Der Arzt als Detektiv:

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Verf.: Prof. Dr. Reinhard Plassmann

Psychotherapeutisches Zentrum
Erlenbachweg 24
97980 Bad Mergentheim
Tel 07931-5316302
plassmann@ptz.de

1) Einleitung

Was wissen wir über Kindheitsereignisse, die seelische, manchmal auch körperliche Verletzungen hinterlassen? Wir müssen uns diese Frage überhaupt nicht stellen, wenn Kindheit, so wie es sein soll, in aller Regel in einer haltenden und fördernden Umgebung stattfände, aber gerade die Beschäftigung mit bestimmten Krankheiten hat uns eines Besseren belehrt.

Es war allerdings lange ein Tabu, sich mit dem zu beschäftigen, was Erwachsene Kindern antun. Als Freud (Freud, S., 1895) 1895 in den Studien über Hysterie konstatierte, dass sich die hysterischen Symptome seiner Patientinnen als Berichte des Unbewussten über sexuelle Übergriffe dechiffrieren ließen, löste er im Wien des 19. Jahrhunderts einen Sturm der Entrüstung aus. Vielleicht deshalb, sicher aber auch seinem eigenen Interesse folgend, hat er sich in den späteren Jahrzehnten weitgehend auf die Erforschung seelischer Konflikte konzentriert und keine Psychologie des seelischen Traumas entwikkelt. Er hat dennoch nie die Bedeutung traumatischer Erfahrungen angezweifelt und formulierte 1939 gegen Ende seines Schaffens: „Die früh erlebten, später vergessenen Eindrücke, denen wir eine so große Bedeutung für die Ätiologie der Neurosen zuschreiben, heißen wir Traumen.“ (Freud, S., 1939)

Die Frage, inwiefern die Erkrankungen unserer Patienten eine abnorme Art von Erzählungen sind, hat sich bei der Beschäftigung mit Patienten, die sich selbst verletzen, erneut gestellt. Dies sind Patienten, aus denen wie aus einem anderen Ich immer wieder eine latente Destruktivität herausbricht, sehr häufig als Destruktivität dem eigenen Körper gegenüber mit offen oder heimlich durchgeführten Verletzungen und Zerstörungen des Körpers. (Plassmann, R., 1994; Plassmann, R., 1995)

Als man begann, diese als frühe Persönlichkeitsstörung oder als Borderlinestörung bezeichneten Krankheitsbilder zu beforschen, ging man zunächst bis Mitte der 80er Jahre davon aus, dass die Ursache dieser Destruktivität ein übermäßiger Aggressionstrieb sei, in der Folge sei die Integration von Hass-

gefühlen in die Persönlichkeit, also in die Selbst- und Objektvorstellungen unvollständig geblieben. Dem mag so sein. Mittlerweile wissen wir allerdings, dass diese Patienten auch Überlebende einer traumatischen Kindheit sind. Sie waren in erheblichem, manchmal extremem Ausmaß offener oder verdeckter Destruktivität ausgesetzt und konnten dies nur mit eben jenen seelischen Notmaßnahmen beantworten, die wir später als Krankheitsbild beobachten.

Wenn wir heute solche Krankheiten sehen und behandeln, so können wir sie auch als Versuch verstehen, passiv erlebte destruktive Erfahrungen immer und immer wieder aktiv zu wiederholen, um sich möglichst nie wieder so hilflos zu fühlen wie damals. Gerade in dieser aktiven Bewältigung des passiv erlebten Traumas liegt allerdings auch der Keim zur Täterschaft, d. h. zur Weitergabe der Gewalt, sei es an den eigenen Körper oder an die eigenen Kinder, wie wir beim Münchhausen-by-proxy-Syndrom sehen werden.

