

## Kapitel 8

# Hysterische Störungen

G. Herzog, S. Engelmann und H. G. Zapotoczky

„Was war das eben?“ fragte die Jungfrau erstaunt  
und sie bekam ihr erstes Kind.  
*Mentzos (1980), S. 76.*

Der Begriff „Hysterie“ ist allgemein bekannt und Bestandteil der Umgangs- und Wissenschaftssprache; dennoch gibt es in der Medizin kaum ein vageres Konzept. Die Vorstellungen von der Ursache dieser Erkrankung reichen von einer im gynäkologischen Bereich angesiedelten Störung über eine neurologische Erkrankung bis hin zu einer psychischen Störung (Ey, 1964). Er ist auch mit einer Menge an Vorurteilen behaftet (Chodoff & Lyons, 1958; Chodoff, 1974; Slavney, 1990) und obwohl man gegenwärtig versucht, diesen Begriff aus der Psychopathologie zu eliminieren, beherrscht er doch den Alltag von Psychiatern, Psychologen und Psychotherapeuten, aber auch von Neurologen, Internisten und Allgemeinärzten in einer meist unreflektierten impliziten Art und Weise (Mace & Trimble, 1991).

### *1 Beschreibung und Geschichte des Begriffs*

Bleuler (1960) faßt unter Hysterie psychische und körperliche Symptome zusammen, die zunächst keinen Zusammenhang zu haben scheinen, aus der gleichen hysterischen Disposition entstehen und dem Bedürfnis nach gezielter dramatischer Wirkung, die dunkel oder gar nicht bewußt sein muß, entspringen. Die körperlichen Symptome entsprächen – so Bleuler – den anatomischen Vorstellungen des Patienten, außerdem habe der Ausdruck „körperlich“ in der Symptomatologie der Hysterie eine andere Bedeutung als sonst, nämlich die einer reinen Absperrung von ankommenden Reizen aus dem momentanen Bewußtsein, so daß man am besten von „psychogenen“ Körpersymptomen sprechen sollte. Bleuler hebt bei all diesen Gestaltungen hysterischer Psychopathologie außer ihrer Wandelbarkeit den Ausfall elementarer Kenntnisse hervor, der bei den organischen Störungen erhalten bleibt. Für die Diagnose ist die allgemeine Diagnostik der Neurose (Bleuler, 1960, S. 446) wichtig; dazu kommt der Nachweis, daß andere Krankheiten ausgeschlossen werden, die eine Grundlage für die hysterische Störung bilden

könnten. Bleuler versucht auch die Abgrenzung hysterischer Symptome von der neurasthenischen Reaktion; der Neurosezweck werde vom Neurastheniker durch die Darstellung des Zusammenklappens mit objektiv unscheinbaren Symptomen versucht, vom Hysteriker durch die Demonstration einer Krankheit. Bleuler verweist auch auf den immer vorhandenen depressiven Unterton, der einer neurasthenischen Störung eigen sei.

Der Begriff hat demnach nicht nur eine weitreichende Tradition, sondern umfaßt auch vielfältige Phänomene (Überblick in Mace, 1992 a, b; Merskey, 1995; Roy, 1982; Slavney, 1990; Schaps, 1982; Veith, 1965; Wölk, 1992).

Auch aus diesem Grund kommt es zu einer Ablehnung des Begriffs in der gegenwärtigen Psychopathologie. Statt dessen werden eine Reihe anderer Störungen beschrieben, die früher alle als hysterisch galten (vgl. DSM-IV, APA, 1994):

1. somatoforme Störungen: darunter versteht man die Entwicklung organisch-funktioneller Beschwerden ohne entsprechende organische Erkrankung (s. dazu Rief, in diesem Buch);
2. dissoziative Störungen: als pathologische Ausformung bedeutender Veränderungen des Denken, Fühlens und Handelns einer Person, dessen Kernsymptom die Amnesie darstellt;
3. histrionische Persönlichkeit: eine psychopathologische Persönlichkeitsentwicklung, die sich in Form von nicht reflektiertem, dramaturgisch inszeniertem Verhalten äußert.

Bleuler gibt eine rein deskriptive Begriffsdarstellung von der Hysterie wieder. Bei vielen anderen Autoren fließt in die Begriffsbestimmung der Hysterie eine implizite Vorstellung von deren Ätiologie mit ein. So sehen wir in der Abkehr von dem Begriff Hysterie auch den Versuch einer Vermeidung tendenziöser Begriffsbestimmung, die stark theoriebezogen vorgenommen wird. Diese Tendenz zur Theoriebezogenheit ist bei diesem Begriff unseres Erachtens stärker als bei anderen psychopathologischen Termini ausgeprägt. Dies wird auch an der Geschichte dieses Krankheitsbildes deutlich, die im Grunde den Versuch einer theoretischen Begründung und einer emotionalen Auseinandersetzung mit dem Phänomen widerspiegelt.

## *1.1 Geschichte der Hysterie*

### *1.1.1 Hysterie im Altertum*

Ursprünglich verstand man unter dieser Krankheit eine im gynäkologischen Bereich angesiedelte Störung. Ohne den Begriff zu benutzen, behandelten bereits die Ägypter hysterische Erkrankungen. Ob die Ägypter diese allerdings, wie die meisten Autoren annehmen (Veith, 1965; Schaps, 1982; S. 18 f.; Wölk, 1992) auf den „wandernden Uterus“ der Frau zurückführten, ist umstritten (Merskey & Plotter, 1989). Die erste Erwähnung des Begriffs Hysterie (pnix hysterike) findet sich bei Hippokrates (460–375 v. Chr.; vgl. Akkerknecht, 1967; S. 53 ff.), er verstand darunter eine durch die Gebärmutter

hervorgerufene Erstickung. Als Symptome werden Stimm- und Sprachverlust, Beklemmungs- und Angstzustände, Erstickungsempfindungen, ferner hysterische Blindheit, Taubheit, Lähmung usw. genannt. Auch unterschied er schon zwischen hysterischem und epileptischem Anfall und brachte die Vorstellung einer sexuellen Ätiologie ein in persistenten Fällen empfahl er Eheschließung und Schwangerschaft. Diese Ansicht beeinflusste die Vorstellungen vor allem des späten 19. Jahrhunderts nachhaltig (vgl. Catonne, 1994). Einstweilen aber wurden die Ideen Hippokrates von Platon in seinem *Timaios* in ein philosophisches Weltbild eingepreßt, so daß die Hysterie in Verbindung mit der untergeordneten Rolle der Frau gebracht wurde (Schaps, 1982, S. 22 f.). Die Hippokratisch-Platonischen Vorstellungen wurden von den römischen Ärzten Aulus Cornelius Celsus und Aretäus von Kappadokien (30, bzw. 50 n. Chr.) in das römische Gedankengut übernommen. Schließlich brachen Soranus von Ephesus (um 100 n. Chr.) und Galen von Pergamon mit der Theorie des wandernden Uterus; beide hielten aber an einer gynäkologischen Ursache fest (Schaps, 1982, S. 27 ff.). Galen insbesondere ordnete der Hysterie vor allem eine sexuelle Ätiologie zu. Er bereicherte den Hysteriebegriff auch um die „Satyriasis“ (Hypochondrie); dabei handelte es sich um eine bei Männern vorkommende Erkrankung, die mit der Entwicklung körperlicher Symptome bei sexueller Abstinenz einherging und die sich durch Geschlechtsverkehr besserte. Mit Galen fand die logisch-empirische Medizin des Altertums ihr Ende; allerdings war Galen, wie Lain Entralgo (1951) herausarbeiten konnte, bis ins Hochmittelalter auch im christlichen Abendland wirksam, bis sein Einfluß vom mittelalterlichen Mystizismus verdrängt wurde.

### *1.1.2 Hysterie im Mittelalter und in der frühen Neuzeit*

Dieser Mystizismus war durch eine Verknüpfung moralisch-gesellschaftlicher und medizinischer Vorstellungen charakterisiert, genauso wie durch Bevorzugung religiöser statt medizinischer Theorien zur Erklärung von Erkrankungen (Hare, 1991). Es kam zu einer Zuschreibung von Schuld, das Hysterische wurde mit dem Bösen gleichgesetzt; Hysteriker wurden zu Dämonen, Hexen, Teufeln. Das Standardwerk der damaligen Zeit, der *Hexenhammer* (*malläus maleficarum*), verfaßt von Heinrich Kramer und James Springer (1494), liest sich wie ein Lehrbuch der Psychiatrie. Mentzos (1980) betont die wichtige und charakteristische Funktion der Über-Ich-Entlastung durch Zuschreibungen auf externe übermächtige Gewalten.

Eine eher medizinisch ausgerichtete Vorstellung entwickelte erst Philippus Aureolus Bombast von Hohenheim (1493–1541) (Theophrastus Paracelsus). Er rechnete die Hysterie nicht mehr den gynäkologischen Erkrankungen, sondern den Anfallsleiden zu. Dabei spielte der kosmisch-gesellschaftlich-seelische Gesamtzusammenhang der Frau eine bedeutende Rolle. Mit dem Engländer Edward Jordan (1578–1632) begann die Geschichte der „neurotischen Störung“ (Hare, 1991). Er akzeptierte zwar die Hypothese des erkrankten Uterus, entwickelte aber Thesen über die Mechanismen der Erkrankung; er nahm unter anderem die sog. „vapours“ an, Dämpfe aus der Gebärmutter,

die im „Kopf“ wirkten (Hare, 1991). Er trat auch als Erster für eine psychotherapeutische Behandlung der Störung ein (Schaps, 1982). Sowohl Jordan als auch Robert Burton (1577–1640) leiteten damit auch eine neurologische Phase der Hysterie ein. Schließlich war es Charles Lepois (1563–1633) (Charles Piso), der das Geschehen in den Kopf verlagerte und ausdrücklich auch Männern zuschrieb. Diese Gedanken wurden von Thomas Willis (1622–1675) und Thomas Sydenham (1624–1689) weiterformuliert. Der letztere verlagerte das Krankheitsgeschehen vom Kopf erstmals in die Seele. Durch die Bemühungen Sydenhams und in der Tradition der damaligen Englischen Medizin (Hare, 1991; Nemiah, 1988, S. 80; Williams, 1990) wurde die Hypochondrie in die Nähe der Hysterie gerückt. Man verstand darunter eine hysterische Störung, bei der hypochondrische Körperbeschwerden von Männern geäußert wurden (Schaps, 1982 S. 39). Die Gemüts- und Gefühlsstörungen, die bisher noch als begleitend gesehen wurden, rückt der Italiener Giorgio Baglivi (1668–1707) in das Zentrum des Geschehens. Das 18. Jahrhundert schließlich kann man endgültig als das neurologische Jahrhundert der Hysterie bezeichnen (Schaps, 1982, S. 40 f.). Die schon fortgeschrittenen Interpretationen von Baglivi wurden durch den maßgebenden Neuro-Physiologen und -Pathologen William Cullen (1710–1790) auf eine „neurosis“ im Sinne einer somatischen Nervenerkrankung (Störung der nervösen Energie des Nervensystems) zurückgeworfen. Erst sein Schüler Benjamin Rush (1745–1813) rehabilitierte den psychosomatischen Hysteriebegriff. Mit der Weiterentwicklung des Konversionsbegriffs beschäftigt war der englische Arzt John Ferriar. Seiner Meinung nach handelte es sich dabei um einen allgemeinen Umwandlungsprozeß, der aus der Grunderkrankung andere neue Erkrankungen mit gänzlich anderen Symptomen produzierte (Mace, 1992 a). Bedeutend für die spätere Beschreibung dissoziativer Phänomene und der Hypnose war auch der Arzt Franz Anton Mesmer (1734–1815). Mesmer promovierte 1755 in Wien und wandte 7 Jahre später eine Behandlungsmethode mittels Magneten an, die er – wissend, daß der gute Effekt nicht allein durch den Magneten hervorgerufen worden ist – „thierischen Magnetismus“ nannte. Später verzichtete Mesmer auf die Verwendung von Magneten und Elektrizität und wirkte offenbar durch Suggestion und durch Induktion hypnotischer Zustände. Mesmer wurde mehrmals verfolgt, gilt aber heute als der Pionier der Hypnose, die man anfangs „Mesmerisieren“ nannte.

