Eine klinische Illustration zur notorischen Frage: Was ist Wahrheit?

Das Münchhausen-Syndrom

Jürg Kesselring

Senior Botschafter Neurologie; Rehabilitationszentrum, Valens

«Man braucht nur ein wenig Phantasie, und alle Schlösser öffnen sich.»
Freiherr Karl Friedrich Hieronymus von Münchhausen

«Mit dem Münchhausen-Syndrom wird ein häufiges Krankheitsbild beschrieben, das die meisten Ärztinnen und Ärzte schon gesehen haben, über das aber wenig geschrieben wurde. Wie der berühmte Baron von Münchhausen sind die Personen immer weit gereist; und ihre Geschichten, wie auch diejenigen, die ihm zugeschrieben werden, sind ebenso dramatisch wie unwahr. Entsprechend wird das Syndrom mit allem Respekt dem Baron gewidmet und nach ihm benannt. [...] Wenige Ärzte können sich brüsten, dass sie noch nie hereingelegt worden sind. [...] Oft hat eine echte organische Läsion in der Vergangenheit einige körperliche Zeichen hinterlassen, die der Patient benutzt (um Pooh Bah[1] zu zitieren) <um einer sonst plumpen und unüberzeugenden Geschichte eine künstliche Wahrheitsähnlichkeit zu verpassen>.» [1]

So beginnt die erste Beschreibung des klinischen Syndroms, welches der Londoner Arzt Richard Asher als *«Munchausen syndrome»* bezeichnet. Im Englischen gibt es keinen Umlaut und keine Verdoppelung des «h». In der noch gültigen Krankheitsklassifikation der Weltgesundheitsorganisation WHO, ICD-10 ist dieses Syndrom unter *F68 Andere Persönlickeits- und Verhaltensstörungen* codiert:

68.1 Artifizielle Störung (absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen)
Münchhausen-Syndrom
Hospital-hopper-Syndrom (Krankenhausspringer)

In der neuen Klassifikation ICD-11, die im Mai 2019 von der WHO vorgestellt wurde und im Jahre 2020 (mit einer Übergangsfrist von fünf Jahren) in Kraft treten soll (https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/790764418), wird es unter 6D50, *«Artifizielle, selbstinduzierte Störungen»* codiert und folgendermassen charakterisiert: *«Täuschung, Fälschung oder Induzierung von medizinischen, psychologischen oder verhaltensbezogenen Anzeichen und Symptomen oder Verletzungen im Zusammenhang mit identifizierter Täuschung. Wenn eine vorbestehende Störung oder Krankheit vorliegt, verschlimmert das Individuum absichtlich vorhandene Symptome oder verfälscht oder induziert zusätzliche Symptome. Die Person sucht eine Behandlung oder präsentiert sich auf andere Weise aufgrund der vorgetäuschten, gefälschten oder selbstinduzierten Anzeichen, Symptome oder Verletzungen als krank, verletzt oder beeinträchtigt. Das betrügerische Verhalten wird nicht nur durch offensichtliche externe Belohnungen oder Anreize (z.B. Erwerb von Invaliditätszahlungen oder Umgehung der Strafverfolgung) motiviert. Dies steht im Gegensatz zu Malingering, bei der offensichtliche externe Belohnungen oder Anreize das Verhalten motivieren».*

Beim Münchhausen-Syndrom liegen eher unbewusste Motive (primärer Krankheitsgewinn) zugrunde, was ein wesentlicher Unterschied zu Malingering – der Si-

1 Charakter aus der Operette "The Mikado" von Gilbert und Sullivan 1885.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

mulation [2] – ist, die häufig einen sekundären Krankheitsgewinn anstrebt.

Artifizielle Erkrankungen werden meist erst nach mehrmonatigem bis mehrjährigem Krankheitsverlauf diagnostiziert. Sie können in allen medizinischen Fachgebieten vorkommen: Am häufigsten sind wiederholte Abszesse, Wundheilungsstörungen, künstliche Fieberzustände und Anämien. Auch sind vielfache Operationen mit schweren Folgeschäden bis hin zu regelrechten Verstümmelungen keine Seltenheit.

