

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Verf.: Prof. Dr. med. Reinhard Plassmann

Vortrag Freiburg

16.05.2014

Psychotherapeutisches Zentrum

Erlenbachweg 24

97980 Bad Mergentheim

Tel.: 07931 – 5316 – 1302

E-Mail: r.plassmann@ptz.de

1. Einleitung

Die artifiziellen Störungen (F 68.), zu denen auch das Münchhausen-by-proxy-Syndrom zählt, unterscheiden sich in einem wesentlichen Punkt von sonstigen somatischen oder psychosomatischen Erkrankungen. Der Körper ist primär gesund oder könnte es zumindest sein, wenn er nicht Opfer eines abnormen Verhaltens würde aufgrund einer abnormen Beziehung zum Körper, an der die Patienten eigentlich leiden. Die klinisch zunächst ganz im Vordergrund stehenden körperlichen Symptome sind nur ein sekundäres Phänomen, eine Folge mißbräuchlicher Benutzung des Körpers für psychische Zwecke.

Neben der pathologischen Beziehung zum Körper ist ein weiteres Merkmal dieser eigenartigen Krankheitsgruppe die schwer gestörte Beziehung zum Arzt. Die Patienten sind hochgradig arztfixiert bis hin zur Arzt- bzw. Krankenhaussucht, sie erzwingen ärztliche Behandlung durch ihre Körpermanipulationen oder die ihres Kindes, sie führen die Manipulationen aus noch zu diskutierenden Gründen meist heimlich durch, d.h. sie täuschen den Arzt durch Verschweigen und Erfinden falscher Erklärungen.

2. Klassifikation und Einteilung

Die Krankheitsbilder dieser Gruppe sind:

Die Krankheitsbilder

- die Artefaktkrankheit (Factitious disease)
- selbstverletzendes Verhalten
- Münchhausen-Syndrom (Asher 1951)
- Münchhausen by proxy-Syndrom (Meadow 1977)

Abb. 1: Die Krankheitsbilder

a) die Artefaktkrankheit (Factitious disease): heimlich durchgeführt Körpermanipulation mit Täuschung des Arztes über die Störungsursachen.

b) selbstverletzendes Verhalten: durch Schneiden, Brennen, Verätzen etc. Diese Patienten machen aus ihrer Tendenz zur Selbstverletzung keinerlei Geheimnis, woraus sich auch der Terminus "offene" Selbstbeschädigung ableitet (Plassmann 1986). Die zu offener Selbstschädigung neigenden Patienten geben keinerlei diagnostische Schwierigkeit auf, es kommt nicht zur diagnostischen Krankenhaus-Odyssee, der psychische Hintergrund des offensichtlich abnormen Verhaltens ist jederzeit klar.

c) Münchhausen-Syndrom (Asher 1951): heimliches Manipulieren oder Erfinden von körperlichen oder psychischen Symptomen, pseudologisches Ausphantasieren von Anamnese und Biographie, soziale Entwurzelung mit pathologischem Behandlungswandern von Klinik zu Klinik, häufig Drogenabhängigkeit und Delinquenz.

d) Münchhausen by proxy-Syndrom (Meadow 1977): Erfinden oder heimliches Manipulieren von körperlichen Störungen bei den eigenen Kindern mit Täuschung des Arztes über die Störungsursachen.

Auf drei Aspekte werde ich im Rahmen der Beschäftigung mit dem Münchhausen-by-proxy-Syndrom besonders eingehen und zwar

- ◆ die Heimlichkeit der Gewalt, die den Arzt zum Detektiv macht.
- ◆ der Missbrauch des Arztes, der zum Kindsschädiger werden soll.
- ◆ die transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrung von einer Generation zur nächsten

3. Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Worum also handelt es sich?

Der englische Kinderarzt Roy Meadow hatte 1977 zwei Fälle publiziert, in denen Mütter ihre Kinder, wie er herausgefunden hatte, heimlich krank gemacht hatten. In einem Fall hatte die Mutter seit Geburt bis zum Alter von 6 Jahren heimlich Blut und Eiter dem Urin des Kindes beigemischt, so dass das Kind eine endlose Tortur von medizinischen Untersuchungen und Behandlungen erlitt, bis im 6. Lebensjahr erst die richtige Diagnose ge-

stellt wurde, nämlich ein völlig gesundes Kind als Opfer einer bislang unbekannt Form der heimlichen Kindsmisshandlung.

