



Sind artifizielle Störungen im palliativen Kontext häufig? Ein Fallbericht

Dagmar Porstner · Eva K. Masel · Ursula Heck

Eingegangen: 12. September 2015 / Angenommen: 9. November 2015 / Online publiziert: 30. November 2015
© Springer-Verlag Wien 2015

Zusammenfassung Das Hauptaugenmerk eines Palliativarztes ist es, die Symptomkontrolle seines ihm anvertrauten Patienten zu optimieren. Durch gute Anamnese, Status, Labor und apparative Methoden werden Symptome differenzialdiagnostisch eingegrenzt und so suffizient wie möglich behandelt. Zunehmend fallen auch psychische Symptome in den wachsenden Tätigkeitsbereich des Mediziners, nach biopsychosozialen Gesichtspunkten wird auf eine Vielfalt von Aspekten eingegangen.

Wie kann jedoch ein Palliativarzt, der üblicherweise angegebene Symptome in einer meist rasch fortschreitenden malignen oder neurologischen Erkrankung erkennt, eine für diese Symptome ursächlich psychische Störung detektieren, wie es im Rahmen einer artifiziellen Störung der Fall ist? Und ist diese Störung im palliativen Setting häufig anzutreffen?

Es wird anhand eines Fallbeispiels gezeigt, dass es im palliativen Setting selten, aber nicht ausgeschlossen ist, mit einer artifiziellen Störung konfrontiert zu werden. Das bedeutet, dass ein Arzt auch die Zuweisungsdiagnosen, die ihrerseits zur palliativen Konsiliartätigkeit oder zur stationären Übernahme in ein palliatives Setting führen, hinterfragen sollte.

Das Wissen und die Wachsamkeit, daran zu denken ist damit eine Grundvoraussetzung, um dem Patienten und auch dem Palliativteam selbst einen guten Betreuungsverlauf zu garantieren, auch wenn diese Patientengruppe sicher nur in geringen Fallzahlen aufscheint.

Schlüsselwörter Palliative Care · Hospiz · Artifizielle Störungen · Psychische Störungen

Are artificial disorders common in palliative care? A Case report

Summary The main task of palliative care specialists is to focus on symptom control such as pain, nausea or fatigue. Thorough anamnesis, physical examination, laboratory examination, and differential diagnosis can ensure appropriate treatment. In an increasing number of cases psychiatric conditions like depression or anxiety increase also occur so palliative care physicians need to be more prepared to handle them.

The question of this case report is, how a palliative care specialist can distinguish between a malignant disease or neurological disease progression and a presentation primarily psychiatric in etiology, as is the case in factitious disorders. We are also interested in the incidence rate of such factitious disorders.

Our case study demonstrates that it is rare but not impossible that a doctor will encounter factitious symptoms in the palliative setting. This suggest being aware of evidence of psychiatric origins even in discharge letters and referrals that indicate palliative care needs, to ensure that palliative care really is the best treatment option for the patient. We do believe such cases to be rare in a palliative setting, however.

Keywords Palliative care · Hospice care · Factitious disorder · Psychic disorder

D. Porstner (✉)
Hospiz, Landespflegeheim Tulln,
Frauenhofnerstraße 54,
3430 Tulln, Niederösterreich, Österreich
E-Mail: dagmar.porstner@noelandesheime.at

E. K. Masel
Innere Medizin I, Palliativstation, Medizinische Universität Wien,
Währinger Guertel 18-20,
1090 Wien, Österreich
E-Mail: eva.masel@meduniwien.ac.at

U. Heck
Untere Landstraße 6,
3500 Krems an der Donau, Niederösterreich, Österreich
E-Mail: ursulaheck@mac.com

Einleitung

Da psychische Erkrankungen statistisch insgesamt im Steigen begriffen sind [13], kann davon ausgegangen werden, dass die Konfrontation mit Patienten, die auch psychiatrische Begleit- bzw. Erkrankungen aufweisen, auch in der Palliativmedizin häufiger werden. Auf beispielweise das vermehrte Auftreten einer Depressio bei chronischen Schmerzpatienten wird regelmäßig in der Literatur hingewiesen [11]. Das Beurteilen und Diagnostizieren von psychischen Erkrankung verlangt ein profundes fachliches Wissen und ein großes Maß an Erfahrung.