Häufige Methoden der Selbstmanipulation [3, 4]

Dermatologie

Aufbringen von Säuren und Laugen oder anderen Substanzen; Kneten, Reiben, Quetschen der Haut; Strangulation von Extremitäten (artifizielle Lymphödeme); subkutanes Einspritzen von infizierten Lösungen, Speichel, Milch, Kot und anderem.

Innere Medizin

Künstliches Fieber durch Einnahme pyrogen wirkender Substanzen; Thermometermanipulationen; Fälschung des Krankenblattes.

Chirurgie

Vortäuschen abdominaler Schmerzen, Stuhl- und Urinverhalt; Manipulationen an Operationswunden; Erzeugen von Abszessen durch Einspritzen von Kot, Fremdkörpermaterial und vielem mehr; Manipulationen an zentralvenösen Zugängen, Wunddrainagen und anderem.

Urologie

Einbringen von Eigen- oder Tierblut durch die Harnröhre oder durch Injektion durch die Bauchdecke in die Blase zur Erzeugung einer Hämaturie; Kontamination des Urins durch Fäkalien, Blut und anderes.

Neurologie

Vortäuschen von Lähmungszuständen, Dysästhesien; Einnahme von Anticholinergika; Vortäuschung epileptischer Anfälle, teilweise unter Zuhilfenahme von Medikamenten.

Psychiatrie

Vortäuschung von akuter Suizidalität oder psychotischen Zuständen; auch Delirien werden vorgetäuscht; Vortäuschung von Verwirrtheitszuständen oft unter Zuhilfenahme von Medikamenten.

Hämatologie

Selbstabnahme von Blut zur Erzeugung von Anämien; selbst herbeigeführtes Bluten; Einnahme von Blutverdünnungsmitteln (Antikoagulanzien); Vortäuschen von HIV-Infektionen.

Stoffwechsel

Hyperthyreose durch Einnahme von Schilddrüsenhormonen, Hyperglykämien durch Injektion von Insulin oder Einnahme oraler Antidiabetika; Hypokaliämien durch Einnahme von Diuretika, Lakritzenabusus, Laxanzienabusus; Hyperkalziämie durch Einnahme von Kalzium oder Vitamin D; Cushing-Syndrom durch Einnahme von Prednison, Hyperamylasurie durch Speichelzusatz zum Urin; Anticholinergikaintoxikation durch Einnahme von Sympathikomimetika.

Kardiologie

Vortäuschung einer koronaren Herzkrankheit; Einnahme von Betablockern, Clonidin und anderem.

Pneumologie

Hämoptysis (Bluthusten) durch vorher geschlucktes Eigen- oder Tierblut.

Gynäkologie

Vortäuschung von abdominalen Schmerzen, Abwehrspannung; vaginale Blutungen durch mechanische Manipulationen an Portio oder Vagina oder Einführen von Blut; intravaginales Einbringen von ätzenden Lösungen.

Pädiatrie

Munchausen syndrome by proxy (Münchhausen-Stellvertretersyndrom); oder genuine artifizielle Symptome bei Kindern und Jugendlichen: meist artifizielles Fieber oder dermatologische Symptome; prinzipiell ist aber auch hier alles möglich.

Diagnostische Kriterien der artifiziellen Störungen [4]

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. Suchtartiges Verlangen nach ständig neuen Krankenhausaufnahmen;
5. Auffällige Bereitschaft, sich invasiven diagnostischen und therapeutischen, einschliesslich operativen Eingriffen zu unterziehen;

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

6. Auffallende Gleichgültigkeit bezüglich des Krankheitsverlaufes;
7. Hinweise auf mehrere vorangegangene Eingriffe und Operationen;
8. Pathologische Arzt-Patienten-Beziehung.

Diese Patientinnen und Patienten fallen aus dem Rahmen der ärztlichen Grundannahme, dass sie ein passives Opfer der Krankheit sind und aktiv die Therapie unterstützen. Tatsächlich verhalten sie sich unter beiden Gesichtspunkten paradox: Sie rufen ihre Krankheit, Verletzungen oder Behinderungen aktiv hervor, konstruieren sie und behindern die Therapie – in der Regel heimlich. Dies führt eigentlich zu einem Missbrauch medizinischer Ressourcen.