### *1.1.3 Hysterie im 19. Jahrhundert*

Im 19. Jahrhundert kam es zur Gründung der Psychiatrie, die mit dem Namen Philippe Pinel (1745–1826) verbunden war. Er trennte den Neurosebegriff Cullens ab von einem Synonym für geistig-seelische Störung „vesanie“, zu denen Hysterie und Hypochondrie gehören. Unter Hysterie verstand er die Genitalneurose der Frau, unter Hypochondrie das männliche Gegenstück.

Ein Pionier vor allem bezüglich somatoformer Störungen war Paul Briquet (Wölk, 1992 S. 150; Wise, 1992), der von einer Nervenkrankheit derjenigen Gehirnteile, die den Gemütsempfindungen und Leidenschaften dienen, sprach. Hervorzuheben ist sein genauer empirischer Beobachtungssinn und

die detaillierte Beschreibung, die 1859 in seinem Buch „Traite clinique et therapeutique de l’hysterie“ zum Ausdruck kamen. Wie Nemiah (1988) aufzeigt, findet über Briquet die Linie zur Beschreibung der somatoformen Störung im DSM-III-R ihre Fortsetzung. Noch heute spricht man vom Briquet-Syndrom.

#### 1.1.4 Hysterie im 20. Jahrhundert

Den Höhepunkt der naturwissenschaftlichen Phänomenologie der Hysterie erreichten wohl die Bemühungen von Jean-Martin Charcot (1825–1893), dessen Name mit dem Konversionssyndrom verbunden ist (Nemiah, 1988, S. 63). Darüber hinaus erkannte er die Bedeutung der Hypnose für die Therapie (Schaps, 1982). Für ihn war Hysterie eine neurologisch-organische Erkrankung, die mit einer neuromuskulären Übererregung einherging. Seine Theorien zur Konversion bieten heute noch Anlaß für kontroverse Diskussionen (Widlocher & Dantchev, 1994); ihren Lehrer aber übertroffen haben zwei seiner Schüler – Freud und Janet:

Vor allem für die Geschichte dissoziativer Phänomene hat der Franzose Pierre Janet (1859–1947) Bedeutung erlangt. Er studierte diese Phänomene, prägte den Begriff, teilte die psychogenen Amnesien nach ihrer Ausdehnung ein (Balestrieri et al., 1974) und beschrieb sie als Ergebnis einer Spaltung und der Einwirkung des gespaltenen Ganzen (Nemiah, 1988, S. 64). Er erkannte bereits die Bedeutung traumatischer Ereignisse für die Herausbildung der Dissoziation (Putnam, 1991, S. 146).

Der Fall Anna O.:

Anna O., die von den Wiener Ärzten Josef Breuer und Sigmund Freud behandelt wurde, veranlaßte Freud zu wichtigen Überlegungen. Von Charcot beeinflusst, entwickelte Freud in der Arbeit nicht nur karthartische Behandlungsmöglichkeiten, sondern im Gefolge auch die Prinzipien der Übertragung-Gegenübertragung, auf die er dann seine „Studien über die Hysterie“ (1895) aufbaute.

Jaspers (Vgl. Wölk, 1992, S. 151) unterschied zwischen hysterischem Charakter und hysterischen Symptomen. Kretschmer (1944) sieht in der Hysterie eine Art archaischen Totstellreflex.

Mit der Entwicklung der psychoanalytischen Theorie (von einer triebtheoretischen zu einer „Objekt-Beziehungs-Theorie“) im amerikanischen Raum kam es zu einer zunehmenden Trennung zwischen dem Konversionsbegriff und der Hysterie. Unter Konversion verstand man die körperlichen Zustände, die eine Reaktion auf die psychische Krise darstellten (Mace, 1992 a). Der Hysteriebegriff selbst geriet zunehmend in Verruf. Nach Chodoff (1958) wurde Hysterie zur „Beleidigung“, ein diskriminierender Terminus, der wenn möglich nicht mehr angewendet werden sollte, was letztlich mit der international vereinheitlichten Diagnostik psychischer Störungen unter stark amerikanischer Ausrichtung gelang. Obwohl man anfänglich den Begriff Hysterie

beibehielt, unterscheidet man seit Mitte des 20. Jahrhunderts konsequent zwischen dissoziativen und somatoformen Störungen. Im DSM-I (1952) spricht man von der psychoneurotischen Störung (dissoziativer oder konversionsneurotischer Typus). Im DSM-II (1968) findet man den Begriff hysterische Neurose (dissoziativer oder konversionsneurotischer Typus), während in den neuen Klassifikationssystemen (DSM-III-R, DSM-IV und ICD-10) dissoziative und klassisch konversionsneurotische Störungen eigene Klassen, ohne gemeinsamen Oberbegriff, darstellen. Der Begriff Hysterie ist verschwunden.

## *2 Psychiatrische Klassifikation und psychodiagnostische Ansätze hysterischer Störungen*

### *2.1 Klassifikation hysterischer Störungen*

In gegenwärtigen psychiatrischen Klassifikationssystemen (DSM-IV und ICD-10) finden sich einst hysterische Erkrankungen in drei Störungsklassen wieder (hier grundsätzlich nach DSM-IV beschrieben). Dabei ist man sich nicht einig: Dissoziative und somatoforme Störungen sind im DSM-III-R, wie im DSM-IV getrennte Kategorien (Entitäten), während diese im ICD-10 unter einer Klasse nebeneinander gestellt werden (vgl. Wölk, 1992).

#### *2.1.1 Dissoziative Störungen*

Die Zuordnung von Syndromen zur Gruppe dissoziativer Störungen unterscheidet sich im ICD-10 und im DSM-IV. Einige Konversionsstörungen (Bewegungsstörungen, Krampfanfälle), die im DSM-IV als somatoforme Störungen gelten, werden nach ICD-10 dissoziativ genannt (Unterschiede zwischen ICD- und DSM-Diagnostik bezüglich der dissoziativen Störungen werden ausführlich bei Garcia, 1990, und Wölk, 1992, diskutiert).

Merkmale dieser Störungen sind Änderungen der integrativen Funktion von Identität, Gedächtnis oder Bewußtsein. Obwohl die dissoziativen Störungsformen eine eigene Krankheitsentität darstellen, finden sich dissoziative Phänomene in der Normalbevölkerung (Ross, Joshi & Currie; 1990) gehäuft bei vielen verschiedenen psychischen Störungen (Riley, 1988; Carlson & Armstrong, 1994), am häufigsten bei posttraumatischer Streßstörung und dissoziativen Störungen im engeren Sinne, so daß man von einem Kontinuum ausgeht, dessen oberes Ende die dissoziativen Störungen ausmachen (vgl. Putnam, 1991 S. 149). Die Erforschung des dissoziativen Kontinuums steht im engen Zusammenhang mit der Hypnoseforschung und dem Begriff des „Unbewußten“, sowie Theorien über verschiedene Bewußtseinszustände (Abse, 1982).

Die dissoziative Identitätsstörung (DID, früher multiple Persönlichkeitsstörung)

Obwohl die Bezeichnung verändert wurde, haben sich die inhaltlichen Kriterien der meistkritisierten Störung (Merskey, 1995, S. 272) nicht geändert, nach

wie vor wird die Störung vorwiegend in Nordamerika diagnostiziert. Populär geworden ist sie aber viel mehr ob ihrer spektakulären Beschreibungen in der Sekundärliteratur und im Film (z. B. R. L. Stevenson's Geschichte von Dr. Jekyll und Mr. Hyde oder „Zelig“ von Woody Allen). Ein ausführliche Beschreibung der Fallberichte findet sich bei Merskey (1995, S. 276 ff.). Geht man von Persönlichkeit als Muster individueller Erinnerungen, Verhaltensmuster und sozialer Beziehungen aus, so kommt es bei Patienten mit dieser Störung zu einer Anhäufung von Persönlichkeiten, dabei wurden bei etwa 50 % 2 bis 10 verschiedene Persönlichkeiten gefunden, bei der anderen Hälfte sogar mehr (bis 100 Persönlichkeiten, APA, 1994, S. 485); die Anzahl spielt aber keine Rolle. Wesentlich ist, daß verschiedene Aspekte der Identität des Patienten dissoziiert sind. Der Bewußtheitsgrad dieser Aspekte (in Form von „Persönlichkeiten“) voneinander ist variabel, in Beziehung zur Außenwelt kann nur jeweils eine der Persönlichkeiten treten, dabei kann diese von unterschiedlichen Persönlichkeiten wahrgenommen – und sogar beeinflusst werden. Diejenige Persönlichkeit, die sich der Behandlung stellt, verfügt über gar kein oder nur geringes Wissen über die verschiedenen anderen Persönlichkeiten. Sie ist meist depressiv, ängstlich, manchmal neurasthenisch, zwanghaft gut, masochistisch und zeigt kaum hedonistische Züge, leidet unter psychophysischen Beschwerden und vor allem unter Amnesien („verlorene Zeit“; vgl. Kluft, 1991, S. 166). Dieses zentrale Symptom ist bei der Störung besonders imponierend ausgeprägt, findet sich aber auch bei anderen Zustandsbildern (z. B. histrionische Persönlichkeit, Konversionsstörung, Borderline usw.) in verschiedener Ausprägung (Shoda, 1993). Zu unterschiedlichen Perioden kann jede der Persönlichkeiten wechselnde Anteile an Zeit innehaben, in der sie die Verhaltenssteuerung übernimmt. Die verschiedenen Persönlichkeiten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Geschlechtsmerkmale, Alter, IQ, Sehschärfe usw., auch können unterschiedliche psychische Störungen vorkommen.

Die Persönlichkeiten haben eine komplexe innere Struktur der Weltsicht und der Kognitionen, sie treten mit der Welt und untereinander in verschiedenste, oft sehr verwirrende Interaktionen (Kluft, 1991, S. 166).

*Forensische Aspekte der DID* (nach Wilson, 1993, S. 185 f.)

Der Fall des „Hillside Strangler“ von Los Angeles spaltete die Expertenwelt. Insgesamt entdeckte man zwischen 1977 – 1979 zwölf Frauen, die von Kenneth Bianchi vergewaltigt und erwürgt worden sind. Beim Verhör gab er vor, unter Amnesie zu leiden. Ein forensischer Hypnotiseur schließlich fand unter Hypnose eine zweite Persönlichkeit namens Steve, von der Kenneth vorgab, nichts zu wissen. Der klinische Psychologe Martin Orne, einer der führenden Experten auf dem Gebiet der klinischen Hypnose und der dissoziativen Störungen, konnte mit einem Trick beweisen, daß Bianchi simulierte: In einem seiner Interviews ließ er so nebensächlich fallen, daß Patienten mit DID zumindest drei Persönlichkeiten haben, prompt entwickelte Bianchi eine dritte Persönlichkeit: Billy. Darüberhinaus gelang es Orne nachzuweisen, daß Bianchi sich ein immenses Wissen über Psychopathologie angeeignet hatte und begutachtete ihm Simulation, worauf Bianchi schuldig gesprochen wurde.

Die Beeinflussbarkeit durch Hypnose, die Möglichkeiten zur Simulation der Störung und Überschneidungen in der Diagnostik (z. B. mit PTSD und Borderline Störung) erschweren die Diskussion um diese Störungsform. Während vor allem von der europäischen Psychiatrie die Entität der Störung kritisiert wird (vgl. Merskey, 1995, S 305 ff.), wird diese in Deutschland auch propagiert (vgl. Huber, 1995).

#### Dissoziative (früher psychogene) Amnesie

Es kommt plötzlich zu einer Unfähigkeit, wichtige persönliche Daten zu erinnern; viel stärker als bei einer ausgeprägten Vergeßlichkeit. Dabei unterscheidet man nach DSM-IV: Die lokalisierte Amnesie (meist in Zusammenhang mit einem traumatischen Ereignis), die selektive Amnesie (es wurden nicht alle Ereignisse vergessen), viel seltener dagegen sind die generalisierte und kontinuierliche Amnesie (APA, 1994). Es entstehen aber keine Schäden an Gedächtnisfunktionen im engeren Sinn, lediglich Ereignisse persönlicher und psychologischer Relevanz können nicht mehr erinnert werden (Balestrieri et al., 1974).