Kindheit wird besonders dann zum Trauma, wenn drei Faktoren zusammentreffen, siehe Abbildung1, (Peichel, 2001):

A) Konstitutionell-neurobiologische Ebene
   Dies sind angeborene Persönlichkeitseigenschaften, die in einem bestimmten Milieu das Entstehen von Hass und Gewalt begünstigen.
B) Negative frühe Bindungserfahrungen: high-tension-state
C) Traumaerfahrung durch emotionale Vernachlässigung, verbal-emotionale Destruktivität, physischen und sexuellen Missbrauch

Ebene A
Konstitutionell-neurobiologische Ebene

Genetisches familiäres Risiko

Temperament als angeborene Dispositionen zu Reaktionsweisen auf Umweltreize

Angeborene oder früh erworbene cerebrale Dysfunktionen („neuro-logic soft signs“)

Ebene B
Frühe Bindungs-erfahrung

High-tension-state

Ebene C
Traumaerfahrung

Typ 1: Trennung, Vernachlässigung

Typ 2: verbaler/emotionaler Missbrauch

Typ 3: physischer/sexueller Missbrauch

Wenn sich mittlerweile sowohl die Medizin wie die Gesellschaft ein Herz gefasst haben und bereit sind, sich mit diesen düsteren Kapiteln des Kindseins zu befassen, dann mutet uns die Realität doch Einiges zu, wie wir heute abend noch sehen werden. Andererseits gehen gerade von der Beschäftigung mit Krankheitsbildern, die auf traumatischer Kindheitserfahrung beruhen, intensivste wissenschaftliche, klinische und auch gesellschaftspolitische Impulse aus. Für das Münchhausen-by-proxy-Syndrom gilt dies in besonderem Mass. Es zeigt uns die Vergangenheit als Gegenwart. Kindheit als Trauma findet solange vor unseren Augen statt, bis wir es sehen, eingreifen und dann versuchen zu verstehen, was wir gesehen haben. 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

2) 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 gestellt wurde, nämlich ein völlig gesundes Kind als Opfer einer bislang unbekannten 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 Bewusstseinstrübung. Dies wiederholte sich unzählige Male. Man fand immer wieder extrem erhöhte Salzwerte (Hypernatriämie) 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. Nach einer einzigen Umfrage von Schreier und Libow (1993) bei 1.450 englischen Kinderärzten wurden 570 gesicherte oder hochverdächtige Fälle berichtet. In der internationalen Literatur sind seit 1977 ca. 250 wissenschaftliche Arbeiten über das Krankheitsbild erschienen, mittlerweile auch die große Monographie der beiden Amerikanerinnen Parnell und Day (Parnell, T. F.; Day, D. O., 1997).

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?
Sie scheinen von der Phantasie beherrscht, das Kind sei krank, lebensuntüchtig, es könne nicht gedeihen, sei auf Dauer vollständig abhängig von ihr, der Mutter. 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 eingangs beschriebenen Fall, oder mit Vergiftungen durch Medikamente (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 natürlich zuletzt an die Möglichkeit einer solchen 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 und 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 aber 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 diese Fälle nicht, um den Leser 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 wird zum Detektiv.

Was die Mütter mit ihren in aller Regel noch kleinen Kindern machen, hat meist einen direkten Bezug zu den lebenswichtigen Körperfunktionen. Es ist, als ob die Mütter aus Gründen, die wir noch versuchen müssen zu verstehen,

die Normalheit, die Gesundheit und Vitalität ihres Kindes nicht ertragen können.