Eine systematische Untersuchung von 455 Fällen in der Fachliteratur [5] ergab ein Durchschnittsalter von 34 Jahren. Zwei Drittel waren Frauen, am häufigsten (über ein Viertel) Gesundheits- und Laborpersonal («Berufe in Weiss»). An früheren Diagnosen bei psychiatrischer Komorbidität waren Depressionen (41,8%) häufiger als Persönlichkeitsstörungen (16,5%). Mehr Patienten wählten Selbst-Verletzungen, als dass sie Krankheiten simulierten oder falsch meldeten. Am häufigsten waren endokrinologische, kardiologische und dermatologische Probleme.

Neben der Vortäuschung oder künstlichen Erzeugung von Krankheitssymptomen leiden diese Patientinnen und Patienten an einer schweren Beziehungsstörung, die sich in ständigen Beziehungsabbrüchen (zum Beispiel auch häufigen plötzlichen Selbstentlassungen aus der Klinik) und in einem zwanghaften Umherreisen ausdrückt («Krankenhauswanderer»). Hier soll nicht im Detail auf die psychiatrischen Kriterien zur Beurteilung von «Ich- bzw. Identitätsstörungen» [6] weiter eingegangen werden.

Pseudologia phantastica

Ein weiteres Charakteristikum in diesem klinischen Bereich ist die 1891 von Anton Delbrück definierte sogenannte «*Pseudologia phantastica*». Die Patientinnen und Patienten erzählen phantastische Geschichten über ihr Leben. Sie belügen nicht nur die Umgebung, sondern auch oft sich selbst. Sie nehmen falsche Identitäten an, um ihre eigene unsichere und minderwertig erlebte Identität zu verleugnen und ständig drohende Desintegrationsängste, die auf die schwere zugrundeliegende Ich-strukturelle Störung zurückzuführen sind, abzuwehren. Psychopathologisch handelt es sich immer um schwer narzisstische, Borderline- oder dissoziale Persönlichkeitsstörungen. In Abgrenzung zum Wahnhaften im Rahmen von Psychosen oder anhaltend wahnhaften Störungen (ICD-10: F20, F22) kann der Pseudologe seine Überzeugung im Licht der Realität revidieren. Jedoch hält die Störung lange an, ohne dass sie von Phasen der Normalität unterbrochen wird. Es finden sich in der Regel keine aktuellen äusseren Anlässe für das Verhalten (wie z.B. bei sogenannten «Notlügen»), so dass ein innerer Anlass als Ursache angenommen werden kann. Am diagnostisch festgelegten bzw festlegenden Konzept der «Persönlichkeitsstörung» (ICD-10- Code: *F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*») wird aus einer verhaltenstherapeutisch orientierten klinisch-psychologischen Perspektive berechtigte Kritik geübt [7]: Mit Hilfe eines Zitats des Philosophen und Psychiaters Karl Jaspers (1883–1969) beschreiben die Autoren das Stigmatisierungsproblem: *«Menschlich aber bedeutet die Feststellung des Wesens eines Menschen eine Erledigung, die bei näherer Betrachtung beleidigend ist und die Kommunikation abbricht»*. Die Festschreibung einer gesamten Persönlichkeit als «gestört» sei ethisch zweifelhaft. Insbesondere führen die Autoren an, dass Personen mit Persönlichkeitsstörungen sich auf charakteristisch gestörte Art und Weise in zwischenmenschlichen Interaktionen verhalten. Erst auf dieser Ebene trete die Störung zu Tage, die Betroffenen selbst empfänden sich als Person oft nicht als gestört (Ich-Syntonie). Somit erfolge durch die «Diagnose» einer Persönlichkeitsstörung eine Umdeutung des Geschehens durch den «gesunden» Interaktionspartner, und zwar derart, dass der abweichende Interaktionspartner per «Charakter-Diagnose» allein verantwortlich für die Störung gemacht wird. Diese Umdeutung des Geschehens stelle letztlich eine Pseudoerklärung dar: Die Person in ihrer Gesamtheit ist gestört und die Person ist das Störende, die Ursache der Störung. Mögliche Störungen des sozialen Systems, der Interaktion, der Gesellschaft gerieten aus dem Blickfeld.