Hirnorganische Traumata können zu einer Gehirnerschütterung mit Amnesie führen. Die Abgrenzung einer derart verursachten Amnesie von einer psychogenen Amnesie kann schwierig sein, insbesondere da sich das Vorhandensein einer traumatischen Gehirnschädigung in Zusammenhang mit emotionalen Schwierigkeiten als prädisponierende Symptomatik für dissoziative Amnesien herausgestellt hat (Merskey, 1995, S. 116).

#### Die dissoziative Fugue (früher psychogene Fugue)

Manche Patienten mit amnestischen Zuständen verfallen in eine rege Reisetätigkeit, sie nehmen eine andere Identität an und können sich an die ursprüngliche nicht erinnern. Die neue Identität ist meistens extrovertierter und geselliger, während die ursprüngliche eher als unauffällig, ruhig und gut angepaßt gelten kann. Die Störung hält meist nur kurz an. Merskey (1995, S. 114 ff.) führt nach seinem Literaturüberblick die Bedeutung depressiver Verstimmungen bei diesem seltenen Störungsbild an. Differentialdiagnostisch sind Dämmerzustände bei organischem Hintergrund (z. B. bei Epilepsien, bei Diabetes mellitus) in Erwägung zu ziehen.

#### Depersonalisationsstörung

Der Patient erlebt anhaltend oder wiederkehrend eine veränderte Selbstwahrnehmung, Teile seines Körpers werden in ihrem Ausmaß als verändert erlebt, das Gefühl für die eigene Wirklichkeit ändert sich. Diese Störung darf nicht Symptom einer anderen psychischen Erkrankung (Schizophrenie, Depression, Angststörung, Temporallappenepilepsie und andere, organische Störungen) sein; unter dem Gefühl der Depersonalisation kann der Patient massiv leiden, wobei hauptsächlich Angst, aber auch Derealisationsphänomene, Depressionen, Hypochondrie und Substanzmißbrauch in Folge auftreten

können. Im ICD-10 fällt diese Störung nicht in die Gruppe dissoziativer Syndrome.

#### Störung mit dissoziativer Trance und Besessenheit

Diese Störungsgruppe gehört zu der im DSM-IV vorgeschlagenen diagnostischen Kategorie, für die noch weiterer Forschungsbedarf zur Aufnahme in das DSM besteht, während die Symptomatik im ICD-10 bereits aufgenommen wurde. Die Phänomene sind bei Mitgliedern der nordamerikanischen und europäischen Bevölkerung selten, sonst aber auf der Welt in vielfältigen Formen vorhanden. Ein Beispiel dafür ist Amok, ein Trancezustand, in dem der davon Ergriffene gegen Menschen und Tiere gewalttätig wird. Meist besteht eine retrograde Amnesie. Li et al. (1992) beschreiben chinesische Patienten mit dissoziativer Trance mit folgenden klinischen Merkmalen: Identitätsverlust, Amnesie und emotionale Störungen. Bei Amokläufern in den industrialisierten Ländern, so zeigen Adler et al. (1993) in ihrer inhaltsanalytischen Studie an 196 Fällen aus der deutschen Presse, lassen sich in 108 von 196 Fällen psychiatrische Störungen feststellen: Am häufigsten paranoid halluzinatorische Störungen, Intoxikationen und psychopathische Störungen, aber auch Wahnerkrankungen und Affekthandlungen; die Bedeutung dissoziativer Trancezustände läßt sich aus dieser Studie nicht belegen.

#### Dissoziative Störung – nicht näher bezeichnet

Darunter versteht man Störungen mit dem vorherrschenden Merkmal eines dissoziativen Symptoms. Als Beispiele werden angeführt: Gansersyndrom (es handelt sich dabei um eine „Darstellung einer psychischen Störung“; die Kranken machen systematisch vieles verkehrt, sind zeitlich und örtlich desorientiert, beantworten Fragen inadäquat (Vorbeireden) und leiden unter Analgesie. Ganser beobachtete diese Phänomene an drei Gefangenen der Strafanstalt Halle (vgl. Allen & Postel, 1994); Derealisation ohne Depersonalisation, Zustände nach Folter, Gehirnwäsche usw..

Allen dissoziativen Störungen gemeinsam sind dysphorische Verstimmungen, wie sie auch bei depressiven Patienten vorkommen; auch sozialer Rückzug und neurovegetative Symptome sind bei beiden Erkrankungen beobachtbar. Schlaf und Psychomotorik dagegen weisen andere Charakteristika auf: Dissoziative Störungen sind stärker verbunden mit Angstgefühlen beim Schlafengehen und beim Erwachen, außerdem wird ein häufigeres Erwachen während der Nacht beobachtet. Bei der Major Depression steht hingegen viel stärker die psychomotorische Retardierung im Vordergrund. Vergleicht man Personen mit dissoziativen Störungen mit Manikern so fällt eine vergleichbare Agitation und Reizbarkeit auf, auch kognitive Verzerrungen treten bei beiden Gruppen auf. Maniker unterscheiden sich aber durch quantitativ weniger Schlaf und mehr Energie nach dem Erwachen. Auch im Vergleich mit akuten Psychosen sind Gemeinsamkeiten und Unterschiede beobachtbar. Während bei dissoziativen Störungen Wahn und Halluzinationen mehr auf vergangenen Traumata beruhen, sind diese bei einer psychotischen Erkrankung eher bizarr. Akustische Halluzinationen werden bei dissoziativen Stö-

rungen meist als vom Inneren des Kopfes kommend wahrgenommen. Eine erhöhte Komorbidität besteht vor allem mit Substanzmißbrauch, Eßstörungen und anderen Suchterkrankungen, kann aber auch mit anderen psychischen Erkrankungen auftreten. Für alle hysterischen Störungen besonders schwierig erweist sich die Abgrenzung von simulierten (vorgetäuschten) Störungen (z. B. Rentenbegehren, Selbstverstümmelungstendenzen, Münchhausensyndrom usw.) und komplexen, schwer diagnostizierbaren organischen Erkrankungen, was einer eigenen Betrachtung bedarf und den Rahmen der Ausführungen hier sprengt (vgl. Merskey, 1995, S. 91 ff.).

#### *Beispiel I*

Eine 27jährige Dame wendet sich hochofregt und völlig hilflos an den Hotelportier eines Grand-Hotels in Südfrankreich. Sie wisse nicht, wo sie sich befinde, wie sie hier hergekommen sei, warum sie überhaupt ihren Heimatort verlassen habe. Sie könne sich an kein Detail der Fahrt und auch an keinen Grund dafür erinnern. Sie sei als Sekretärin in einem größeren Konzern beschäftigt. Eine hirnorganische Untersuchung (einschließlich EEG) ergibt keinen pathologischen Befund. Während einer hypnotischen Sitzung hellt sich die Amnesie bei der Patientin auf und sie gibt an, sie sei ihrem Chef, mit dem sie ein sexuelles Verhältnis unterhalte, nachgefahren; dieser Mann halte sich mit einer anderen Frau (wie sich später herausgestellt hat, war es sogar seine eigene, was die Patientin aber nicht wußte) im besagten Hotel auf, und sie mußte als Sekretärin die Reise für ihn buchen.

#### *2.1.2 Somatoforme Störungen*

Im Vordergrund stehen Störungen, die aufgrund der somatischen Beschwerden eine organische Erkrankung nahelegen, für die aber keine organischen Ursachen zu finden sind. Es handelt sich dabei um folgende Störungen: Konversionsstörung (im ICD-10 unter den dissoziativen Störungen), Somatisierungsstörung (früher das Briquet Syndrom), undifferenzierte somatoforme Störung, somatoforme Schmerzstörung und somatoforme Störung nicht näher bezeichnet.

Weiters beinhaltet diese Gruppe auch Störungen, die mit Fehlperzeption und Fehlinterpretation körperlicher Phänomene zu tun haben wie: Hypochondrie, körperdysmorphe Störung.

Für das Verständnis dieser Störungen wird auf die umfassende Darstellung im Kapitel „Somatoforme Störungen“ von W. Rief in diesem Band verwiesen.

#### *Beispiel II*

Ein über 40 Jahre alter katholischer Priester verliert plötzlich während der Predigt seine Stimme. Nur krächzend und beinahe unverständlich kann er seine Ansprache – es handelte sich um das Evangelium von Christus und der Ehebrecherin – zu Ende führen. Die Störung wird von mehreren Fachärzten begutachtet; es findet sich kein organisches Substrat dafür. Sie ist jedoch so beeinträchtigend – auch im Schulunterricht etc. –, daß der Priester versetzt wird. An dem neuen Wirkort sucht er erneut verschiedene Ärzte auf, einer von ihnen kann erheben, daß der Kranke mit der Frau eines Gemeinderates an seinem früheren Wirkort eine sexuelle Beziehung hatte, die bekannt geworden ist. Nach den Aussprachen klingt die Aphonie allmählich ab.

### 2.1.3 *Histrionische Persönlichkeitsstörung*

Erste aus der Psychoanalyse stammende Beschreibungen finden sich bei Wittels (1930,1931) und Reich (1933; vgl. Mentzos, 1980, S. 45). Eine umfassende Darstellung der Problematik ist dem Kapitel über Persönlichkeitsstörungen in diesem Buch zu entnehmen.

#### *Beispiel III*

Eine Arbeitskollegin begleitet ihre 32jährige Mitarbeiterin an die Klinik, weil diese in letzter Zeit vermehrt Schwierigkeiten im Büro biete; sie fordere ihre Vorgesetzten durch ihre Koketterie heraus, erzähle den einen Tag die ganze Zeit von ihren privaten Abenteuern in überspannt enthusiastischer Weise anstatt zu arbeiten und verzweifelt am nächsten Tag über ihre Unfähigkeit, weil sie im Büro nichts leiste und ihre amourösen Geschichten zum größten Teil doch nur erfunden seien. Die Arbeitskollegin hat den Eindruck, daß weder der eine überschäumende Gefühlsausbruch noch das Verzweifeltsein echt seien. Sie habe den Verdacht, daß von ihrer Arbeitskollegin alles nur „gespielt“ sei. Jetzt habe sich die Situation im Büro zugespitzt, und die Kollegin habe Selbstmorddrohungen ausgestoßen. Diese selbst gibt zunächst lächelnd an, es gehe ihr ausgezeichnet, wobei sie den von ihrer Kollegin geschilderten Vorfällen im Büro gegenüber eine uneinfühlbare Unbekümmertheit an den Tag legt, als ginge sie dies alles nichts an. Nach längerem Gespräch gesteht sie, an Konzentrationsstörungen zu leiden und – ja! – gelegentlich launisch zu sein. Schließlich springt sie erregt auf und wird gegenüber ihrer Arbeitskollegin und dem Arzt aggressiv. Sie wolle weder über sich sprechen noch brauche sie eine Therapie.

Außenanamnestisch ergibt sich folgendes Bild: die Patientin – ein Einzelkind – lebt mit ihrer Mutter in bescheidenen Verhältnissen. Der Vater ist verunglückt, als sie 5 Jahre alt war. Damals war sie in einem Kinderballett und mußte der finanziellen Situation wegen ihre weitere Ausbildung aufgeben. Sonst wurde sie von der Mutter verwöhnt und aller Lebensschwierigkeiten enthoben. Ihre schon frühzeitig auffällig gewordenen exzentrischen Einstellungen und Verhaltensweisen hatte die Mutter toleriert und teilweise bewundert. Dies betraf auch ihre zum Teil verheißungsvollen sexuellen Herausforderungen, die von ihr ausgingen, aber letztendlich nie erfüllt wurden. Sie hatte deswegen viele Freunde, die rasch wechselten, jedoch keine dauerhafte Beziehung. Vor kurzem wurde ihr vom behandelnden Arzt ihrer Mutter mitgeteilt, daß diese sterbenskrank sei.