Für die Sichtung der Literatur zum Thema artifizielle Störungen im palliativen Kontext erfolgte die Suche v. a. in der Datenbank PubMed mit den keywords: palliative care, hospice care, factitious disorder, dissoziative personality disorder, somatoform disorders, münchhausen syndrom by proxy etc. vorgenommen. Allgemein ist dazu zu bemerken, dass die publizierten Arbeiten nur vereinzelt und wenn überhaupt, dann als Fallbeispiele (Case Reports) aufscheinen und es leider keine aktuellen, größeren epidemiologischen Studien gibt.

Bezüglich der Einteilung der artifiziellen Störungen gibt es unterschiedliche internationale Einteilungen (ICD-10 Codierung, DSM-Klassifikation).

Vorab eine Zusammenfassung der aktuellen **DSM V Klassifikation** [4]:

Factitious Disorder Imposed on Self:

A: Falsification of physical or psychological signs or symptoms, or induction of injury or disease, associated with identified deception.

B: The individual presents himself or herself to others as ill, impaired, or injured.

C: The deceptive behavior is evident even in the absence of obvious external rewards.

D: The behavior is not better explained by another mental disorder, such as delusional disorder or another psychotic disorder.

Annegret Eckhardt schrieb 1996 einen Übersichtsartikel im Deutschen Ärzteblatt, in dem sie wie folgt erklärt:

„Artifizielle Störungen sind Erkrankungen, bei denen es zur heimlichen künstlichen Erzeugung, Aggravation oder Vortäuschung körperlicher und/oderpsychischer Krankheitssymptome kommt, was in der Folge zu oft zahlreichen Krankenhausaufnahmen und medizinischen, insbesondere auch operativen Maßnahmen führt. Wenn gleich die Erzeugung/Aggravation der Krankheitssymptome scheinbar unter willentlicher Kontrolle geschieht, sind die Betroffenen unbewussten zwanghaften oder suchartigen Impulsen unterworfen, die sie regelhaft nicht kontrollieren können.

Die zugrundeliegende Motivation bleibt zunächst unklar und hat nichts mit der Motivation, die der Simulanz zugrunde liegt, gemein [5, 14].“

Nach ihren Angaben hat der Begriff „Artifizielle Krankheiten/Störungen“ zum einen die Bedeutung eines Oberbegriffes, zum anderen beschreibt er jedoch die größte und therapeutisch auch am ehesten zugängliche Untergruppe des Störungsbildes, welche bezüglich der klinischen Symptomatik in einigen Aspekten klar von den Münchhausen-Syndromen abzugrenzen ist [5].

Nach Eckhardt ist dieser Terminus, der auch in die **ICD-10** Klassifikation Eingang fand, als Oberbegriff deutlich gegenüber dem sicher nicht zutreffenderen der „vorgetäuschten Störung/Krankheit“ (factitious disorder) des DSM-V zu bevorzugen [5].

Im nun folgenden Fallbericht wird von einer Patientin berichtet, die sich primär mit einer onkologischen Diagnose an eine Hospizeinrichtung wendet, deren Hilfestellung sich jedoch im Laufe des stationären Aufenthalts wandelt, sodass schließlich das psychiatrische Krankheitsbild in den Vordergrund tritt.

Fallbericht

Eine Patientin nimmt telefonisch Kontakt auf mit der dringenden Bitte um Aufnahme im Hospiz [2]. Sie gibt an, dass sie bei gynäkologisch-onkologischer Diagnose unter starken Schmerzen leide und zu Hause keine ausreichende Versorgung mehr möglich sei. Die Aufnahme wird für den nächsten Tag vereinbart. Entgegen dieser Vereinbarung kommt die Patientin am selben Nachmittag noch ins Hospiz, wo die Aufnahme wegen fehlender Arztpräsenz nicht möglich ist. Sie wird deshalb zur akuten Schmerztherapie in ein naheliegendes Krankenhaus verwiesen. Per Fax liegt mittlerweile ein schriftlicher Hospizantrag vom behandelnden Hausarzt vor. Es handelt sich um eine 27-jährige Patientin, folgende Diagnosen werden mitgeteilt:

N. mammae, cerebrale Metastasierung, chronisch-renale Insuffizienz, Kachexie, N. uteri, sowie bekannte depressive und aggressive Phasen. Ebenso gibt der Hausarzt Selbst- und Fremdgefährdung an, sowie laufende ambulante und stationäre Versorgung.

