich das SDQ entwickelt. Sie konzipierten ihr Werk als knappe, klare, klinisch fundierte und wissenschaftlich exakte Einführung und als prüfungsrelevantes Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Auf einer auf die aktuelle Ausgabe abgestimmten Website (<http://goodmanscottchild-psychiatry.com>) finden sich über 200 Multiple-Choice-Fragen und Antworten zur psychischen Gesundheit junger Menschen, die auch als Prüfungsvorbereitung hilfreich sein können.

Das 462 Seiten umfassende Buch ist in vier große Abschnitte gegliedert: Teil I: Einführung mit Untersuchung, Klassifikation und Epidemiologie; Teil II behandelt die Störungsbilder; Teil III stellt die Risikofaktoren (von Intelligenzminderung bis zu „Schule und Gleichaltrige“) dar und Teil IV die wichtigsten Behandlungsverfahren. Jedes Kapitel schließt mit knappen Literaturangaben (ein bis wenige Übersichtsartikel und Hinweise „Zum Weiterlesen“ unter Berücksichtigung deutschsprachiger Titel). Durch den Verzicht auf Literaturhinweise und Belege im Text, die ganze Abschnitte in Steinbrüche verwandeln können, zwischen denen der Leser seinen Pfad finden muss, gewinnt die Lesbarkeit ungemein. Ebenso durch eine klare, erfrischend einfache Sprache, die in Bachmanns deutscher Übersetzung das Lesen zu einer Freude macht. Hilfreich sind auch eingestreute, übersichtliche Grafiken und Tabellen.

Die Abschnitte im Einzelnen:

Teil I Untersuchung, Klassifikation und Epidemiologie umfasst 52 Seiten. Der Abschnitt „Untersuchung“ bezieht sich auf die Gestaltung von Erstgespräch, Exploration und Anamneseerhebung mit Patient und Familie anhand von 5 Schlüsselfragen und ist sehr praxisnah gehalten. Abgesehen von der

körperlichen Untersuchung werden erstaunlicherweise die wichtigen psychodiagnostischen Verfahren mit keinem Wort erwähnt. Übrigens auch kaum bei den Störungsbildern in Teil II: Bei der Schulverweigerung beispielsweise erwähnen die Autoren lakonisch bis herablassend: „Objektive Daten zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit (in Form von Ergebnissen schulischer Tests oder Intelligenztests) sind oft hilfreich, und sei es auch nur, um Kind und Familie zu beruhigen“ (S. 112).

Der Abschnitt „Epidemiologie“ ist geprägt von einer erfreulich kritischen Haltung gegenüber der „oberflächliche(n) Untersuchung einer großen repräsentativen Stichprobe“ (S. 39). Wertvoll ist die Zusammenstellung wesentlicher und aktueller Daten zur Prävalenz, Komorbidität und zur Inanspruchnahme bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Teil II behandelt auf knapp 220 Seiten die 24 wichtigsten **Störungsbilder**, so dass für jede Störung ca. 10 Seiten zur Verfügung stehen. Die ADHS etwa wird auf 11 Seiten von der Symptomatik über die Diagnostik, Komorbiditäten, Differenzialdiagnose, Ursachen und Therapie bis zur Prognose klar, übersichtlich und in ausreichender Vollständigkeit dargestellt. Die Kürze bedeutet natürlich auch den Verzicht auf weitergehende Informationen, etwa zu Dosierungsempfehlungen und Nebenwirkungen von Medikamenten.

Eine Schwierigkeit, die der Übersetzer gut gemeistert hat, war der Übergang von DSM IV-TR aus dem Jahr 2000 zu DSM-5 kurz nach dem Erscheinen der 3. englischen Ausgabe 2012. Bachmann hat alle Verweise auf das DSM im Buch aktualisiert und damit die konzeptionelle Neuausrichtung des DSM berücksichtigt.

Der wichtige Bereich der Entwicklungspsychiatrie wird leider sehr knapp auf nur wenigen Seiten am Beispiel des Kleinkindalters und der Adoleszenz abgehandelt.