### 2.1.4 *Exkurs: Massenhysterie und epidemische Hysterien*

Die Darstellungsformen hysterischen Verhaltens variieren über Zeit und Kulturen: Hysterische Anfälle sind gegenwärtig viel seltener als zur Jahrhundertwende. Eine besondere Rolle spielen Katastrophen und Kriege: Bereits B. Rush (1788; Schaps, 1982, S. 43) veröffentlichte einen Bericht über den Einfluß des Unabhängigkeitskriegs auf die Menschen. Während im 1. Weltkrieg Dämmerzustände und Zitterneurosen häufig waren, kamen diese im 2. kaum vor. Amnesien fanden sich aber auch gehäuft bei britischen Indiensoldaten (Abse, 1966 zit. in Balestrieri et al, 1974). Dafür fanden sich im 2. Weltkrieg häufig Konversionsstörungen, aber eher bei Soldaten aus Deutschland, England und den USA, während sie bei Soldaten der ehemaligen UdSSR und Japan nicht zu finden waren (vgl. Wölk, 1992).

Sirois (1982) fand in seinem Jahrhundert-Literaturüberblick (1872– 1972) 78 Fälle von Massenhysterien in der Weltliteratur beschrieben. Im Mittelalter sind im Zusammenhang mit Hexenverfolgungen sehr häufig epidemische

Hysterien bekannt geworden. In der Gegenwart kommen diese noch immer vereinzelt vor. Beispiele dafür sind „latah“ oder „koro“.

KORO (Syn. kattoo, kura):

Aus dem Indonesischen, bezeichnet den Schildkrötenkopf, was als Symbol für diese Störung gilt. Es handelt sich dabei um eine in der Dritten Welt vorkommende Störung im Sinne einer Dismorphophobie, bei der männliche Patienten eine Schrumpfung ihres Penis wahrnehmen. Im akuten Zustand kommt es zu einer Verkürzung der Penislänge mittels intraabdominellen Zugs. Psychopathologisch läßt sich Koro vor allem als akuter Angstzustand beschreiben, bei dem es, wie bei anderen pathologischen Angstzuständen, zu Wahrnehmungsfehlern und Fehlbeurteilungen kommt (Chowdhury, 1993). Zusätzlich leiden in einer Stichprobe an 60 indischen Patienten mit Koro 75 % an weiteren psychiatrisch auffälligen Störungen (im Vordergrund Hysterie und Angststörungen, aber auch Schizophrenien) (Chowdhury, 1990).

Im Prinzip handelt es sich bei allen Massenhysterien um ähnliche Phänomene (Sirois, 1982). Betroffen sind mehrheitlich adoleszente Schulmädchen (vgl. Rockney & Lemke, 1994; Small et al. 1991). Die Hysterie beginnt schnell, manchmal wiederholend, und geht mit diffusen Angstzuständen und Konversionssymptomatik einher. Risikofaktoren sind Hyperventilation, psychischer oder physischer Streß, aber vor allem, wenn der Ausbruch der Störung bei einem Freund beobachtet wird (Small et al., 1991). Gruppendynamische Prozesse und Bindungen also, sowie kollektive Phantasien spielen dabei eine Rolle.

Vergleiche zwischen Hysterikern in Afrika und Europa bestätigen eine Kulturabhängigkeit der Symptome (Pierloot & Ngoma, 1988). Afrikanische Hysteriker weisen mehr pseudopsychotische und manische Züge auf, während Europäer eher depressiv sind. Psychosoziale Streßfaktoren sind bei beiden Gruppen Auslöser. Ein Versuch einer Systematisierung der Symptomatik in Massenhysterien mit primären Angstcharakter und solchen mit primär motorischen Auffälligkeiten fruchtet derzeit noch nicht (AliGome, Guthrie & McDermott, 1996).

In den letzten Jahren kommt es wieder zu verstärkten Berichten über Massenhysterie, vor allem aus dem südasiatischen Bereich (Chakraborty, 1993; Castillo, 1994 a,b). Neben der Medizin beschäftigt man sich vor allem in Anthropologie, Soziologie und Ethnomedizin mit diesem Phänomen. Aus diesen Richtungen kommt verstärkt der Hinweis auf die Bedeutung gesellschaftlicher, sozialer und ökonomischer Umweltbedingungen für die Entstehung dieser Hysterie (Abusah, 1993; Killingsworth & Palmer, 1995; Bartholomew, 1994 b). Bartholomew (1990) will den Begriff der Massenhysterie durch denjenigen der kollektiv hervorgerufenen Emotion ersetzt wissen und kritisiert auch die personenzentrierte Krankheitszuweisung bei diesen Phänomenen (Bartholomew, 1993, 1994 a,b).

Abschließend sei zu bemerken, daß diese Problematik auch in westlichen Kulturen, in deren spezifischer Färbung immer wieder auftaucht, denkt man z. B. an Clubbings in der Jugendszene oder aber an die Thematik des rituellen Kindesmißbrauchs in Sekten (Brenner, 1994; Jonker & Jonker Bakker, 1992; Victor, 1992).

## 2.2 Psychodiagnostische Ansätze und Methoden

Hysterische Zustandsbilder werden zumeist mit klassischen klinischen Tests untersucht. Gacano, Meloy & Heaven (1990) untersuchen verschiedene Formen von Persönlichkeitsstörungen (Histrioniker vs. Narzißten vs. Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung) mit dem Rorschachtest.

Im psychiatrisch-klinischem Alltag wird meistens der MMPI (deutsch von Gehring & Blaser, 1982) eingesetzt. Die Hysterieskala des MMPI mißt vor allem den Hang zur Konversion auf der Basis der Verdrängung emotionaler Konflikte und der Somatisierung.

Wetzel et al. (1994) zeigen in einer Studie mittels MMPI, daß Patienten mit dem Vollbild des Briquetsyndroms sowohl mehr somatische als auch mehr psychisch/interpersonelle Auffälligkeiten aufweisen. Erhöhte Skalenwerte in den Skalen Hysterie, Hypochondrie und Depression finden sich bei chronischen Schmerzpatienten (Inan, Soykan & Tulunay, 1994; Strassberg et al., 1992; Sherman et al., 1995), auch bei bekanntem schmerzverursachendem organischem Geschehen.

Neuere Ansätze, die für die *Konversionsstörung* relevanten Alterationen und Merkmale zu bestimmen (Lazare-Kriterien, vgl. Lazare, 1981) und diese damit ansatzweise reliabel zu explorieren, erscheinen vielversprechend (vgl. Sharma & Chaturvedi, 1995).

Die bereits erwähnten Arbeiten Süllwolds führten zu Veröffentlichung des Hypochondrie-Hysterie-Inventars (HHI; Süllwold, 1995), das für Forschung in diesem Bereich und für präklinische diagnostische Zwecke gut geeignet erscheint. Die Skalen messen die Konstrukte: „Generalisierte Sorge um den Gesundheitszustand“, „Angst vor Ansteckung, bzw. dauerhafte Sorge, krank zu sein“, „Sensibilität, Suggestibilität und zwanghafte Gedanken in bezug auf Symptome schwerer Erkrankungen“ als für die Hypochondrie beschreibende Dimensionen und „Geltungsstreben (bzw. im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen wollen)“ sowie „Demonstrative Tendenzen“ als hysterioide Züge.

Die am häufigsten verwendeten Selbstbeurteilungsfragebögen zur Erfassung dissoziativer Phänomene im klinischen und nichtklinischen Bereich sind der DES (Dissociative Experiences Scale, Bernstein & Putnam, 1986) und der QED (Questionnaire of Experiences of Dissociation, Riley, 1988). Der DES besteht aus 28 Items, die verschiedene dissoziative Phänomene beschreiben. Anhand einer Prozentskala (0–100 %) soll der Proband entscheiden, wie häufig er die jeweilige Erfahrung gemacht hat. Der QED besteht aus 26 Items mit einer stimmt/stimmt nicht Skala. Im Gegensatz zum DES wurde der QED an einer Normalpopulation entwickelt. Beide Skalen haben sich in verschiedenen Untersuchungen als reliable Meßinstrumente erwiesen (vgl. Carlson & Armstrong, 1994). Deutsche Übersetzungen der Instrumente wurden im Rahmen von Diplomarbeiten an der Universität Jena vorgenommen (Engelmann, 1996; Wolfradt & Steinfurth, 1996)

Während sich die Fragebögen QED und DES auch auf normale dissoziative Phänomene beziehen, basieren das DDIS und das SCID speziell auf klinischen Kriterien für dissoziative Störungen, wie sie im DSM-III und DSM-IV beschrieben werden. Das Dissociative Disorder Interview (DDIS; Ross, 1989) setzt sich aus 131 Items zusammen und weist ein ja/nein-Antwortformat auf. Neben Fragen zur Dissoziation enthält das Interview Fragen über sexuellen Mißbrauch und andere Traumata, über paranormale Erlebnisse und über die Diagnosen Borderline-Störung, Somatisierungsstörung, Major Depression. Das SCID (Structured Clinical Interview for DSM III-Dissociative Disorders, Steinberg, 1992) besteht aus 250 Items und ist damit ein sehr aufwendiges Verfahren.

Bei Untersuchungen mit dem Rorschachtest zeigten sich auffallende Antworten bei Patienten mit Multiplen Persönlichkeitsstörungen bzw. Dissoziativen Identitätsstörungen. Zum einen fanden sich eine größere Anzahl von traumatischen Antworten, zum anderen seltene Blut- und Aggressionsantworten.

Im MMPI zeigen Personen mit MPS/DIS häufig hohe Werte in Skala 8 (Schizophrenie) und in der F-Skala.

Beide Tests sind aber nicht in der Lage, eindeutig zwischen MPS/DIS und der Borderline-Störung oder anderen psychotischen Störungen zu unterscheiden.

Eine Erfassung der *histrionischen Persönlichkeitsstörung* im Sinne der Anforderungen moderner psychologischer Diagnostik war bis dato kaum möglich. Einige der dafür notwendigen Instrumente erschienen erst vor kurzem im deutschen Sprachbereich:

Bei den meisten Instrumenten handelt es sich um standardisierte Interviews anhand der DSM-Kriterien. Trotzdem gibt es hier keinen Grund für Optimismus, da die Überschneidung hier mit anderen Persönlichkeitsstörungen und Achse-I-Störungen, wie erwähnt, die reliable und valide Diagnostik erschwert. Darüber hinaus gelten folgende diagnostischen Probleme, die auch für andere Persönlichkeitsstörungen gelten:

- Generalisierbarkeit, oder wie *oft* ist „häufig“ auftretendes Verhalten?
- Wie wird dem Patienten unzugängliches Verhalten diagnostiziert und bewertet?
- Wie lange dauert zeitlich stabiles Verhalten?
- Wie wird Inflexibilität und Unangepaßtheit diagnostiziert?

Interaktionstheoretische Ansätze (Benjamin, 1996), klingen in diesem Bereich vielversprechend, müssen sich in ihrer Brauchbarkeit und Durchführbarkeit aber erst klinisch bewähren.

### 3 Epidemiologie, Verlauf und Nosologie

Während zur Jahrhundertwende hysterische Symptome so häufig waren, daß Hellpach (1904) von der „allgemeinen Hysteriefähigkeit“ sprechen konnte, wird heute über dieses Krankheitsbild viel seltener berichtet. Schon Hoff, Berner und Ringel (1956) haben darauf aufmerksam gemacht, daß hysterische Störungen zu durchschaubar geworden und daß deshalb andere Störungen an ihre Stelle getreten seien. (Man könnte hinzufügen, nicht nur andere Störungen, sondern auch andere Bezeichnungen.) Auch Ernst (1959) hat festgestellt, daß aus der Hysterie ein anderer Neurosentypus geworden sei, wobei er in seiner Nachuntersuchung nicht nur andere neurotische Syndrome, sondern auch psychosomatische Leiden beobachten konnte. Er spricht von einem Syndromwandel von der Hysterie zur Organneurose oder zum psychosomatischen Leiden, oft auch auf dem Weg über neurasthenische oder depressive Zustände.