Im zweiten Fall wurde, wie Meadow schreibt, der kleine Charles im Alter von 6 Wochen erstmals stationär aufgenommen wegen Erbrechen und Bewusstseinstörung. Dies wiederholte sich unzählige Male. Man fand immer wieder extrem erhöhte Salzwerte (Hypernaträmie) im Blut. Im Krankenhaus erholte sich das Kind jeweils sehr rasch, es wirkte gesund, normal und gedieh. Erst mit 14 Monaten, also ein Jahr später, fiel den Ärzten der Zusammenhang auf: Niemals waren solche Zustände in der Klinik aufgetreten, sondern ausschließlich zuhause. Man begann etwas zu ahnen und trennte Mutter und Kind für einige Zeit, in der das Kind sich vollständig erholte. Genau am nächsten Besuchstag trat das nächste Koma auf. Dann passierte der entscheidende Fehler: Man gab der Mutter das Kind wieder mit und begann über sozialtherapeutische und psychologische Maßnahmen zum Schutz des Kindes und zur Therapie der Mutter nachzudenken. In dieser Phase brachte die Mutter das Kind erneut in tiefem Koma in die Klinik, wo es nach wenigen Stunden starb. Man fand bei der Autopsie eine extreme Salzvergiftung und rekonstruierte, dass die Mutter, Krankenschwester von Beruf, dem Säugling das Salz wahrscheinlich mit einer Magensonde zugeführt hatte.

Meadow nannte das Krankheitsbild Münchhausen-by-proxy-Syndrom, also Münchhausen in Vertretung nach der auch in England populären Gestalt des Barons von Münchhausen, weil die Mütter systematisch den Arzt mit frei erfundenen Geschichten über Krankheiten täuschen, dabei aber nicht den eigenen Körper sondern gleichsam in Vertretung – by-proxy – den des Kindes benutzen.

Der kleine Artikel von Roy Meadow im Lancet hat international zahlreiche Berichte über ähnliche Fälle zur Folge gehabt und seit dieser Erstbeschreibung 1977 bis heute wächst die Zahl der bekannt gewordenen Münchhausen-by-proxy-Fälle rasant an.

Die Beschäftigung mit diesem Krankheitsbild hat etwas Detektivisches. Wir müssen einige Puzzlesteine zusammensetzen, bis endlich ein klares Bild entsteht.

Beginnen wir mit den Täterinnen. Es sind in 98 % der Fälle Frauen, 90 % sind die leiblichen Mütter, der Rest Stief- und Pflegemütter. Die Väter sind in diesen Familien praktisch niemals an der heimlichen Gewalt am Kind beteiligt, weil sie die Kinder völlig ihren Frauen

überlassen, von denen sie selbst wie Kinder abhängig sind. Die Gewalt von Vätern, dies wäre hier zu ergänzen, geht andere Wege. Auffällig häufig sind die Männer ihren Frauen intellektuell weit unterlegen und ordnen sich ihnen unter. Dies mag ein Hinweis sein, dass die Mütter, die späteren Täterinnen, versuchen bei Mann wie Kind soviel Abhängigkeit wie möglich herzustellen.

Was machen diese Mütter mit ihren Kindern?

Manche Mütter setzen schon das ungeborene Kind im eigenen Leib ständigen Untersuchungen aus, indem sie unentwegt Untersuchungen fordern und zu diesem Zweck oft auch Schwangerschaftskomplikationen erfinden, die sie tatsächlich nicht haben. Dieses Muster setzt sich fort, wenig nach der Geburt beginnt das tödliche Spiel. Die Mutter macht das gesunde Kind krank, sich selbst sehen die Mütter im Bündnis mit den Ärzten als lebensrettende Engel, denen nichts auf der Welt näher am Herzen liegt, als das Wohl ihres dieses Kindes, welches nur auf Grund ihres grenzenlos aufopferungsbereiten Bemühens noch am Leben sei. Zu diesem Zweck erfinden die Mütter Alarmsymptome im Bereich lebenswichtiger Organsysteme des Kindes oder sie erzeugen solche Störungen heimlich.