Vom naheliegenden Krankenhaus wird oben genannte Patientin am Folgetag mit folgenden Diagnosen entlassen: Nausea bei N. mammae, cerebrale Metastasierung, St.p. Chemotherapie, St.p. Ablatio mammae, St.p. N. cervicis, chronische Niereninsuffizienz, Gewichtsverlust von 15 kg im letzten Jahr. In der Anamnese gibt die Patientin an, dass sie bei bekanntem N. mammae mit cerebralen Metastasen in laufender Behandlung sei und vor sieben Wochen eine Ablatio mammae beidseits durchgeführt wurde. Chemotherapien habe die Patientin immer wieder verweigert. Bei Übelkeit und Erbrechen könne die Patientin keine Flüssigkeit und Nahrung aufnehmen, weshalb auch eine orale Schmerztherapie kaum suffizient möglich ist. Es wird im Entlassungsbrief die Etablierung eines Basisopioids empfohlen, das bei liegende Labor zeigt keine Auffälligkeiten.

Bei der Aufnahme im Hospiz zeigt sich eine kachektische Patientin mit rasiertem Kopfhaar, in Embryohaltung im Bett liegend und massive Schmerzen im Bereich der linken Flanke und des Unterbauches angehend, die durch die gynäkologisch-onkologische Diagnose erklärbar sind. Ebenso berichtet sie über Druck hinter dem rechten Auge, der einen steigenden Hirndruck bei bekannten Hirnmetastasen vermuten lässt. Die Anamnese und der medizinische Status sind nur inkomplett erhebbar, da beim Aufnahmegespräch der Wunsch der Patientin im Vordergrund steht, dass sie noch einmal ihren sechsjährigen Sohn sehen möchte, bevor sie stirbt.

Sozialanamnestisch ist zu erfahren, dass die Patientin ein Pflegekind ist, die Pflegeeltern und die Zwillingsschwester der Patientin sind bei Aufnahme anwesend. Ihr Sohn wird durch die Pflegeeltern der Patientin aufgezogen.

In der gynäkologischen Anamnese ist neben einem Partus noch von vier Abortus und einer Totgeburt zu erfahren.

Medikamentös werden ein opioidhaltiges Transdermalpflaster und Durchbruchschmerzmedikation, eine Cortisontherapie bei Hirnmetastasen sowie eine antiemetische Therapie etabliert.

Die Zwillingsschwester bietet an, bei der Patientin im Zimmer zu übernachten, was von der Patientin als beruhigend wahrgenommen wird.

Da bis auf den Hospizantrag und den Entlassungsbrief des Krankenhauses keine Befunde aufliegen und die Patientin sowie deren Angehörige nach dem weiteren Prozedere bzw. der Prognose fragen, wird vereinbart, dass zu Hause vermutete Befunde eingeholt werden.

In den folgenden Tagen werden bei den Visiten und den Pflegehandlungen unterschiedlichste Widersprüche auffällig:

Die vermeintlich rezenten Operationsnarben der Brüste bei beschriebenem St.p. Ablatio mammae beidseits können nicht gefunden werden, weiters erkennt das Pflegepersonal das rezidivierende Erbrechen als Hochwürgen von Schleim. Die Patientin gibt außerdem den starken Druck hinter dem Auge als sehr belastend an, sodass sie eine Augenklappe wünscht, jedoch in unbeobachteten Momenten beschäftigt sie sich ohne Einschränkungen mit ihrem Mobiltelefon.

Die Patientin berichtet von dem am Aufnahmetag eingeforderten Abschiedstreffen mit ihrem Sohn auffallend affektflach.