#### 3.1 Verlauf

Phasische und intermittierende Verläufe seien bei hysterischen Störungen häufiger als kontinuierliche, wiewohl oft keine scharfen Grenzen gezogen werden können. Ein akuter Beginn spricht eher für spätere Intermissionen, d. h. für einen phasischen Verlauf; hingegen zeige ein unscharfer Beginn eher einen kontinuierlichen Verlauf an. Der Verdacht auf unentdeckte körperliche Grundlagen eines hysterischen Syndroms liege besonders dann nahe, wenn massive und nachhaltige hysterische Symptome nach Phasen von ausdrucksärmeren neurotischen Erscheinungen manifest werden.

Das Erstmanifestationsalter von Patienten mit psychogenen Paresen und psychogenen Anfällen wird zwischen 15 und 25 Jahren (Maxion et al., 1989) angegeben. Auch Sirois (1982) betont die ersten Jahre der Adoleszenz für das Auftreten hysterischer Störungen, wobei schon E. Kretschmer Pubertät als Prüfstein für konstitutionelle Regelwidrigkeiten angesehen hat.

Bereits Janet (1889) verstand unter Dissoziation eine Reaktion auf (traumatischen) Streß, die allerdings eine Prädisposition von Seiten des Patienten erfordert, was die Diskussion dissoziativer Störungen in Zusammenhang mit posttraumatischen Streßsyndromen bringt.

Dissoziative Störungen beginnen in der frühen Kindheit (dissoziative Identitätsstörung) oder im frühen Erwachsenenalter (Depersonalisationsstörung), oder direkt im Zusammenhang mit traumatischen Ereignissen wie allgemeinen Katastrophen, schweren psychosozialen Belastungen (dissoziative Fugue und Amnesie). Der Verlauf ist bei der dissoziativen Identitätsstörung und bei der Depersonalisationsstörung chronisch schleichend, die Prognose schlecht, die Beeinträchtigung (besonders bei der dissoziativen Identitätsstörung) massiv. Bei der psychogenen Fugue und Amnesie dauert die Störung kurz, die Prognose ist gut.

### 3.2 Epidemiologie

Phänomene, wie dissoziative Identitätsstörung und dissoziative Amnesie, treten häufiger bei Frauen auf (vgl. z. B. Pu et al., 1986). Bei Patienten mit dissoziativer Identitätsstörung läßt sich eine Häufung in der Verwandtschaft ersten Grades erkennen (APA, 1994). Die Konversionsstörung ist kulturabhängig, derzeit häufiger in Entwicklungsländern (Hafeiz, 1986). So wird in der Arbeit von Folks et al. (1984) (zit. in Merskey, 1986) im psychiatrischen Konsiliardienst in allgemeinen Krankenhäusern die Rate mit 5 % angegeben, von Hafeiz im Khartoum Hospital 10 %; Srinath et al. (1993) finden in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Stichprobe in Indien Inzidenzraten von 30,8 % bei stationären und 14,8 % bei ambulanten Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 16 Jahren; wie auch immer, die Angaben sind – wahrscheinlich aufgrund diagnostischer Traditionen – unterschiedlich. Hafeiz (1986) erklärt die hohe Inzidenz in Entwicklungsländern durch die konservative Ausrichtung der Gesellschaft, durch Vorherrschen von Körpersprache und nonverbaler Kommunikation, durch die hohe Anzahl nicht berufstätiger Frauen, die damit verbundene große Abhängigkeit von Eltern und Gatten und durch den Einfluß der streng hierarchisch strukturierten Familie. Im DSM-IV wird die Prävalenz zwischen 11 bis 300 pro 100.000 in der allgemeinen Bevölkerung und mit 1–3 % bei ambulanten Patienten im allgemeinen Krankenhaus angegeben.

### 3.3 Nosologie

Der Versuch, eine homogene Persönlichkeitsstörung bei Patienten mit Konversionsstörungen zu erfassen, hat bisher zu keinem Resultat geführt. Kinzl, Biebl & Rauegger (1988) haben zwar eine Homogenität in Hinblick auf die Symptomatik und das betroffene Organ erheben können, jedoch eine massive Heterogenität in Hinblick auf die Persönlichkeitsstrukturen und die Psychopathologie. Eine Studie an 54 (40 Frauen, 14 Männer) Patienten mit Konversionsstörung von Sharma & Chaturvedi (1995) zeigt die enge Assoziation von Konversionsstörungen mit oft erst nachträglich zu diagnostizierenden organischen Störungen, ebenso die Rolle von emotionalen Streß vor dem Ausbruch der Erkrankung und die der sekundären Psychopathologie (vor allem Depressionen und Angstzustände). Dagegen zeigten sich hysterische Persönlichkeitszüge oder das „la belle indifference“, genauso wie gestörte Sexualität als in dieser Untersuchung nicht relevant.

Für Angaben zur Epidemiologie und Nosologie der übrigen somatoformen Störungen, sowie der histrionischen Persönlichkeitsstörung wird auf die entsprechenden Kapitel im Lehrbuch verwiesen.

## 4 Erklärungsansätze

Im folgenden sollen einige Ansätze zum Verständnis der besprochenen Phänomene beleuchtet werden, die die Entwicklungen in der modernen Hysterieforschung und die offenen Fragen skizzieren.

Eines der Kernprobleme im Verständnis der Natur dissoziativer Störungen ist das Zusammenspiel zwischen traumatischen Noxen und Persönlichkeitsdisposition:

Eine Reihe von Autoren betonen dabei vor allem die Bedeutung des Ausmaßes der Traumata für die Entstehung der dissoziativen Störungen (z. B. Kirby, Chu & Dill, 1993: bei Patienten mit körperlichem und sexuellem Mißbrauch; Terr, 1991: bei Traumata in der Kindheit; Putnam et al., 1986: von Seiten der Patientenberichte bei dissoziativer Identitätsstörung; Marmar et al., 1994: bei Kriegsveteranen; Loewenstein & Putnam, 1988: bei Patienten mit komplexen Anfallsgeschehen) und verstehen so dissoziative Störungen als Form eines posttraumatischen Streßsyndroms (PTSD):

#### *Sexueller Mißbrauch bei dissoziativen Störungen*

Russel (1983) untersuchte 930 Frauen mit dissoziativen Störungen auf sexuellen Mißbrauch in der Kindheit: 16 % der Frauen berichteten, vor dem 18. Lebensjahr intrafamiliären sexuellen Mißbrauch erlebt zu haben. Etwa 1/3 der Untersuchungsteilnehmerinnen wiesen eine Episode extrafamiliären sexuellen Mißbrauchs auf und 4,5 % der Frauen waren Betroffene eines Vater- oder Stiefvaterinzests.

Herman und Schatzow (1987) untersuchten 53 Inzestpatientinnen auf Amnesieerfahrungen. Neben schweren Gedächtnislücken bezüglich des sexuellen Mißbrauchs (28 % der Frauen) und dem Auftreten von teilweisen Amnesien (64 %), wurde ein Zusammenhang zwischen Amnesie und Alter zu Beginn des Mißbrauchs, zu Dauer und Ausmaß festgestellt. Etwa 3/4 der Patientinnen konnten den Mißbrauch eindeutig belegen.

Albach (1993) ermittelte in einer Studie mit 100 Inzestopfern, daß 29 % der Frauen den Mißbrauch für einige Zeit vollkommen vergessen hatten; dies betraf vor allem Frauen mit hohen Dissoziationswerten. Mehr als die Hälfte dieser Inzestopfer (59 %) hatten Schwierigkeiten, sich an Mißbrauchdetails zu erinnern.

Tatsächlich erreichen Patienten mit PTSD den höchsten Dissoziationsscore in einer Stichprobe psychiatrischer Patienten (Riley, 1988), wenngleich psychiatrische Patienten generell stärker als die Normalbevölkerung über solche Phänomene berichten. So ist Dissoziation, neben Angst, eines der Kernsymptome dissoziativer Störungen (vgl. Kapitel über PTSD in diesem Buch). Kritik an dieser Verwobenheit kommt von einer Untersuchung an Holocaustüberlebenden (Yehuda et al., 1996). Zwar zeigten sich bei Überlebenden mit PTSD ebenfalls höhere Dissoziationsscores, die Dissoziation stand aber nicht in Zusammenhang mit dem Ausmaß des Traumas. So stützt sich die Forschung auf die Rolle der Suggestibilität als Persönlichkeitsfaktor und mehr oder weniger in diesem Zusammenhang die Bedeutung neurobiologisch/physiologischer Faktoren.

#### *4.1 Suggestibilität und neurobiologisch/physiologische Forschung bei der Dissoziation*

Hilgard (1974) versuchte in seiner „Neodissoziationstheorie des geteilten Bewußtseins“ dissoziative Phänomene in Form eines Modells der kognitiven Kontrollstrukturen zu erklären. Dabei gibt es untergeordnete Verarbeitungs-

systeme, die ein gewisses Maß an Einheitlichkeit, Dauerhaftigkeit und Funktionsautonomie aufweisen. In der Regel interagieren diese Systeme miteinander, unter bestimmten Umständen können sie aber auch isoliert auftreten. Eine übergeordnete Kontrollinstanz regelt die Interaktion und Konkurrenz der Strukturen. Des weiteren muß eine zentrale Überwachungs- und Kontrollstruktur vorhanden sein, die ein Wechseln der hierarchischen Verhältnisse zwischen den Subsystemen je nach Anforderung an die Person ermöglicht. Bei der Dissoziation tritt nach seiner Meinung ein Zustand in Kraft, bei dem mehrere kognitive Verarbeitungssysteme getrennt voneinander arbeiten. So ist es möglich, daß Phänomene wie eine Diskrepanz zwischen physiologischen Befunden und verbalen Berichten bzw. Verhaltensweisen während der Hypnose auftreten. Kruse & Gheorgiu (1989) führen die bestehende Ambivalenz, die dem Phänomen Dissoziation entgegengebracht wird, auf die Inkompatibilität mit den Grundannahmen der Informationsverarbeitungsmetapher zurück. Um den Gültigkeitsbereich der Dissoziation nicht nur auf Ausnahmesituationen zu beschränken, versuchen sie, die dissoziativen Prozesse mit dem Hintergrund der Selbstorganisationstheorie zu sehen. Nach dieser Theorie stehen Subsysteme nicht in einem eindeutigen, kausalem Über- und Unterordnungsverhältnis, sondern sie sind heterarchisch angeordnet. Auch neuere neurophysiologische Erkenntnisse stützen diese Theorie und gehen davon aus, daß die Grundorganisation des Gehirns eine divergente und parallele Verarbeitungsform bedingt. Dies bedeutet, daß voneinander unabhängige Bewußtseinsströme möglich sind. Somit ist das Vorhandensein mehrerer „Ichs“ keineswegs ungewöhnlicher als die Existenz eines „Ich“, das Phänomen „dissoziativer Identitätsstörung“ nicht erklärungswürdiger als das Phänomen „Persönlichkeit“ an sich. Cardeña (1994) unterscheidet folgende Grundkonzepte: Dissoziation kann zum einen verstanden werden als unbewußte oder nicht-integrierte mentale Elemente und Systeme. Dissoziation kann aber auch eine Veränderung des Bewußtseins bedeuten, bei der eine Trennung und ein Lösen vom Selbst oder von der Umgebung erfahren wird. Ein drittes Konzept versteht unter Dissoziation einen Abwehrmechanismus, der darauf abzielt, Informationen, die Angst oder Schmerz verursachen, zu verleugnen. Putnam (1991) und Ray et al. (1992) zeigen, daß dissoziative Phänomene durchaus in der Bevölkerung verbreitet sind. Diese sind: Tagträume, teilweise Amnesie, Depersonalisationserlebnisse, Verleugnung, Trance usw.. Rhue und Lynn (1991) diskutieren eine Form adaptiver Phantasie, die auf verschiedene Art und Weise als Copingmechanismus genutzt werden kann. Dissoziation bezeichnen sie als zielgerichtete Aktivität, die auf die Regulation interner Erfahrungen gerichtet ist und es der Person ermöglicht, negative Affekte zu reduzieren und problematische Aspekte des Selbst zu verleugnen. Schumaker (1991) sieht den dissoziativen Prozeß als Filter, der die Komplexität der einlaufenden Informationen reduziert und aus dem Chaos eine künstliche Ordnung entstehen läßt. Die Informationen, die für das Individuum schädlich sein könnten, werden dissoziiert. Diese künstliche Ordnung, die eine Mißwahrnehmung der Welt bedeutet, führt dazu, daß wir uns glücklicher und weniger depressiv fühlen und zu mehr Leistung fähig sind (Taylor, 1986).