Verlust durch Phantasie der eigenen Allmacht kompensieren

Tiefenpsychologisch [8] lassen sich Lügen, die auf dem Boden einer unzureichenden Verinnerlichung der normgebenden Eltern im Rahmen des Ödipuskomplexes entstanden, von Lügen als Folge einer frühkindlichen Verwahrlosung unterscheiden. Menschen, die schon in der Säuglingszeit auf idealisierbare Eltern hätten verzichten müssen, ersetzten diesen Verlust durch die Phantasie der eigenen Allmacht (Grössen-Selbst). Die zur Schau gestellte Verachtung für alle Werte und Ideale diene der Abwehr und Verleugnung einer Sehnsucht nach einer idealisierbaren Elternfigur. Die Gefahr, die von diesen Übertragungen ausgehe, sei die einer traumatischen Zurückweisung durch das idealisierte Objekt, mit der Folge unerträglicher narzisstischer Spannung und schmerzhafter Beschämung sowie Hypochondrie. Der Stolz dieser Patientinnen

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

und Patienten auf die Geschicklichkeit, mit der sie rücksichtslos ihre Umwelt manipulieren, mag teilweise verhindern, Leere und Mangel an Selbstwertgefühl an die Stelle der fortwährend kriminellen Aktivität des Grössen-Selbst treten zu lassen.

In seiner grossen Übersichtsarbeit [4] nennt Kapfhammer als gemeinsame psychodynamische Themen: Abhängigkeit, Masochismus, narzisstischen Triumph und Traumabewältigung. In der frühen Entwicklungsgeschichte finden sich gehäuft Angaben über elterliche Grausamkeiten mit traumatisierendem körperlichem und sexuellem Missbrauch, emotionale Vernachlässigungen, Trennungs- und Verlusterlebnisse, prägende Erfahrungen mit schwerwiegenden eigenen Erkrankungen oder von nahen Familienangehörigen, Heimunterbringungen etc., die mit einer massiven Störung des Körperselbst, der Selbstwertregulierung und der zwischenmenschlichen Beziehungsfähigkeit einhergehen [4]. Entsprechend können unterschiedliche motivische Perspektiven den klassischen Beschreibungen zugrunde liegen:

- Die vorrangig sozial- und medizinpsychologische Charakterisierung eines abnormen Krankheitsverhaltens, das plausible Gründe in der äusseren Lebenssituation meist vermissen lässt;
- Die bedenkliche gesundheitsideologische Betonung einer vermeintlich immer aufzudeckenden äusserlichen Vorteilnahme im Sinne einer Simulation;
- Hinweise auf eine oft unbewusste selbstdestruktive Tendenz (die innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung eine verhängnisvolle Dimension erlangen kann).

Die (meist für lange Zeit unverstanden bleibende) Interaktionsdynamik der problematischen Beziehung von Arzt und Artefakt-Patient beschreibt Kapfhammer folgendermassen [4]: *«In der Täuschung des Patienten mit seinem Körper wird der Arzt einerseits häufig den Part des idealisierten Heilers spielen, von dem sich der Patient auch eine Genesung für seine frühen Wunden erhofft. Andererseits aber besteht im Nichtverstehen der zugrunde liegenden Dynamik auch die Gefahr, in projektiver Identifikation eingebunden zu werden und als kontrollierendes, eindringendes und zuweilen auch verstümmelndes Objekt frühe Traumatisierungen in einer pathologischen Arzt-Patienten-Beziehung zu wiederholen. Die inszenierten Täuschungen lassen Arzt oder Therapeuten stellvertretend die selbst erfahrenen Unwahrheiten und Lügen mit den korrelierten Hass- und Verachtungsgefühlen spüren. Dies mag den Patienten eine narzisstische Gratifikation geniessen lassen. Aus seiner Sicht stellt die Täuschung einerseits einen gewissen Selbstschutz dar, ist aber gleichzeitig auch Auftrag an den Arzt, nach der verborgenen traumatischen Realität zu fahnden und sie für den Patienten mitteilbar und bearbeitbar zu machen und nicht in einem ‹detektivischen› Agieren zu verbleiben, in der oft grosse Energien freigesetzt werden, um dem Patienten sozusagen ‹auf die Spur zu kommen›. Wird der Betrug des Patienten schliesslich realisiert, bilden sich oft heftige aggressive Emotionen gegen diesen aus, die meist zu einem Abbruch der therapeutischen Beziehung führen».*