Am häufigsten sind Bewusstseinsstörungen, angebliche Anfälle, angebliche Blutungen oder angebliche Gedeihstörungen. In seiner ersten großen Übersichtsarbeit von 1984 fand Meadow (Meadow, R., 1984) beispielsweise insgesamt 31 Fälle von angeblichen Krampfanfällen, bei 2/3 davon hatten die Mütter die Krampfanfälle und Zustände von Bewusstlosigkeit nur berichtet und damit Odysseen von medizinischen Untersuchungen ausgelöst, in 1/3 der Fälle hatten die Mütter die Anfälle selbst erzeugt durch Ersticken des Kindes mit der Hand, einem Kissen oder einer Plastiktüte oder durch heimliches Vergiften mit Überdosen von Salz, wie im beschriebenen Fall, oder mit Vergiftungen von Medikamenten (Palmer, A. J.; Yoshimura, J., 1984; Hickson, G. B.; u. a., 1989).

Am zweithäufigsten ist das Manipulieren von angeblichen Spontanblutungen beim Kind. Die Mütter nehmen sich selbst Blut ab, verschmieren es um den Mund oder andere Körperöffnungen des Kindes oder mischen es unter Urin, Speichel oder Stuhl. Ärzte denken erfahrungsgemäß zuletzt oder nie an die Möglichkeit einer Manipulation, so dass die Kinder in der Regel einer Tortur aufwendigster medizinischer Maßnahmen unterworfen werden.

Ebenfalls häufig wird das Kind als gedeih- und ernährungsgestört präsentiert, es nehme trotz sorgfältigster Ernährung einfach nicht zu, berichten die Mütter.

Smith and Killam (1994) haben den Fall des kleinen Robert publiziert, der ständig an Gewicht verlor und deshalb anderthalb Jahre lang einer einzigen Serie von stationären Untersuchungen ausgesetzt war. Schließlich wurde klar durch genaue Verhaltensbeobachtungen, dass die Mutter dem völlig gesunden Kind auf eine unauffällige und perfekte Weise sowohl zuhause als auch im Krankenhaus ständig jede Nahrung vorenthielt, in dem sie Fläschchen oder Teller außer Reichweite stellte mit charmanten Begründungen wie „Oh, er mag das nicht.“ oder „Er hat gar keinen Hunger, er will damit nur spielen.“, wenn das Kind sich „gierig“, wie die Autoren schreiben, auf das Essen stürzen wollte. Die Mutter war einerseits im Begriff das Kind verhungern zu lassen und brachte es andererseits stets ins Krankenhaus, um sich dort als liebevolle, sorgende und aufopferungsvolle Mutter zu präsentieren.

Eine andere Mutter, ebenfalls Krankenschwester von Beruf, saugte die im Krankenhaus gefütterte Milch mit Spritze und Plastikschlauch aus dem Magen ihres ausgehungerten Kindes wieder ab (Meadow, R., 1984).

Ich schildere ihnen diese Fälle nicht, um sie das Gruseln zu lehren, sondern um zu illustrieren, wie extrem schwierig es sein kann, diese perfekt getarnten Formen von versuchter Kindstötung zu erkennen. In mehreren Fällen gelang dies erst durch Installation von Videokameras im Krankenzimmer (Southall, D. P.; u. a., 1987). Der Arzt als Detektiv.

Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die bekanntgewordenen Manipulationen (Rosenberg, D., 1987).