Rossi (1986) verweist auf milde Dissoziationszustände, die uns jeden Tag begegnen: Die sogenannte „Highway-Hypnose“, Student mit glasigem Blick, der weit weg zu sein scheint oder die Hausfrau, die gedankenversunken in ihre Kaffeetasse starrt. Personen können diese Momente bewußt herbeiführen und fördern, in dem sie ihre Aufmerksamkeit vollständig kanalisieren. Wir dissoziieren uns auf diese Weise weg von Quellen externalen Stress (z. B. auch weg von Langeweile) und reduzieren so die Risiken kognitiver Überladung und die Belastung, die auf unser autonomes Nervensystem wirkt. Dissoziation ermöglicht es uns, effektiver bei einer kleinen Anzahl von mentalen Aufgaben zu verweilen und ihnen unsere uneingeschränkte Aufmerksamkeit zu schenken (Ludwig, 1983).

Religiöse Praktiken nutzen häufig diese Kapazitäten des Menschen und erreichen damit (in Verbindung mit geeigneten Suggestionen) eine mentale Gesundheitsprophylaxe. Studien zeigen, daß Gläubige eine höhere Lebenszufriedenheit und ein geringeres Suizidrisiko aufweisen. Außerdem leiden sie seltener unter emotionalem Distreß, Unruhezuständen und Krankheiten psychosomatischer Natur (Schumaker, 1991).

Auf der Suche nach neurophysiologisch/biologischen Determinanten wird in drei Teilbereichen geforscht (Putnam, 1991):

- a) Erforschung möglicher Zusammenhänge zwischen Epilepsie und Dissoziation. Dieser Ansatz geht auf Charcot zurück. Obwohl es Zusammenhänge zwischen Temporallappenepilepsien und dissoziativen Zuständen gibt, ist der dissoziative Prozeß nicht auf ein zerebrales Krampfgeschehen zurückzuführen.
- b) Erforschung des möglichen Wechsels der zerebralen Dominanz im Zusammenhang mit Wechsel der „Persönlichkeiten“. Obwohl es bei Patienten mit Kommissurendurchtrennung keine dissoziativen Phänomene wie Persönlichkeitsspaltungen gibt, spricht einiges für die consequente Erforschung des Phänomens, wobei besonders der Zusammenhang zwischen Hemisphärität und Konversions symptomatik interessiert.
- c) Physiologische Korrelate bei Bewußtseinsveränderung, Hypnose und Dissoziation. Aufgrund von EEG Studien gibt es vorsichtig zu interpretierende Hinweise, daß sowohl Hypnose als auch dissoziative Zustände das neurophysiologische System der Wahrnehmung verändern. Dabei dürfte es nicht zu spezifischen Markern kommen, sondern zu einer gesteigerten Variabilität der Aktivität des Sensoriums. Neurochemisch dürfte eine Dysregulation der serotonergen Systeme, sowie der endogenen Opiatrezeptoren vorliegen. Aufgrund der Ähnlichkeiten zu hypnotischen Phänomenen wird es mit solchen gleichgesetzt (= autohypnotisches Modell der Dissoziation). Die Weiterentwicklung dieses Ansatzes ist das Bewußtseins-Zustands-Modell, dessen Grundlage die Annahme einer traumatisch induzierten Unterbrechung in der Modulationsfähigkeit von Bewußtseinszuständen ist (vgl. Flor et al., 1990).

Steinberg (1991) geht von einem „underarousal“ (im Sinne von Lader & Wing, 1964) bei primären Depersonalisationsstörungen aus. Moderne psychophysiologische Untersuchungen unterstreichen das Angstkonzept. Lader (1982) unterscheidet zwischen Patienten mit akuten Konversionssymptomen und solchen mit chronischen. In autonomen Parametern läßt sich eine Differenzierung zwischen den beiden Gruppen insofern treffen, als Patienten mit akuten Krankheitserscheinungen unteraktiviert erscheinen, solche mit chronischen Erscheinungen (Astasie, Abasie, hysterischen Lähmungen und anäs-

thetischen Symptomen) hingegen überaktiviert. Lader & Sartorius (1968) heben hervor, daß sich chronische Hysteriker selbst als signifikant ängstlicher einschätzen, als dies durch eine objektive Beurteilung durch einen Psychiater erhoben wurde, ängstlicher aber auch als Patienten mit Angstzuständen allein. Die physiologische Aktivierung stimme dabei mit den Selbsteinschätzungsskalen überein.

Zur Frage genetischer Faktoren bei Hysterien: Shields (1982) stellt in seiner Übersicht divergierende Befunde dar, die er in Zusammenhang mit den verschiedenen vielfältigen Formen der Störung bringt. So gibt es keine Hinweise für genetische Bedingungen bei dissoziativen und konversiven Hysterieformen. Dagegen finden sich Hinweise auf Persönlichkeitsstörungen, die selbst wieder ein erhöhtes Risiko für die hysterische Symptombildung darstellen. In einer neueren Arbeit bestätigt Torgersen (1985) an 14 monozygotischen und 21 dizygotischen norwegischen Zwillingen eine familiäre Häufung von somatoformen Störungen, die aber nicht genetisch weitergegeben werden. Erwähnenswert erscheint auch eine Häufung von Angststörungen, im speziellen generalisierten Angstzuständen, bei den Zwillingen somatoform Erkrankter.

Die Bedeutung der *Organismusvariablen* (Kanfer & Phillips, 1970) wird gerade bei hysterischen Störungen bis heute diskutiert. Freud sprach vom Entgegenkommen der Organe, Adler von der Organminderwertigkeit. In einzelnen Studien werden immer wieder derartige Hinweise angeführt; Wilson et al. (1988) beschreiben ein abnormes Ausmaß der Säureexposition im Ösophagus und Ösophaguskrämpfe bei Patienten mit globus hystericus. Studien, die über Einzelfallberichte oder kleinere Patientenstichproben hinausgehen, fehlen allerdings.

Berner (1982) hat darauf verwiesen, daß viele Neurosen auf Mischbilder leichteren Grades zurückgeführt werden können. Insbesondere beim Vorliegen eines hysterischen Charakters könne man oft eine abrupt wechselnde Wertaktualisierung (Launenhaftigkeit), ein Schwanken zwischen Enthusiasmus und Verzweiflung, zwischen motorischer Enthemmung und Hemmung konstatieren, wie sie für Mischbilder charakteristisch seien. Olivennes (1987) hat über einige derartige Fälle berichtet, dabei aber eine theoretische Annäherung an psychoanalytische Theorien versucht.

E. Kretschmer (1944) brachte hysterische Reaktionen mit Instinkten in Zusammenhang. „Vollhysterien“ treten vorzugsweise in solchen Situationen auf, die das Triebleben berühren, bei erotischen Konflikten und bei Gefahr. Als angeborenes Konstanzverhalten (Kretschmer, 1971) können derartige Primitivschablonen bei Tier und Mensch freigesetzt werden und sich in vielerlei Formen (vom Totstellreflex bis zur Scheinschwangerschaft) manifestieren.

#### 4.2 Psychophysiologie bei Konversionshysterie

Psychophysiologische Untersuchungen der Hysterie fallen in zwei Gruppen: Studien, die grundsätzlich nach „Aktivierung“ forschen, und solche, die psy-

chophysiologische Mechanismen der Konversion untersuchen. Es finden sich keine homogenen Befunde, was durch die Heterogenität der Hysterien erklärt werden kann. Allerdings fand man Veränderungen der Rezeptorsensitivität vor allem mittels somatosensorischer Stimulation. Meares & Horvath (1972) unterschieden hysterische Patienten mit akuter und chronischer Konversionsstörung. Die Patienten mit akuter Störung boten keine Beeinträchtigung der Fähigkeit, auf akustische Reize zu habituieren, während solche mit chronisch hysterischen Störungen eine massive Beeinträchtigung der Habituation auf wiederholte Töne zeigten. Mit diesem Befund unterstützten die Autoren Charcots Hypothese, daß die Verminderung der Fähigkeit, sensorische Daten zu synthetisieren, die zentrale Störung in der Hysterie sei.

Konversionen sind häufiger auf der linken Körperhälfte zu finden (vgl. Stern, 1977; Sharma & Chaturvedi, 1995). Inwieweit nun diese Phänomene mit einer möglichen Blockierung der rechten Hemisphäre korrespondieren, bleibt aber eher noch spekulativ. Umgekehrt gibt es Hinweise auf das Vorkommen von Konversionsstörungen nach Verletzungen der dominanten Hirnhemisphäre (Drake, 1993).

### 4.3 Psychodynamische Theorien

#### 4.3.1 Sigmund Freud, Josef Breuer und Anna O.

Über den Umweg der Behandlung einer hysterischen Frau mit Hypnose kam Freud zu folgenden Einsichten: Bedeutung eines Traumas in der Kindheit, Abspaltung im hypnoiden Zustand, dadurch fehlendes Abreagieren, pathogene Reminiszenzen (Beziehung zwischen der Konversion und dem Konversionsgeschehen). Die Therapie bestand im Bewußtmachen der Erinnerung samt begleitenden Affekten. Im folgenden wurden die Konzepte Abwehr, Widerstand, Verdrängung in Bezug auf die Konversion entwickelt. Schließlich verstand Freud die Hysterie als Regression in die ödipale Phase der psychosexuellen Entwicklung. Wie Sigmund Freud in einem Brief an C. G. Jung vom 6.12.1906 mitteilt, wolle er nicht einmal behaupten, „daß jede Hysterie so (durch Psychoanalyse, die Autoren) heilbar ist, geschweige denn alles was man so heißt. Da mir gar nichts an der Ermittlung der Heilungsfrequenz lag, habe ich häufig auch Fälle, die ans Psychotische streifen, oder Wahnformen (Beachtungswahn, Errötungsangst u. a.) in Behandlung genommen und dabei wenigstens gelernt, daß die gleichen Mechanismen viel weiter reichen als nur bis zu den Grenzen von Hysterie und Zwangsneurose“.

Wie bekannt, ging es Freud ja nicht um die Beschreibung einzelner neurotischer Störungen, sondern um die Aufdeckung der, wie er meinte, hinter ihnen stehenden gleichen Mechanismen unter besonderer Würdigung der lebensgeschichtlichen Entwicklung (Kiceluk, 1992). Die Bedeutung ödipaler Fixierung für die Entstehung der Hysterie wurde immer mehr kritisiert (Mentzos, 1980); die Konstrukte des primären und sekundären Krankheitsgewinns spielen auch heute noch eine große Rolle. Primärer Gewinn hysterischen Verhaltens ist die Überwindung von Schuld- und Schamgefühlen, Triebbefriedigung

ohne Strafe, narzißtischer Gewinn und das Ausfüllen der inneren Leere. Als sekundären Gewinn bezeichnet man die vermehrte Zuwendung, Schonung und Versorgung des Patienten, aber auch eine indirekte Frustrationsabfuhr.

Zentral ist dabei die Angst als Ergebnis einer direkten physiologischen Transformation sexueller Energie oder Libido. Es kommt zu einer Blockierung, wenn die Energie nicht abgeführt wird. Konversion ist eine Methode der direkten Abführung dieser Energie. Eine weitere Verfeinerung kam mit der Einführung des Narzißmus, worunter Freud Konversions Symptome als sekundäre Verarbeitungsform (primär sind megalomane Phantasievorstellungen) der narzißtischen Libido verstand (Nemiah, 1988, S. 82).