Teil III befasst sich auf über 80 Seiten mit wesentlichen **Risikofaktoren** wie Intelligenzminderung, Hirnfunktionsstörungen, Teilleistungsstörungen, Genen und Umweltfaktoren. Erfreulich ist, dass den klinisch so wichtigen Bindungsstörungen im Abschnitt „Unsicheres Bindungsverhalten“ mit 13 Seiten die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Das Buch schließt mit dem über 70 Seiten starken **Teil IV „Therapie“**. Die einführenden „Grundprinzipien“ umfassen die Einbeziehung der Familie, die sozialen Beeinträchtigungen, die spezifische Indikationsstellung und die

Kombination von Methoden, die Anpassung an den Verlauf und die Kooperation mit anderen Institutionen.

Beim Vergleich von wirksamen Therapieverfahren mit weniger wirksamen aufgrund von Studien und Metaanalysen sehen die Autoren Anlass zum Optimismus, nämlich „drei Paradigmenwechsel, die die Effektivität solcher Therapien in Zukunft verbessern könnten“: 1. Hin zu behavioralen und kognitiven Therapieverfahren; 2. Die Anwendung spezifischer, zielgerichteter Therapieverfahren und 3. Den Einsatz strukturierter (manualisierter) Therapieverfahren mit ausreichender Supervision, „um sicherzustellen, dass die Therapeuten sich durchgehend an das Therapiekonzept halten“. Standardisierte Therapien? Supervision als Aufsicht? Wollen wir das wirklich?

Fazit: Dem Selbstverständnis der Autoren als klinisch tätige Forscher entsprechen die konsequente Ausrichtung der Texte auf Empirie und der Verzicht auf jede Form von Spekulation, als die sie psychodynamische Überlegungen wohl ansehen würden. Was die Therapieorientierung angeht, lassen sie sich wohl am ehesten als kognitive Verhaltenstherapeuten einordnen.

Somit fehlt dem Rezensenten als (nicht nur, aber eben auch) psychodynamisch denkendem und fühlendem Kinder- und Jugendpsychiater eine Dimension der Betrachtung, die man vielleicht als die innerseelische bezeichnen könnte – vergleichbar dem Schwarzweißfernsehen. Das emotionale Erleben, die Ängste, Motive, Antriebe, Ambivalenzen, Konflikte und Kämpfe junger Menschen werden so in ihrer subjektiven Bedeutung nicht erkannt und nicht verstanden.

Und als Psychoanalytiker mag man durchaus bedauern, dass das prägende Werk von Anna Freud, die von 1938 bis zu ihrem Tode 1982 in London wirkte, in der britischen Kinder- und Jugendpsychiatrie von heute nicht mehr vorkommt.

Mit diesen subjektiven Einschränkungen bleibt die vorgelegte neu übersetzte und aktualisierte 3. Auflage des Buches der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Goodman und Scott eine sehr gut lesbare, übersichtliche, aktuelle, empirisch fundierte und glänzend übersetzte Einführung in eines der spannendsten Fachgebiete der Psychiatrie und Psychologie.

Franz Wienand, Böblingen

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.

Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de

2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;

- das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschreiben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Die Autoren erhalten ein Belegexemplar kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.

Impressum

Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles Mitteilungsorgan der Sektion
„Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.
Forum Verlag – Aachen
ISSN 1866-6677

Herausgeber

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik
Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Tel.: 0 21 62 / 96 31
E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Anja Walczak
Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

BIC: GENODEM1GBU, IBAN: DE79 4226 0001 0164 1643 00

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin, didier@metadruck.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thomas Didier, Meta Druck, Eylauer Str. 10, 10965 Berlin
e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47, Fax: 030 / 61 70 21 48

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich
Preis des Einzelheftes: 13,50 € (einschließlich Postversand)
Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)
Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.
Sonderkonditionen für Mitglieder der BAG, der DGKJP, Studenten und AIPs:
Preis des Einzelheftes: 11,50 € (einschließlich Postversand)
Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. Dezember des aktuellen Jahres.

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.