Präsentation	Methoden der Simulation und/oder Erzeugung	Methoden der Diagnoseerstellung
Blutungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Marcumar-Vergiftung 2. Phenolphthalein-Vergiftung 3. Blutverschmierungen an Körperöffnungen 4. Ausbluten des Kindes 5. Hinzufügen von Farbstoffen zu Stuhl oder Urin 	<ol style="list-style-type: none"> 1. toxikologisches Screening 2. Nachweis in der Windel 3. Blutgruppenbestimmung 4. Erythrocytenmarkierung 5. Überführung der Mutter 6. Nachweis
Anfälle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erfinden 2. Vergiftung (Phenothiazine, Hydrokarbonat, Salz, Imipramin) 3. Erstickung oder Karotissinuskompression 	<ol style="list-style-type: none"> 1. suchen nach anderen MBPS-Merkmalen 2. Blutanalyse, Urinanalyse, Analyse der Kindsnahrung 3. beobachten, Nachweis, Fotos von Druckstellen
Bewusstseinstörung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Drogen (Insulin, Chloralhydrat, Barbiturate, Aspirin, Imipramin, Antidepressiva, Paracetamol) 2. Erstickung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Blutanalyse, Probe des Mageninhaltes untersuchen, Urinanalyse, Analyse des Insulin-Typs 2. wie bei „Atemstillstand“ und „Anfälle“
Atemstillstand	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erzeugen des Erstickens mit der Hand 2. Vergiftung 3. Erfinden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Druckstellen auf der Nase 2. direktes Überführen (Videokamera) 3. Ausschluss anderer Diagnosen 4. toxikologische Untersuchung des Mageninhaltes und des Blutes 5. Flüssigkeitschromatographie 6. Ausschluss anderer Diagnosen
Durchfall	<ol style="list-style-type: none"> 1. Phenolphthalein oder andere Laxanzien 2. Salzvergiftung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse des Stuhlgangs 2. Probe des Mageninhaltes untersuchen
Erbrechen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vergiftung mit Brechmitteln 2. Erfinden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Substanznachweis 2. stationäre Beobachtung
Fieber	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verfälschen der Temperatur 2. Verfälschen der Fieberkurve 	<ol style="list-style-type: none"> 1. genaues Aufzeichnen, Nachprüfen 2. genaues Aufzeichnen, Nachprüfen 3. die Fieberkurve im Schwestenzimmer duplizieren
Ausschlag	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vergiftung 2. Zerkratzen 3. Säure auf das Gesicht auftragen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Probe nehmen 2. Ausschluss anderer Ursachen 3. Probe entnehmen, abwaschen

Tab. 1: Münchhausen-by-proxy-Syndrom: Methoden der Erzeugung und der entsprechenden Diagnosestrategien.

Etwa ¼ der Mütter erfinden die Symptome oder manipulieren Messwerte, in dem sie z. B. dem Urin, dem Stuhl oder dem Speichel etwas beimischen, 75 % der Mütter manipulieren direkt den Körper des Kindes (Rosenberg, D., 1987).

Die Mortalität dieser Form der heimlichen Kindsmisshandlung ist in Folge dessen erschreckend. In verschiedenen Studien wurde zwischen neun und 31 % Todesfälle unter den Kindern gefunden. Die Todesrate wird um so höher, je mehr Zeit nach der Diagnosestellung vergeht, ohne die Kinder aus der Familie zu entfernen.

Die Geschwister

(multiple-Child-Münchhausen-by-proxy)

- 39-73% ebenfalls betroffen je nach Studie
- 8-31% Todesfälle bei den Geschwistern

Wie wir mittlerweile wissen, muss der Arzt damit rechnen, dass nicht nur das ihm vorgeführte Kind sondern auch dessen Geschwister gleichfalls Opfer sind. In einer Studie von Jureidini (Jureidini, J., 1993) hatten sechs Mütter 19 Kinder, von denen 14 betroffen waren. Dieses Phänomen wird Multiple-Child-Münchhausen-by-proxy-Syndrom genannt. In einer Studie von Alexander (Alexander, R. u. a., 1990) fanden sich in einer Gruppe von fünf Familien 18 Kinder, von denen 71 % betroffen waren, 31 % starben nach mehrjährigem Verlauf. In der Studie von Bools (Bools, C. N. u. a., 1992) waren 39 % der Geschwister betroffen, 11 % starben. Insbesondere, wenn ein zunächst präsentiertes Kind zu seinem Schutz aus der Familie entfernt wurde, gingen die Manipulationen häufig mit einem anderen Kind weiter. Die Mütter scheinen wie süchtig nach der Existenz eines von ihnen auf Leben und Tod abhängigen Kindes. Bei den Geschwistern liegt die Todesrate in ähnlicher Höhe. Von den überlebenden Kindern haben mind. 8 % bleibende körperliche Dauerschäden, häufig Hirnschäden durch Erstickungsversuche (Rosenberg, D., 1987).