Bei den Visiten bittet die Patientin mehrmals darum, dass man ihr, wenn sie nicht bald sterben sollte, helfen möge, sie halte die Schmerzen nicht mehr aus, und möchte „eingeschläfert“ werden. Ihre schon verstorbene Großmutter hole sie im Schlaf und sie habe Angst.

Beim betreuenden Team zeigen sich in der Zwischenzeit unterschiedlichste Reaktionen auf die Patientin: Überforderung und Wut durch forderndes Verhalten, Zweifel und Irritation durch Widersprüche der Angaben und Verhaltensweisen der Patientin.

Da keine medizinischen Befunde von den Angehörigen zuhause gefunden werden und sich die Zweifel

an den onkologischen Diagnosen verstärken, wird ein Familiengespräch initiiert, in welchem der Patientin gegenüber der Wunsch geäußert wird, die onkologischen Diagnosen durch Vorbefunde besser einschätzen zu können. Sie antwortet, sie sei „total verkrebt“ und wenn man ihr nicht helfe, gehe sie eben nach Hause, um dort zu sterben.

In Folge wird auch mit den von der Patientin angegebenen Krankenhäusern Kontakt aufgenommen. Es wird in den eingeholten Vorbefunden keine onkologische Diagnosen angegeben, jedoch unter anderem Polytoxikomanie, Bulimia nervosa, laufendes Methadonprogramm, sensomotorischer Querschnitt ohne morphologisches Substrat, Borderline-Symptomatik, septischer Spätabort und Schwangerschaftsabbruch.

Nach mehreren Gesprächen mit der Patientin, dem betreuenden Team, unter anderem auch einer hinzugezogenen Psychiaterin und den Angehörigen wird die Patientin nach einer Woche Aufenthalt im Hospiz mit ihrer Einwilligung ins nahegelegene Krankenhaus auf die Erwachsenenpsychiatrie überwiesen, wo sich folgende Diagnosen nach erfolgter CT-gestützter Negativbefundung feststellen lassen:

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, artifizielle Störung bzw. Münchhausensyndrom DD: dissoziative Störung [3].

Diskussion

In diesem Patientenbeispiel wird deutlich, dass Patienten mit artifiziellen Störungen, ob nun in dieser Ausprägung mit posttraumatischem Syndrom oder in Kombination mit Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-Symptomatik [10] mit oder ohne Suchtverhalten auch im Alltag eines Palliativmediziners vorkommen können.

Für Menschen, die die Behandlung von Palliativpatienten übernehmen, steht außer Frage, dass sie bemüht sind, mit Empathie und Authentizität die bestmögliche Behandlung ihrer Patienten zu leisten. Sich auf die Gefühle, die Wünsche, Begehrlichkeiten und Erwartungen einzustellen, erfordert ein hohes Maß an Wachheit, Achtsamkeit und Selbstreflexion, nicht zu vergessen natürlich fachliches Wissen.

Dass ein Palliativmediziner im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden seines Patienten auch oft den psychischen Leidensdruck desselben wahrnimmt und darauf eingeht, wird vorausgesetzt. Es bleibt aber bei psychischen Symptomen oft der ganz persönliche Bewertung des Arztes überlassen, welche Auffälligkeiten im Verhalten noch der Situation bzw. der speziellen Lebensphase eines Patienten mit einer rasch fortschreitenden Erkrankung zuzuordnen sind und welche einer weiteren Diagnostik bedürfen.

Annegret Eckhardt beschäftigt sich seit vielen Jahren mit dieser Thematik. Sie schreibt schon in einem Artikel aus dem Jahre 1996: „dass, es gegenwärtig keine epidemiologischen Untersuchungen an größeren Patientengruppen gibt, sie würden sich auch in der Weise schwierig

gestalten, weil die Patienten oft einen langen Krankheitsverlauf bis zur Diagnosefindung haben und deshalb von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden muss.

In der Dermatologie gehe man davon aus, dass 0,5 bis 2,0 % der Patienten an artifiziellen Symptomen leiden“. Weiters gibt sie an, dass nach einer Studie an Patienten aus Allgemeinkrankenhäusern Lipsitt et al. in ihrer Untersuchung aus dem Jahre 1982 eine Häufigkeit von zwei Prozent fanden [5].