#### 4.3.2 *Mentzos Konzept der Selbstrepräsentation*

Hysterische Phänomene seien weder an ödipale Fixierung gebunden, noch gehen sie mit einer Ich-Schwäche einher, auch die Rolle eines „Inneren Konflikts“ sei nicht unbedingt von zentraler Bedeutung. Zentral ist die Darstellung des Selbst vor sich und seiner Umwelt, Hysterie ist der Modus der Konfliktverarbeitung, die Selbstrepräsentanz des Hysterikers ist zielgerichtet und auf die Entlastung durch primären und sekundären Krankheitsgewinn fixiert.

Hysterische Störungen finden sich auch bei oraler und narzißtischer Fixierung und können auch bei Ich-starken Menschen unter besonders belastenden kritischen Lebensereignissen ausbrechen (Wölk, 1992).

#### 4.4 *Dimensionale Aspekte der Hysterie*

Mit Slavney (1990) sollte man davon ausgehen, daß Hysterie weniger das ist, was jemand hat, sondern das, was jemand ist und was jemand tut. Celani (1976) bezeichnet für die Entwicklung der Hysterie Faktoren in der Sozialisation im Sinne eines interpersonellen Stils mit kultureller, sozialer und interpersoneller Prägung als ausschlaggebend. Der Hysteriker muß vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte gesehen werden. Diese Einbettung der Störung des Fühlens, Denkens, Handelns in die Perspektive der Entwicklung des Patienten stellt einen neueren Beitrag der Psychiatrie zur Therapie der Hysterien (= „Perspektivismus“ nach Wise, 1992) dar.

Inwieweit ist nun hysterisches Verhalten von persönlichkeitspsychologischem Standpunkt aus zu sehen:

Für Eysenck (1982, Übersicht), der von neurotisch hysterischen Patienten ausgeht, reichen drei Annahmen zur Beschreibung der Hysterien aus:

- Das Prinzip des Annäherungs-Vermeidungskonfliktes ist gültig;
- Hysteriker sind an der Dimension „Extra-/Introversion“ und „Neurotizismus“ als extrovertiert und neurotisch zu beschreiben;
- Extrovertierte konditionieren aufgrund ihrer neuronalen Minderaktivierung (Eysenck, 1967) schlechter als Introvertierte, dies gilt auch für über-

geordnetes Verhalten wie die Internalisierung von Normen (damit erklärt Eysenck die Über-Ich-Konflikte).

Aufgrund dieser drei Prinzipien kommt es beim Hysteriker zu Verhalten, das zielorientiert und von einer geringen Hemmung getragen ist. Er hebt sich vom dysthymen Patienten ab und ähnelt dem Psychopathen (antisoziale Persönlichkeitsstörung). Dies allerdings könnte bei der hysterischen Persönlichkeit der Fall sein, steht aber im Widerspruch zu der hohen Komorbidität mit Depressions- und Angsterkrankungen bei den Hysterikern.

Wolpe (1958) stützt sich auf Eysencks Hypothesen vom extrovertierten Menschen. Diese haben folgende Charakteristika:

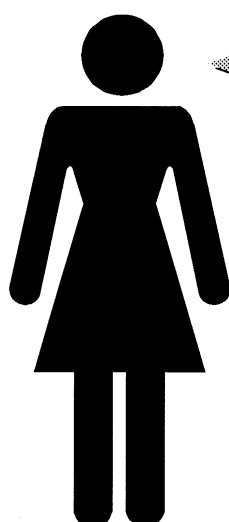
1. Wenn sie angsterregenden Stimuli ausgesetzt sind, reagieren sie mit einem relativ niedrigem Ausmaß an Angst, so daß auch andere Reaktionen eintreten können und vorherrschend sind.
2. Wenn Angst und andere Reaktionen simultan bei diesen Menschen auftreten, werden Reize konditioniert, auf die andere Reaktionen erfolgen als Angst.

Als zentralen Punkt sieht Wolpe die Konditionierung in Stressituationen und zwar die Konditionierung von neurotischen Reaktionen, die nicht in Angstantworten bestehen, wiewohl Angst ebenfalls konditioniert werden kann. Dieses geringe Vorherrschen von Angst könne auch „la belle indifférence“ erklären, die bei Hysterikern zu finden ist. Uma et al. (1990) finden bei einer Untersuchung an 70 Kindern in Indien, daß konversionshysterische Phänomene bei den jungen Patienten einhergehen mit einer Angstreduktion.

Süllwold (1987, 1990) untersucht den Begriff der Hypochondrie und Hysterie aus allgemeinspsychologischer Sicht. Er geht von einer Kontinuumsstörung aus, deren Enden klinische Relevanz besitzen. Dabei zeigen sich deutlich zwei unabhängige Phänomene: Hypochondrie und Hysterie. Bei ihm ist Hysterie durch das abnorm gesteigerte Bedürfnis nach Beachtung, gekoppelt mit psychischer Unechtheit (man spricht von starker Affekterregbarkeit bei geringer Nachhaltigkeit der Gefühle), sowie Erlebnishunger bei geringer Erlebnisfähigkeit gekennzeichnet.

Die Neigung zu Konversionssymptomen (Sensibilitätsstörungen und psychogene Anfälle) bildet eine selbständige orthogonale Dimension und ist nicht notwendig mit dem zentralen Merkmalskomplex der hysterischen Persönlichkeit verknüpft. Hysterische Persönlichkeitseigenschaften sind mit Extraversion, einer gewissen Aggressivität, sowie Unbekümmertheit und sozialer Kontaktfreudigkeit assoziiert, im hohen Lebensalter nimmt die Hysterie ab. Grundsätzlich ist zwischen Hypochondern und Hysterikern zu unterscheiden, vielleicht handelt es sich sogar um gegensätzliche Strukturen. Diese persönlichkeitspsychologischen Ansätze Süllwolds erfahren auch von psychiatrisch klinischer Seite starke Befürwortung, wengleich es auch hier auch gesellschaftlich unterschiedliche Nuancen gibt (siehe Abbildung 1)

Abbildung 1  
Charakteristika von hysterischen Frauen in Indien  
nach einer Untersuchung von Shirali und Bharti (1993)



Alter unter 35 Jahren, die Patientinnen sind arm, meist ungebildet, verheiratet, vom ländlichen Gebiet, berufstätig und Hindus.

Die meisten verfügen nur über einen lebenden Verwandten. Die Väter werden als autoritär und engstirnig beschrieben.

Viele Frauen leiden unter stärkerem Streß als nicht-hysterische Geschwister oder männliche Verwandte.

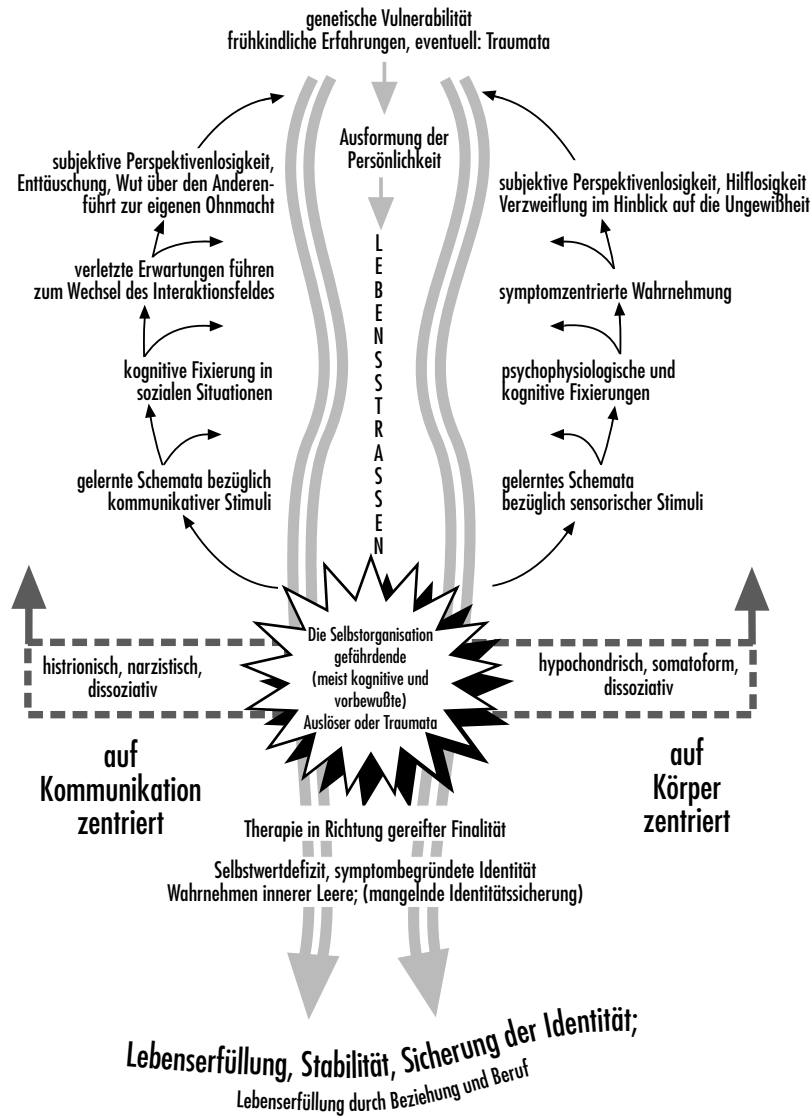
Es werden mehr negative Life-events als positive berichtet. Aus projektiven Tests ergeben sich Hinweise auf stärkeres sexuelles Verlangen, Streben nach Geselligkeit und Aggression im Vergleich zu den „nicht hysterischen Verwandten“.

Abbildung 2 (gegenüber)

Im Laufe des Lebens entwickelt jeder Mensch mehrere Persönlichkeiten, mit deren Hilfe er Aufgaben bewältigt, die sich seiner Entwicklung stellen; sie sind in ihrer Ausprägung abhängig von genetischer Disposition, frühen Erfahrungen und Konditionierungsvorgängen. Steht der einzelne nun vor Situationen, die seine Selbstorganisation – die entwickelte oder vorherrschende Persönlichkeit – bedrohen, so ist eine Betonung von Persönlichkeitseigenschaften möglich und wahrscheinlich, die seine histrionisch narzißtisch-dissoziative Persönlichkeit verfestigen, wozu ihn die extravertierte Disposition prädestiniert. Den Introvertierten wird es eher zu einer hypochondrisch somatoformen dissoziativen Persönlichkeit hinführen. Die weitere Entwicklung zum Vollbild der Hysterie bzw. zu demjenigen der Hypochondrie verläuft nun über mehrere Schritte und Stufen, von denen jeweils eine Rückkehr in die Lebensstraße möglich ist. Da aber die bedrohende Situation oft nicht gemeistert werden kann, erfolgt jeweils wieder eine Rückkehr in die Symptomlaufbahn, die der (Entwicklungs)-Zeitachse entgegengesetzt ist. Dieser Circulus vitiosus ist durch das Wiederauftreten bestimmter Symptome charakterisiert. Erst wenn durch Therapie (oder vielleicht auch durch entsprechende Entwicklungsschritte) das Selbstwertdefizit behoben wird, kann die weitere Lebenslaufbahn in Richtung einer gesicherten Lebenserfüllung und Stabilität fortgesetzt werden.

4.5 Synopsis

Die folgende Abbildung 2 soll übersichtlich wiedergeben, wie die Entstehung von hysterischen und hypochondrischen Symptomgruppierungen von den Autoren gedacht wird.



Das folgende Fallbeispiel soll diesen Ansatz verdeutlichen:

Fallbeispiel zu Abb. 2:

Eine 27jährige Patientin kam zur psychiatrischen Ambulanz mit vordergründig depressiven Beschwerden. Zu diesem Zeitpunkt besuchte sie einen Lehrgang für medizintechnische Berufe im ersten Ausbildungsjahr.