Die Kinder sind meist noch sehr klein, wenn die Manipulationen beginnen, das Durchschnittsalter bei Diagnosestellung liegt bei ca. 3 ¼ Jahren, von Manipulationsbeginn bis Diagnosestellung vergehen im Mittel 15 Monate (Rosenberg, D., 1987).

Wir müssen uns nun einen weiteren Puzzlestein näher anschauen und zwar die auffällige Affinität dieser Mütter zu Ärzten und zur Medizin.

Alle diese Mütter bringen ihre Kinder selbst zum Arzt und ins Krankenhaus mit Berichten über dramatische Gesundheitsstörungen der Kinder. Dort sind sie scheinbar die idealsten Mütter, die man sich vorstellen kann. Sie weichen dem Kind nicht von der Seite, verbringen Tage und Nächte im Krankenhaus, sie sind völlig identifiziert mit dem medizinischen Team, insbesondere mit den Krankenschwestern. Sie begrüßen jede medizinische Maß-

nahme am Kind und sei sie noch so belastend, schmerzhaft oder gefährlich für das Kind und unterstützen das medizinische Team dabei nach Kräften. Sie nehmen sehr gerne persönliche Kontakte zum Stationsteam auf, sie verhalten sich, wie wenn sie zum Stationsteam gehören würden, kurzum, wie wenn sie Krankenschwestern wären. Tatsächlich sind diese Mütter mit dem Beruf der Krankenschwester sehr stark identifiziert, wahrscheinlich, weil er ihrer Selbstillusion der liebenden und allmächtigen Frau am nächsten kommt. Die Täterinnen geben ganz regelmäßig an, Krankenschwester zu sein, häufig auch, obwohl sie es nicht sind.

In der Phantasie dieser Mütter scheint es in der Beziehung zu ihren Kindern eine bizarre Spaltung zu geben: Ein Teil der Mutter erlebt das Kind als Bedrohung, das Kind scheint nur zu fordern und nicht zu geben, es scheint die Mutter zerstören zu wollen, es scheint der Mutter das zu nehmen, was sie selbst braucht. Dieser Teil der Täterinnen erkennt im Kind wahrscheinlich die eigene Mutter wieder. Im heimlichen Krankmachen der Kinder finden die Mütter die Lösung. Nun sind nicht mehr sie selbst von der Stimmung des Kleinkindes, das sie zu beherrschen scheint, abhängig, sondern kehren die Situation um, das Kind wird völlig abhängig von ihnen selbst und sie können die Illusion der perfekten Krankenschwester/Mutter leben und bekommen vom Krankenhaus das, was sie emotional brauchen, nämlich Bestätigung und Bewunderung, zumindest bis zur Diagnosestellung.

Um diese bizarre Spaltung zu begreifen, brauchen wir als weiteren Puzzlestein die in der Kindheit der Mütter in deren eigenes Unbewusstes eingeschriebenen Erfahrungen.

Was hierüber an Berichten existiert, spricht eine einheitliche Sprache. Die eigene Kindheit war von Serien von Arztbesuchen und Operationen durchzogen jeweils mit fragwürdigen Begründungen. Man spricht hier vom second-generation-Münchhausen-by-proxy-Syndrom, die heutigen Täterinnen sind die ehemaligen Opfer. Auch Vernachlässigung, emotionaler Missbrauch ebenso wie körperliche Misshandlungen, sexueller Missbrauch häufen sich in den Biographien der Mütter/Täterinnen (Parnell, T. F.; Day, D. O., 1997).

Diese transgenerationale Weitergabe erlebter Destruktivität in der Kindheit deckt sich mit unseren Erfahrungen aus anderen Formen des Kindsmisbrauchs. Wir wissen, dass 50 % sexuell missbrauchter Töchter eine ebenfalls sexuell missbrauchte Mutter haben, ebenso 40 % der männlichen Täter (Dulz, B.; Nadolny, A., 1998).