Medikamentenmissbrauch und delinquentes Verhalten (Antisozialität) treten bei Münchhausen-Patienten häufig auf. Es kann bedeuten, dass jemand mit anderen Menschen ohne grosse Gewissensbisse manipulativ umgeht, um selbst einen grossen Vorteil zu kriegen. Sie kommen fast immer aus massiv gestörten Familiensystemen, die von schweren sozialen Problemen, aggressiven Verhaltensweisen und Alkoholproblemen geprägt sind (ausführlich in [9]).

Münchhausen-Patienten scheinen meist nur einen geringen Leidensdruck zu haben und sind wegen der zugrundeliegenden Beziehungsstörung einer psychotherapeutischen Behandlung kaum zugänglich.

«Paradebeispiel» William McIlroy

Als «Paradebeispiel» für das *Munchausen syndrome* gilt manchmal William McIlroy, ein Patient, der in England und Irland gelebt hat: Pallis und Bamji wiesen für den Zeitraum ab 1944 – also über rund 34 Jahre, von denen McIlroy zehn im Krankenhaus verbrachte – 207 Einlieferungen in mindestens 68 Hospitälern unter ständig wechselnden Namen, am häufigsten allerdings unter seinem eigenen nach – mit zehn weiteren Fällen, bei denen es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenfalls um McIlroy handelte [10]. Damit ist er gleichzeitig einer der (über einen langen Zeitraum) bestdokumentierten Fälle des Münchhausen-Syndroms. Herausragend sind weiterhin die Geschicklichkeit und Konsequenz seines Vorgehens, die eine beträchtliche Leidensfähigkeit erkennen lassen: Wurde er bei einem von den Ärzten für unplausibel gehaltenen Krankheitsbild in die Enge getrieben, wechselte er zu einem neuen und verliess vor einer endgültigen Aufdeckung das Krankenhaus auf eigene Faust – so in 133 Fällen von Pallis und Bamji dokumentiert.

Munchausen syndrome by proxy

Beim sogenannten erweiterten Münchhausen-Syndrom *(Munchausen syndrome by proxy)* [11] handelt es sich um eine schwere Störung, bei der Eltern (meist die Mütter) an ihren Kindern Krankheitssymptome vortäuschen, künstlich erzeugen oder aggravieren, um die Krankenhausaufnahme und in der Folge zahllose, meist invasive medizinische Eingriffe, inklusive Operationen, zu erreichen.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Wir haben eine durch ihre Mutter überbehütete 18-jährige Kantonsschülerin betreut: Querschnittgelähmt, furchtbar schmerzgeplagt, dennoch strahlend. Alle unsere schulmedizinischen Medikamente wirkten nicht [12] Placebo wurde erfolgreich eingesetzt. Doch dann hat ihre Mutter nicht nachgelassen, bis sie (durch eine Lehrtochter in der Apotheke) erfuhr, dass es sich beim Wundermedikament um Glukose handelte ... Als sie mein Medikament nicht mehr nehmen durfte, waren alle Schmerzen unvermindert oder gar verstärkt wieder da. Aber es ist heikel, Placebo anzuwenden. Ziel der Behandlung muss immer sein, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern und auch etwas zu lernen über Interaktionen. Aber diese Interaktionen unterstreichen die Instabilität der Psyche, und es kann eine Tendenz zur Manipulation bestehen. Man soll die echte, authentische ärztliche Haltung pflegen: *«Ich möchte etwas zur Verbesserung des Zustandes bieten. Wenn ich's mit meinen schulmedizinischen Methoden nicht genügend kann, verabreiche ich etwas, das wirken kann, ohne dass ich den Wirkmechanismus genau kenne. Der Beweis der Wirkung lässt sich daran ersehen, wie die Betroffenen davon berichten»* [12].