Da es bisher keine weitreichenden Studien zu diesem Thema gibt, muss man auch heute von diesen Zahlen weiterhin ausgehen. Bei der Literatursuche konnten jedoch einzelne Fallberichte gefunden werden, wenn auch nicht im palliativen Setting.

Ein Fallbericht in Psychosomatics 2006 [9] – über eine Frau, der es durch Internetrecherche erleichtert wurde ein Ovarialcarcinom vorzutäuschen, zeigt, dass es auch für Patienten mit artifiziellen Störungen leichter wird, sich Informationen in Zeiten des Internets so zu beschaffen, dass dem behandelnden Arzt die Symptome plausibler geschildert werden können, um in eine Behandlung zu kommen.

Ebenso wird von einer Patientin berichtet, die eine prophylaktische bilaterale Mastektomie erreicht hatte [7, 6].

Die Unterscheidung, ob es sich im jeweiligen individuellen Fall um Simulation oder artifizielle Störungen handelt, bedarf immer dem Erforschen der Motivation, diese Differenzierung stellt auch für Psychiater oft eine Herausforderung dar [5, 14].

Untersuchungen, speziell auch in der Palliativmedizin, gibt es derzeit nicht, obwohl die Patienten mit einer artifiziellen Störung besonders im palliativen Setting eine ganz besondere Resonanz auf ihre speziellen Bedürfnisse erfahren dürften.

Symptome, die am häufigsten in der Literatur im Rahmen von artifiziellen Störungen beschrieben werden, sind rezidivierende Abszesse, Wundheilungsstörungen, artifizielle Fieberzustände und Anämien. Auch sind vielfache Operationen mit sehr schweren Folgeschäden bis hin zu regelrechten Verstümmelungen keine Seltenheit.

Grob lassen sich die folgenden Formen unterscheiden [5]:

- Artifizielle Störungen (im eigentlichen Sinne), leichte Form und
- schwere Form;
- Münchhausen-Syndrom [12];
- Erweitertes Münchhausen-Syndrom (englisch: Munchhausen by proxy) bei Kindern und bei Erwachsenen [8].

Beim Münchhausen-Syndrom stehen das krankhafte Lügen und Übertreiben (Pseudologia phantastica) im Vordergrund. Von einem Munchhausen by proxy Syndrom spricht man, wenn Eltern, Mütter im Speziellen oder andere betreuende Personen bei einem anderen Menschen, oft Kindern, Symptome erfinden oder erzeugen um eine medizinische Behandlung zu verlangen.

Diagnostische Kriterien der artifiziellen Störungen [5]

1. Vortäuschung, Aggravation und/oder künstliches Hervorrufen körperlicher und/oder seelischer Krankheitssymptome
2. Wiederholte Wundheilungsstörungen bei Ausschluss wesentlicher organischer Ursachen
3. Symptomverstärkung vor geplanter Entlassung
4. Suchartiges Verlangen nach ständig neuen Krankenhausaufnahmen
5. Auffällige Bereitschaft, sich invasiven diagnostischen und therapeutischen, einschließlich operativen Eingriffen zu unterziehen.
6. Auffallende Gleichgültigkeit bezüglich des Krankheitsverlaufes
7. Hinweise auf mehrere vorangegangene Eingriffe und Operationen
8. Pathologische Arzt-Patienten-Beziehung

Münchhausen-Syndrom zusätzlich

1. Pseudologia-phantastica-Vorgeschichte, die aus einer Mischung aus Wahrheit und Unwahrheit geprägt ist; zwanghaftes Lügen
2. Oft bizarre Symptomatik
3. Wiederholte Beziehungsabbrüche, oft mit völliger sozialer Entwurzelung
4. Tendenz zu extensivem Reisen
5. Häufige Selbstentlassungen, auch gegen ärztlichen Rat

Im deutschsprachigen Raum wird die Klassifizierung der artifiziellen Störung von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) bis 31.05.2015 überarbeitet. Die Leitlinie „Artifizielle Störungen“ ist an dem Krankheitsbild „Artifizielle Störung“ der 10. Auflage der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD-10) F68.1 orientiert [1].

Diese Kriterien stehen im Gegensatz zur DSM Klassifizierung.