Wir wissen heute, dass regelmäßig aus Opfern Täter werden, häufig an den eigenen Kindern. Kinder mit solchen traumatischen Kindheitserfahrungen haben jene gute Mütterlichkeit und Väterlichkeit, die sie für ihre eigenen Kinder brauchen, nicht verinnerlicht. Sie können ihren Kindern nur das geben, was sie selbst bekommen haben. Folglich bilden sich gleichsam Destruktivitätsdynastien. Während Frauen die Destruktivität in der Regel an ihren eigenen Körper oder an ihr Kind weitergeben, geht die Tradierung bei jungen Männern etwas andere Wege. Der traumatisierte Junge wird später mit hoher Wahrscheinlichkeit sein destruktives Potential nach außen richten. Der vom Vater verprügelte Sohn will sich nie wieder so hilflos fühlen wie damals und sucht sich Opfer, in denen er seine eigene Hilflosigkeit ablädt und damit seine Vater-Sohn-Geschichte wiederholt. Wir finden diese jungen Männer deshalb nicht im Krankenhaus, sondern im Gefängnis als Täter und sie ziehen als prügelnde Väter die nächste Generation von Opfern heran, die dann wieder zu Tätern werden.

Die traumatisierten Frauen hingegen richten die Destruktivität auf den eigenen Körper oder auf ihr Kind, das wie ein Teil des eigenen Körpers oder wie die eigene Mutter behandelt wird.

4. Behandelbarkeit

Immer wieder wird die Frage gestellt, ob Münchhausen-by-proxy-Mütter psychotherapeutisch behandelbar seien. Die Voraussetzung für einen erfolgreichen psychotherapeutischen Prozess wäre, dass das heimliche kinderschädigende Verhalten von der Patientin anerkannt wird und die Therapie dann dem Ziel dienen würde, das eigene Verhalten zu verändern, um das Kind zu schützen.

Wir haben in unserer Klinik in Übereinstimmung mit der internationalen Literatur die Erfahrung gemacht, dass die Münchhausen-by-proxy-Mütter praktisch niemals zur Akzeptanz des eigenen destruktiven Verhaltens im Stande sind, die Verleugnungsbarriere ist undurchdringlich. Der Leidensdruck der Mütter entsteht nicht dadurch, dass sie ihre Persönlichkeitsstörung und ihr kinderschädigendes Verhalten realisieren, der Leidensdruck entsteht viel mehr dadurch, dass die Diagnose gestellt wird, gegen die sie sich wehren und dadurch, dass ihnen das Sorgerecht für die Kinder entzogen wird. Wenn Mütter mit Münchhausen-by-proxy-Verhalten sich in stationäre Psychotherapie zu begeben bereit

sind, dann mit dem Ziel, die aus ihrer Sicht ungerechtfertigten Maßnahmen von Jugendamt und Familiengericht aufzuheben. Selbstverständlich gibt es tatsächlich Fälle, in denen die Münchhausen-by-proxy-Diagnose fälschlich gestellt wurde und solche Mütter müssen mit vollem Einsatz vor den Folgen der falschen Diagnose geschützt werden. Bei Müttern, bei denen allerdings mit Sorgfalt die Diagnose gestellt und gesichert wurde, lässt die Verleugnungsbarriere der Mütter dem eigenen Verhalten gegenüber keine Psychotherapie zu.

Der Grund hierfür ist hauptsächlich darin zu suchen, dass das Persönlichkeitsgefüge der Patientinnen durch die Akzeptanz und Bewusstwerdung ihres eigenen Verhaltens in eine hochgradige Instabilität geraten würde. Sie müssten ihren Täteranteil, der ja häufig lebensbedrohliche und tödliche Folgen für das Kind hatte, anerkennen und in die eigene Persönlichkeit zu integrieren lernen. Dazu würde notwendig auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie und den eigenen Traumata gehören. Dieser seelische Kraftakt ist offenbar zu groß. Die Mütter entscheiden sich für einen anderen Weg, sie behalten die Verleugnung bei.

Aufgabe der Behandlung ist deshalb in erster Linie eine äußerst sorgfältige Diagnostik und der Schutz des Kindes. In leichteren Fällen kann das Kind bei der Münchhausen-by-proxy-Mutter bleiben und zwar dann, wenn kontinuierliche Kontrolle des kindlichen Wohlbefindens durch Kinderarzt, Kinderpsychiater und Jugendamt gewährleistet sind. Diese Kontrollen müssen auch die Geschwister des geschädigten Kindes umfassen, um ein Ausweichen der Münchhausen-by-proxy-Mutter auf ein Geschwister zu erkennen. Sollte sich in diesen Kontrollen zeigen, dass die Mutter ihr Münchhausen-by-proxy-Verhalten fortsetzt, muss das Sorgerecht entzogen und das Kind in Sicherheit gebracht werden.