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

Präsentation	Methoden der Simulation und/oder Erzeugung	Methoden der Diagnoseerstellung
Blutungen	1. Marcumar-Vergiftung 2. Phenolphthalein-Vergiftung 3. Blutverschmierungen an Körperöffnungen 4. Ausbluten des Kindes 5. Hinzufügen von Farbstoffen zu Stuhl oder Urin	1. toxikologisches Screening 2. Nachweis in der Windel 3. Blutgruppenbestimmung 3. Erythrocytenmarkierung 4. Überführung der Mutter 5. Nachweis
Anfälle	1. Erfinden 2. Vergiftung (Phenothiazine, Hydrokarbonat, Salz, Imipramin) 3. Erstickung oder Karotissinuskompression	1. suchen nach anderen MBPS-Merkmalen 2. Blutanalyse, Urinanalyse, Analyse der Kindsnahrung 3. beobachten, Nachweis, Fotos von Druckstellen
Bewusstseinstrübung	1. Drogen (Insulin, Chloralhydrat, Barbiturate, Aspirin, Imipramin, Antidepressiva, Paracetamol 2. Erstickung	1. Blutanalyse, Probe des Mageninhaltes untersuchen, Urinanalyse, Analyse des Insulin-Typs 2. wie bei „Atemstillstand“ und „Anfälle“
Atemstillstand	1. Erzeugen des Erstickens mit der Hand 2. Vergiftung 3. Erfinden	1. Druckstellen auf der Nase 1. direktes Überführen (Videokamera) 1. Ausschluss anderer Diagnosen 2. toxikologische Untersuchung des Mageninhaltes und des Blutes 2. Flüssigkeitschromatographie 3. Ausschluss anderer Diagnosen
Durchfall	1. Phenolphthalein oder andere Laxanzien 2. Salzvergiftung	1. Analyse des Stuhlgangs 2. Probe des Mageninhaltes untersuchen
Erbrechen	1. Vergiftung mit Brechmitteln 2. Erfinden	1. Substanznachweis 2. stationäre Beobachtung
Fieber	1. Verfälschen der Temperatur 2. Verfälschen der Fieberkurve	1. genaues Aufzeichnen, Nachprüfen 2. genaues Aufzeichnen, Nachprüfen 2. die Fieberkurve im Schwesternzimmer duplizieren

Präsentation	Methoden der Simulation und/oder Erzeugung	Methoden der Diagnoseerstellung
Ausschlag	1. Vergiftung 2. Zerkratzen 3. Säure auf das Gesicht auftragen	1. Probe nehmen 2. Ausschluss anderer Ursachen 3. Probe entnehmen, abwaschen

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 deshalb erschreckend hoch. 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.

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 zu sein. Bei den Geschwistern liegt die Todesrate in ähnlicher Höhe und 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 Maßnahme 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 diese selbst zum Leben braucht. Dieser Teil der Täterinnen erkennt im Muttersein wahrscheinlich die eigene Kindheit 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 und zu bedrohen 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 am dringendsten brauchen, nämlich Bestätigung und Bewunderung, zumin-

dest bis mit der Diagnosestellung die Selbstillusion zusammenfällt und die Mütter-Täterinnen in der Regel in eine schwere psychische Krise fallen.

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 der Mütter war von Serien von Arztbesuchen und Operationen durchzogen jeweils mit fragwürdigen Begründungen. Man spricht hier vom second-generation-Münchhausen-by-proxy-Syndrom, d. h. die heutigen Täterinnen sind die ehemaligen Opfer. Auch Vernachlässigung, emotionaler Missbrauch ebenso wie körperliche Misshandlungen und 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 Kindsmissbrauchs. Wir wissen, dass 50 % sexuell missbrauchter Töchter eine ebenfalls sexuell missbrauchte Mutter haben, die nicht imstande war, ihr Kind zu schützen. (Dulz, B.; Nadolny, A., 1998).

Wir wissen heute, dass regelmäßig aus Opfern Täter werden. Kinder mit 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, was ja einmal ein Teil ihres Körpers gewesen ist, 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 als Patienten, sondern im Gefängnis als Täter und sie ziehen als prügelnde Väter die nächste Generation von Opfern heran, die

dann wieder zu Tätern werden. Wir sehen hier in der Klinik allerdings zunehmend junge Männer mit schweren Essstörungen, in denen trauma-bedingte seelische Verletzungen gebunden sind.

3) Schluss

Zum Glück wird nicht jede traumatisierte Mutter zu einer Münchhausen-by-proxy-Mutter, die ihr Kind heimlich misshandelt.

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom zeigt uns aber mit aller Deutlichkeit die Gefahr transgenerationaler Weitergabe eigener traumatischer Kindheitserfahrungen an die nächste Generation.

Die Münchhausen-by-proxy-Mütter geben ihr eigenes Trauma rücksichtslos 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 aber sensibel zu sein für jene, die Hilfe suchen, bevor sie ihr Kind misshandeln.