Das DSM-V [4] unternimmt wie in der Einleitung erwähnt eine Einteilung der vorgetäuschten Störungen (artifiziellen Störungen) in:

vorgetäuschte Störungen mit physischen Symptomen, vorgetäuschte Störungen mit psychischen Symptomen und nicht näher klassifizierbare Formen.

Diese Einteilung ist unzureichend, da sie die speziellen Formen der artifiziellen Störungen (Münchhausen-Syndrom und Munchhausen-by-proxy-Syndrome) außer Acht lässt.

In der ICD-10 wird die artifizielle Störung gar nicht weiter unterteilt, sondern Münchhausen-Syndrom und artifizielle

Störung werden gleichgesetzt [3].

Schlussfolgerung

Über die Häufigkeit einer artifiziellen Symptomatik speziell bei Palliativpatienten kann auch nach Literatursuche keine zufriedenstellende Aussage getroffen werden.

Wohl aber sind Einzelfälle auch in anderen Fachgebieten beschrieben, die unterstreichen, dass es wohl wie im erwähnten Fallbeispiel eine seltene, aber mögliche Tatsache ist und bei Patienten mit widersprüchlichen Angaben an eine artifizielle Störung auch im palliativen Setting gedacht werden sollte.

Es ist in jedem Fall ratsam, nach gründlicher Anamnese, Status und Durchsicht der Befunde eine profunde Einschätzung der Patienten vorzunehmen und bei Hinweisen auf eine artifizielle Störung oder andere psychiatrische Erkrankung einen Facharzt für Psychiatrie hinzuzuziehen.

Weitere Studien könnten neue Daten zur Häufung von artifiziellen Störungen im Krankenhauswesen oder im niedergelassenen Bereich bringen, und speziell auf das palliative Setting fokussieren.

Interessenkonflikt

Es besteht kein Interessenskonflikt.

Literatur

- AWMF-Leitlinien-angemeldete Leitlinien-DGPM. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/051-024.html>. Zugegriffen: 5. Mai 2015.
- Definition Hospiz ÖBIG-Dachverband von PHospizeinrichtungen. http://hospiz.at/pdf_dl/oebig_studie.pdf. Zugegriffen: 5. Mai 2015.
- Dissociation, International Society for the Study of Trauma. <http://www.isst-d.org/default.asp?contentID=76#diss>. Zugegriffen: 5. Mai 2015.
- DSM V-Klassifikation. <http://www.psychiatry.org/dsm5>. Zugegriffen: 5. Mai 2015.
- Eckhardt A. Artifizielle Störungen. *Deutsches Ärzteblatt*. 1996;93:24.
- Feldman M. Prophylactic bilateral radical mastectomy resulting from factitious disorder. *Psychosomatics*. 2001;42(6):519–21.
- Feldman M., Hamilton J. Mastectomy resulting from factitious disorder. *Psychosomatics*. 2007;48(4):361.
- Le Heuzey MF, Mouren MC. Münchhausen-Syndrom by proxy. *Arch Pediatr*. 2008;1:85–8. (PMID: 18178391).
- Levenson JL, Chafe W, Flanagan P. Factitious ovarian cancer: feigning via resources on the Internet. *Psychosomatics*. 2007;48(1):71–3. (PMID: 17209154).
- McLafferty L, Childers JW. Borderline personality disorder in palliative care. *J Palliat Med*. 2012;4:485–6. (PMID 22500485).
- Nicholl BI, Mackay D, Cullen B, et al. Chronic multisite pain in major depression and bipolar disorder: cross-sectional study of 149,611 participants in UK Biobank. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):350.
- Olry R, Haines DE. Historical and literary roots of Münchhausen syndromes: as intriguing as the syndromes themselves. *Prog Brain Res*. 2013;206:123–41. (PMID: 24290479).
- Statistik Austria 2000–2013 Krankenstandsfälle auf 1000 Erwerbstätige nach Krankheitsgruppen seit 2000 (online). http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandstage/022395.html. Zugegriffen: 5. Mai 2015.
- Worley CB, Feldman MD, Hamilton JC. The case of factitious disorder versus malingering. *Psychiatr Times*. 2009;26.