In Fällen von schwer gesundheitsgefährdenden oder lebensbedrohlichen Manipulationen der Mutter muss von Anfang an das Kind ohne Zögern in Sicherheit gebracht werden.

Erfolgreiche Fälle von Psychotherapie sehen wir in unserer Klinik hauptsächlich bei den Grenzfällen. Das können Mütter sein mit einer übermäßigen Krankheitsbesorgnis, die ihr Kind von Arzt zu Arzt bringen, stets in der Vorstellung, bei dem Kind liege eine schwere körperliche Störung vor, obwohl das Kind vollkommen gesund ist. Man könnte diese Variante als Hypochondrie-by-proxy bezeichnen: Die Mutter hat hypochondrische Ängste, nicht auf den eigenen Körper, sondern auf den des Kindes bezogen. Diese Mütter be-

schädigen ihr Kind körperlich nicht, auch wenn sie manchmal bizarre Maßnahmen an ihnen vornehmen, sie hindern es aber am normalen kindlichen Entwicklungsprozess. Die Schuldgefühle solcher Mütter sind geringer ausgeprägt, weil auch die Destruktivität ihres Verhaltens geringer ist, so dass diese Hypochondrie-by-proxy in manchen Fällen bewusstseinsfähig ist, also von den Müttern als eigene Fehlentwicklung anerkannt und korrigiert wird.

Kasuistik:

Wir hatten beispielsweise kürzlich eine Mutter mit ihrem 9-jährigen Sohn zusammen in stationärer Psychotherapie. Die Mutter war fest überzeugt, dass bei dem Kind eine schwere Darmstörung vorlag, die normalen Stuhlgang verhinderte. Sie brachte deshalb die Ärzte dazu, ihm in hohen Dosen Abführmittel und Klistiere zu verordnen. Der Junge seinerseits reagierte auf das intrusive Bemächtigen seines Körpers mit Stuhlverhaltung, was die hypochondrischen Überzeugungen der Mutter wiederum verstärkte. Daraus ergab sich das Ritual, dass die Mutter mit dem 9-jährigen Sohn zusammen im Bett schlief, der Sohn trug tags und nachts Windeln und jede Nacht kam es im Schlaf zur schwallartigen Entleerung der angestauten Kotmassen, worauf die Mutter nicht mit Ekel, sondern mit Erleichterung gewartet hatte. Sie reinigte dann den Jungen, das Bett, die Kleidung und sich und verteidigte dieses Ritual mit äußerster Überzeugung.

Als der Junge gegen ihren Widerstand sich tagsüber im Kinderzentrum der Klinik einlebte und dort selbstständig anfangen auf die Toilette zu gehen, schien die Mutter nicht nur den irrationalen Charakter ihrer hypochondrischen Befürchtungen zu realisieren, sondern schien auch den für sie neu entstandenen Freiraum genießen zu können.

Diese hoffnungsvoll wirkende Entwicklung hielt allerdings nur bis zur näher rückenden Entlassung aus der stationären Psychotherapie an. Die Mutter kehrte die gesamte Entwicklung um, griff uns als Behandler an, eine unbekannte Darmstörung ihres Sohnes übersehen zu haben, leitete Kontakte zu der nächsten Kinderklinik ein, wo der Junge nunmehr erneut zum unzähligen Male untersucht werden sollte.

Rückblickend muss man also auch hier ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom und eine undurchdringliche Verleugnungsbarriere diagnostizieren.

5. Schluss

Zum Glück wird nicht jede traumatisierte Mutter zu einer Münchhausen-by-proxy-Mutter, die ihr Kind heimlich misshandelt durch Erfinden oder Erzeugen von Krankheiten.