Unsicherheit und Ungewissheit als ständige Begleiter

Das nach dem Baron Münchhausen bezeichnete klinische Syndrom kann auch als Illustration dafür dienen, wie im klinischen Alltag im Bestreben nach Wahrhaftigkeit immer auch mit Unsicherheit und Ungewissheit umgegangen werden muss. Eine Definition von «Wahrheit», wie sie sich zum Beispiel im *«Grossen Brockhaus»* findet, kann klinische Realität nur teilweise abbilden: *«... die Übereinstimmung der Erkenntnis mit ihrem Gegenstand. Da dieser stets ein bestimmter ist, kann die Übereinstimmung nur durch Vergleichung mit ihm, nicht aber nach allgemeinen Regeln erkannt werden. Daraus folgt, dass es kein allgemeines Kriterium der Wahrheit geben kann, das für alle Erkenntnisse ohne Unterschied ihrer Gegenstände gültig wäre. Von der inhaltlichen Wahrheit (materiale Wahrheit) zu unterscheiden ist die logische Wahrheit (formale Wahrheit), die in der Übereinstimmung der Erkenntnis mit den allgemeinen Regeln des Denkens besteht und mithin die logische Richtigkeit der Aussage betrifft; für sie ist mit den Gesetzen der formalen Logik ein allgemeines Kriterium gegeben, das aber nur die Form, nicht jedoch den Inhalt der Erkenntnis umfasst»* [13].

Es ist nicht immer leicht, die Realität zu akzeptieren, dass wir lebendigen menschlichen Wesen uns halt oft auch ausserhalb rein formaler Kriterien bewegen [14].

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Jürg Kesselring FRCP
Senior Botschafter Neurologie
Rehabilitationszentrum
Taminaplatz 1
CH – 7317 Valens
juerg.kesselring[at]kliniken-valens.ch

Hinweis

Dieser Artikel ist in ähnlicher Form auch als Kapitel in folgendem Buch erschienen: Stefan Howald & Bernhard Wiebel (Hrsg.): Das Phänomen Münchhausen. Neue Perspektiven. Kassel: kassel university press 2020. 264 Seiten http://www.muenchhausen.ch/

Bildnachweis
Baron Münchhausen unter Wasser. Gottfried Franz (1846-1905). Wikimedia Commons.

Literatur

1 Asher R. Munchausen's syndrome. The Lancet 1951;339–41.
2 Vetter S, Gallo WT, Rössler W, Lupi G. The pattern of psychopathology associated with malingering tendencies at basic psychiatric screening of the Swiss Armed Forces. Military Medicine. 2009;174(2):153–7. 2 Delbrück A W A. Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler: Eine Untersuchung über den allmählichen Übergang eines normalen psychologischen Vorgangs in ein pathologisches Symptom für Ärzte und Juristen Enke, Stuttgart 1891 (Habilitationsschrift, Universität Zürich, 1891).
3 Eckhardt A. Artifizielle Störungen. Dt Ärztebl 1996;93:A-1622–6.
4 Kapfhammer H-P. Artifizielle Störungen, Simulation und Körperintegritätsidentitätsstörung. Möller et al. (Hrsg.), Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Springer Verlag Berlin Heidelberg 2016 Reference Medizin, S. 1–34.
5 Yates GP, Feldman MD. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. General Hospital Psychiatry 2016;41:20–28.
6 Scharfetter C. Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. Thieme Verlag Stuttgart, 6. Überarbeitete Auflage 2010.
7 Fiedler P, Herpertz S. Persönlichkeitsstörungen. 7. Auflage, Beltz Verlag 2016. ICD-11: https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/
8 Kohut H. Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen suhrkamp taschenbuch wissenschaft, Frankfurt a. M. 1976.
9 Kapfhammer H-P. Artifizielle Störungen. Psychotherapeut 2018; 63:153–74.
10 Pallis CA, Bamji AN. McIlroy was here. Or was he? British Medical_Journal, 1979, 1, 973–5.
11 Meadows R. Munchausen by proxy – the hinterland of child abuse The Lancet. 1977;310:343–5.
12 Kesselring J. Placebo – mir gefällt das Wechselspiel von Gehirn und Geist. Primary and Hospital care. 2016;16(13):252–4.
13 Brockhaus Bilder-Conversations-Lexikon, Band 4. Leipzig 1841, S. 638-639; Permalink: http://www.zeno.org/nid/20000875252.
14 Kesselring J. Links und/oder rechts. Schweizerische Ärztezeitung 2012;93: 14/15: 364–5.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html