Viele unserer jugendlichen Patientinnen hier in der Klinik[1] haben in sich ein psychisch verletztes inneres Kind, welches sie heilen wollen. Immer wieder stoßen wir hier schon bei 14jährigen auf die Phantasie, so schnell wie möglich und egal von wem schwanger zu werden. Im Mutterwerden wollen sie eigentlich Kind sein und vom Kind bekommen, was die eigene Mutter nicht geben konnte. Natürlich müssen wir diese Form des drohenden Kindesmissbrauchs verhindern und den Patientinnen in Form von Psychotherapie geben, was sie brauchen.

Eine weitere Patientengruppe, die Hilfe sucht und Hilfe braucht, sind junge Mütter. Sie erkranken wenig nach der Geburt ihres Kindes, beispielsweise an schweren Essstörungen, sie magern anorektisch ab und wehren sich damit gegen das unbewusste Gefühl des Beherrschtwerdens durch ihr neugeborenes Kind oder sie entwickeln exzessive Fress-Kotz-Attacken, in denen sie ihre

[1] Psychotherapeutisches Zentrum 97980 Bad Mergentheim

eigene kindliche ungestillte Gier ausleben und im Erbrechen wieder ungeschehen machen.

Was wir hier an Krankheiten bei den jungen Müttern sehen, entsteht im Grunde aus einem konstruktiven Impuls. Die Frauen versuchen mit ihren Kindern etwas besser zu machen, als sie es selbst erfahren haben. Sie versuchen gute Mütter für ihr Kind zu sein, voll Liebe, Freude, Stolz und Geduld. Sie scheitern an diesem Anspruch und sie sind zutiefst beunruhigt von Zuständen voll Wut und kaum noch zügelbarer Aggressivität oder unendlicher Hilflosigkeit ihren Kindern gegenüber. Viele der Mütter verstehen zunächst ihren eigenen Reaktionen nicht und öffnen sich erst in einem schmerzlichen aber heilsamen Prozess für die unverarbeiteten Traumata der eigenen Geschichte. Dass junge Mütter sehr häufig mit ihren Kindern zu uns in Behandlung kommen, beruht deshalb nicht nur auf praktischen Schwierigkeiten der Kinderversorgung, sondern die Mütter bringen gleichsam ihr Problem mit und fordern uns dazu auf, mit ihnen zusammen im therapeutischen Durcharbeiten den Teufelskreis der Gewalt zu durchbrechen.

Hierzu gibt es keine Alternative. Immer gilt: Erfahrene Gewalt wird solange wiederholt, bis sie im therapeutischen Prozess erinnert, durchgearbeitet, versprachlicht und dadurch integriert werden kann. Ein zentrales Merkmal traumatischer Erfahrungskomplexe ist, wie wir heute wissen, die Sprachlosigkeit. Die Ereignisse in sind einem qualitativ veränderten Zustand psychisch gleichsam eingefroren, notdürftig eingekapselt, ohne Worte, ohne Zeitgefühl, ohne Sinn. Therapie ist deshalb immer die kontrollierte Annäherung, die der heutigen erwachsenen Persönlichkeit ermöglicht, die eingekapselten Erfahrungen langsam zu eröffnen. Diese Sprengstücke der eigenen Biographie verlieren damit ihren extraterritorialen Charakter, sie werden in die eigene Geschichte eingefügt, bekommen einen Ort in der Zeit und müssen nicht mehr zwanghaft wiederholt und an die nächste Generation weitergegeben werden.

Literaturverzeichnis

- **Alexander, R.; Smith, W.; Stevenson, R. (1990):** Serial Munchausen syndrome by proxy. *PEDIATRICS, 86, Seite 581 – 585*.
- **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):** Studien über Hysterie. *GW Bd. 1, Seite 75 – 312.*
- **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. (1996):** Münchausen Syndromes and Factitious Deseases. *In: Plassmann, R. (Ed.): Factitious desease. Karger Verlag, Basel, Freiburg, Paris London, Seite 7 - 26*
- **Plassmann, R. (1994):** Münchhausensyndrome und artifizielle Erkrankungen. *In: Uexküll, Thure von (Hg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Urban und Schwarzenberg*
- **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*.