Was ist zu tun bei einem Verdacht:

Die Diagnosestellung ermöglicht den Schutz der Kinder und alleine dieses Ziel ist es wert, die auch für Behandler belastende Konfrontation der Mütter durchzustehen. Die sicherste diagnostische Maßnahme ist das Überprüfen aller von der Mutter gegebenen anamnestischen Informationen. Hier fallen immer Widersprüche und Erfindungen auf.

Den Müttern braucht kein Geständnis abverlangt werden, wozu sie ohnehin nicht im Stande sind, den Müttern muss aber eindeutig mitgeteilt werden, dass sie zu kinderschädigenden Verhaltensweisen neigen, die es notwendig machen, für den Schutz des Kindes zu sorgen. Auch die Diagnose sollte den Müttern mitgeteilt werden. Dies ist gewaltfreie Offenheit, auch im Umgang mit den Müttern.

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom zeigt uns mit aller Deutlichkeit die Gefahr transgenerationaler Weitergabe eigener traumatischer Kindheitserfahrungen an die nächste Generation. Die Münchhausen-by-proxy-Mütter geben ihr eigenes Trauma an ihr Kind weiter. Sie suchen keine Hilfe, verleugnen ihre Täterschaft, der Schutz des Kindes muss deshalb mit medizinischem und juristischem Druck durchgesetzt werden. Das Krankheitsbild lehrt uns sensibel zu sein für dieses transgenerationale Geschehen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Literaturverzeichnis:

Asher, G. (1951): Münchhausen's Syndrome. *Lancet* 1 339-341.

Bools, C. N.; Neale, B. A.; Meadow, R. (1992): Co-morbidity associated with fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Archives of Disease in Childhood*, 67, Seite 77 – 79

Dulz, B.; Nadolny, A. (1998): Opfer als Täter – Ein Dilemma des Therapeuten. *Persönlichkeitsstörungen*, 1, Seite 36 – 42

Freud, S. (1895): **Entwurf einer Psychologie. GW Nachtragsband, Seite 373 – 486**

Freud, S. (1939): Der Mann Moses und die monotheistische Religion. *GW Bd. 16, Seite 101 – 246*

Hickson, G. B., MD; Altemeier, W. A., MD; Martin, E. D., MD; Campbell, P. W., MD (1989): Parental Administration of Chemical Agents: A Cause of Apparent Life-Threatening Events. *PEDIATRICS Vol. 83, No. 5, Seite 772 – 776*

Jureidini, J. (1993): Obstetric factitious disorder and Munchausen syndrome by proxy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, Seite 135 – 137

Meadow, R. (1977): Munchausen Syndrome By Proxy: The hinterland of child abuse. *The Lancet*, August 13, Seite 343 – 345

Meadow, R. (1984): Factitious Epilepsy. *The Lancet*, July 7, Seite 25 – 28

Meadow, R. (1984): Factitious illness – the hinterland of child abuse. *Recent Advances in Paediatrics Nr. 7, Seite 217 – 232*

Palmer, A. J.; Yoshimura, J. (1984): Munchausen syndrome by proxy. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 23, 4, 503 – 50

Parnell, T. F.; Day, D. O. (1997): Munchausen by proxy syndrome: Misunderstood Child Abuse. *SAGE Publications, Inc.*

Peichl, Dr. J. (2001): Der Grundaffekt der Borderline-Patienten – Angst oder Hass und seine therapeutischen Konsequenzen. *Vortrag in Dresden, 4. Jahrestagung der Klinik für*

Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carls Gustav Carus am 05. und 06.10.2002

Plassmann, R. (1986): Die heimliche Selbstmißhandlung. *Z. psychosom. Med. Psychoanal.* 4, 316-336.

Rosenberg, D. (1987): Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 11, Seite 547 – 563

Schreier, H. A.; Libow, J. A. (1993): Munchausen syndrome by proxy: Diagnosis and prevalence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, Seite 318 – 321

Smith, K.; Killam, P. (1994): Munchausen syndrome by proxy. *MCN: American Journal of Maternal Child Nursing*, 19, Seite 214 – 221

Southall, D. P.; Stebbens, V. A.; Rees, S. V.; Lang, M. H.; Warner, J. O.; Shinebourne, E. A. (1987): Clinical Research: Apnoeic episodes induced by smothering: two cases identified by covert video surveillance. *British Medical Journal Vol. 294*, 27 June, Seite 1637 – 1641