Über das depressive Erscheinungsbild der Patientin hinaus fielen eine Reihe von Symptomen auf, die für eine psychotherapeutische Behandlung sprachen: Medikamentenmißbrauch, Rückzugstendenzen, soziale Schwierigkeiten, Probleme mit intimen Beziehungen und den Eltern und schließlich ein für das Alter ungewöhnlich schlechter beruflicher und privater Werdegang. Dabei wurde im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung bald klar, daß es sich nicht, wie die Patientin gerne glauben machen wollte, um ein Problem der sozialen Kompetenz oder eines Leistungsdefizits im engeren Sinn handelt.

Die Patientin stellte sich der psychotherapeutischen Behandlung sehr ambivalent gegenüber, wollte sich nicht für oder gegen die Therapie entscheiden. Über mehrere Stunden hinweg breitete sie dieses Szenario im Sinne eines Appetenz-Aversions-Konfliktes aus und begründete schließlich die Entscheidung für die Therapie mit zunehmender Verschlechterung der depressiven Symptomatik und von außen (Schulkollegen) wahrgenommener Druckerhöhung.

Schon die diagnostische Abklärung im Rahmen der Therapie war äußerst schwierig.

Laut ihren Angaben wuchs die Patientin bei den Großeltern auf (die Großmutter stellt heute noch die engste Bezugsperson dar), wurde mit 7 Jahren gegen ihren Willen von den Eltern zurückgeholt. Dort mußte sie sich sehr früh um den 6 Jahre jüngeren Bruder kümmern und solidarisierte sich mit ihm gegen die Eltern. Der Vater ist Alkoholiker, die Familie hat unter seinen Exzessen zu leiden. Die Familie war sehr bemüht, im kleinstädtischen Bereich die Fassade nach außen zu wahren.

In der Schule hatte sie Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen und konnte sich nicht richtig integrieren. Die Mittelschule beendete sie mit der Matura und studierte dann einige Semester Medizin. Im Zuge des Zusammenbruchs einer intimen Beziehung machte sie mit 21 Jahren einen Suizidversuch mit stationärem Aufenthalt im Landesnervenkrankenhaus. Danach brach sie das Medizinstudium ab und jobbte in einem Fitnesscenter. Einige Monate seit Behandlungsbeginn begann sie eine Ausbildung zur medizintechnischen-Assistentin, sie fiel in der Schule auf, und man legte ihr eine psychotherapeutisch/psychiatrische Behandlung nahe.

Auf motivationaler Ebene imponierte eine durchgängige passive Struktur: so attribuiert die Patientin Bezugspersonen für ihre Entscheidungen als tragend und lehnt eigene Entscheidungen und die Übernahme von Verantwortung ab. Beispielsweise entschloß sie sich nach einigen Monaten, die Ausbildung abzubrechen und inszenierte ihren „Rauschmiß aus der Schule“. Wenn diese Manipulation der Mitmenschen nicht mehr gelingt, werden schwierige Situationen und Konflikte über psychische Symptome bewältigt (Abbruch des Medizinstudiums durch Depression und Suizidversuch, Manipulation von Beziehungen über Beschwerden usw.).

Immer wieder beteuert die Patientin das schlechte Selbstwertgefühl, die Darstellungsweise ist dabei narzißtisch egozentriert, die Patientin oszilliert zwischen Selbsterniedrigung und Selbsterhöhung, zwischen Ich-naher, kongruenter und Ich-ferner, distanzierter Selbstdarstellung.

Auf emotionaler Basis agiert die Patientin sehr stark, die Ausdrucksweise ist überemotionalisierend, die Emotionen verändern sich in kürzester Zeit innerhalb des gesamten Spektrums. Diese Art der Darstellung verführt den Therapeuten auf die Schwankungen einzugehen, der Patientin zu folgen, sich einzulassen, jeder Schritt der Annäherung allerdings wird mit abrupter Ablehnung und mit ängstlichem (fast wütendem) Agieren von ihr abgelehnt. Die Patientin bestraft ihre Umwelt für das Verhalten, nach dem sie sich so sehr

sehnt. So entwickelt sich ein Verhältnis zwischen einem Lehrer aus der Schule und der Patientin. Sie beschreibt sich in diesem System manchmal als hilflos-fordernd (der Mann möge ihr doch in der Schule helfen) bis übermächtig-helfend (der hat viel mehr Probleme als ich, er ist viel schwächer, ich muß ihm helfen).

Diese Analysen führen zu einer Hierarchie von therapeutischen Zielen, die sich von der Verfestigung der Patientin in privaten und beruflichen Bereichen über die Stabilisierung des Selbstwerts bis hin zur Erweiterung der kommunikativen Ressourcen reichen.

Dem entgegen agierte die Patientin in der Therapie heftig, aber ineffizient, sie variierte dabei die Compliance nach Gutdünken. So engagierte sie sich vordergründig sehr stark in die Therapie, zeigte intensive emotionale Reaktionen und versuchte die Einzelsitzungen sehr oft zu verlängern (man hatte oft den Eindruck, sie „saugte den Therapeuten fast aus“). Trotzdem hatten die Stunden kaum Konsequenzen für die Patientin: sie hielt sich nicht an die „Hausaufgaben“, und variierte den Besprechungsinhalt von Stunde zu Stunde so dramatisch, daß ein effektives Bearbeiten von Problembereichen nicht möglich war.

Selbst kleinste Verhaltensänderungen waren kaum möglich, da die Störung selbst in diesem Agieren zum Ausdruck kam. Maßnahmen zur Zielerreichung werden eingebunden in das Wechselspiel zwischen Ablehnung und Vergötterung anderen Menschen gegenüber in einem Szenario, von dem die Patientin überzeugt ist, daß es die einzige „Art, mit anderen in Beziehung zu treten und dabei zu überleben“, ist.

Das Verhalten der Patientin im therapeutischen Prozeß selbst ist genuin auf die Stabilisierung des Problemverhaltens gerichtet, da die Therapie das für die Patientin nahezu Unmögliche verlangt: das Einlassen auf eine (therapeutische) Beziehung und das Aufgeben von für sie als essentiell notwendig erachteten Überlebens- und Manipulationsstrategien.

## *5 Therapeutische Ansätze zu hysterischen Störungen*

### *5.1 Allgemeine therapeutische Strategien*

Die Therapieempfehlungen, die Bleuler bei hysterischen Störungen macht, bestehen in alten und einfachen Behandlungsmethoden: Suggestion, Hypnose und Nichtbeachtung symptomatischer Verhaltensweisen. Die Verfahren erlauben dem Patienten seine Symptome aufzugeben, ohne sein Gesicht zu verlieren; allerdings muß ihm geholfen werden, sich mit seiner ihn bedrohenden Situation anders zu konfrontieren als bisher. Die akute Symptomatik klingt meist nach wenigen Sitzungen ab. Das Hauptaugenmerk der therapeutischen Anstrengungen sollte sich auf die Unfähigkeit des Patienten richten, auf Dauer Konfrontationen produktiver bewältigen zu können als mit hysterischen Einzelsymptomen oder Ausbrüchen seiner hysterischen Persönlichkeit. Da der Hysteriker die Beziehung zu anderen Menschen schwer belastet, seien diese nun Therapeuten, Ärzte oder Lebenspartner (Überblick bei Mentzos, 1980), liegt eine auf soziales Lernen abgestimmte Gruppentherapie nahe (Valko, 1976). Demnach ist die Bearbeitung von Gefühlen, die der hysterische Patient im Therapeuten auslöst (Gegenübertragung), von ausschlaggebender Bedeutung: Das Heilende kann im richtigen Reagieren des Therapeuten im Rahmen von Übertragung und Gegenübertragung gesehen werden (Haas, 1987).

Meyer und Chesser (1971) betrachten hysterische Reaktionen als traumatisches Vermeidungslernen; sie stellen eine nicht gelernte, aber auch konditio-

nierte Reaktion auf traumatische Situationen dar. Demnach erwiesen sich auch operante Methoden wie Kontingenzmanagement als erfolgreich. Allerdings fehlen größere kontrollierte therapeutische Studien über hysterische Phänomene.

Wie Barsky, Wyshak und Klerman (1992) erwähnt haben, kann die Erleichterung in einem Teilaspekt der gesamten Störung durch gezielte medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung die Chancen einer Veränderung des gesamten Befindens erhöhen. Neuere Therapieansätze aus den verschiedenen Schulen verdienen Beachtung, konnten sich aber allgemein noch nicht durchsetzen (z. B. Lukas, 1991).

### 5.2 Spezielle Aspekte der Therapie

Speziell für dissoziative Störungen empfiehlt Haas (1987) Narkoanalyse oder Hypnose; Erinnerungen tauchen als Inseln auf, affektive Anteile sollen als letztes bearbeitet werden.

Kluft (1991) unterscheidet neun therapeutische Abschnitte: Eingangs erfolgt die Schaffung einer günstigen Atmosphäre, der Aufbau von Beziehung, erste Absprachen und Vereinbarungen werden getroffen (Contracting). Mit leicht erreichbaren Persönlichkeiten lernt der Therapeut die verschiedenen Persönlichkeiten, ihre historische Entwicklung und ihr Verhältnisse untereinander kennen. Schließlich gewinnt er Einsichten in den „Metabolismus des Traumas“, hier kommt es oft zur Ablehnung des Patienten und zu Therapieabbrüchen. Die weitere Arbeit bezieht sich auf eine langsame Integration der Persönlichkeiten, es ist es auch wichtig, dem Patienten neue Coping-Strategien zu vermitteln. Dabei kann die bewußte Verarbeitung vergangener Traumata wichtig werden. Schließlich sollte ein konsequentes Follow-up betrieben werden.

Herman (1992) untersuchte Therapieprotokolle von Patienten mit Traumataerfahrungen und ermittelte drei Phasen, die bei allen Behandlungen auftraten. In der *Phase der Sicherheit* ist es wichtig, eine gute therapeutische Basis aufzubauen, Sicherheit und Unterstützung zu vermitteln und eine Stärkung des Patienten zu erreichen. Auf dieser Basis aufbauend folgt die *Phase der Erinnerung und Trauer* und abschließend die *Phase des Wiederausammenführens*. In dieser dritten Phase sollte eine Reintegration mit sich selbst, mit anderen und mit der Umwelt stattfinden.

Chu (1992) geht in seinen Therapien ebenfalls in drei Schritten vor. Im ersten Schritt sind fünf Punkte von besonderer Bedeutung, die als *SAFER-Modell* zusammengefaßt werden: Selbstsorge (self care), Zugeständnis der traumatischen Vorgeschichte (acknowledgement), Symptomkontrolle (functioning), Ausdrücken von Gefühlen (expression), Beziehungen aufbauen (relationships). Anschließend an diese grundlegende Phase folgen „Abreagieren“ und „Transformation“.

In allen Phasen sind hypnotische Interventionen von besonderer Wichtigkeit. Sie können sowohl für die Stärkung, für den Schutz vor Überwältigung als auch für die Integration als Hilfestellung dienen (Kluft, 1993).

Verhaltenstherapeutische Ansätze betonen die positive und negative Verstärkerwirkung des mit dem Patienten in Kontakt stehenden Therapeuten. In der Therapie setzt man Training sozialer Kompetenz, Partnertherapie, Contracting und Verstärkerentzug (Munford und Liberman, 1982) ein.

Loewenstein (1991) betont die Rolle der Verarbeitung des Traumas bei psychogenen Amnesien.

Für therapeutische Aspekte somatoformer Störungen bzw. Ansätze bei histrionischer Persönlichkeit wird auf die entsprechenden Kapitel in diesem Lehrbuch verwiesen.

### *6 Die Zukunft hysterischer Störungen*

Als hysterische Störungen bezeichnen wir eine Reihe von Phänomenen und Störungen, die psychischer Natur sind. Sie sind charakterisiert durch ein Fehlen überprüfbarer ätiologischer Modelle, die diagnostischen Kriterien sind nicht reliabel oder valide, therapeutisch effiziente Behandlungsmodelle fehlen. Übereinstimmende Kriterien der verschiedensten Erscheinungen sind ambivalente Einstellungen des Behandelnden und des sozialen Umfelds dem Patienten gegenüber, extreme, bisweilen unglaubwürdige Persönlichkeitszüge, chronische unspezifische psychische und somatische Beschwerden, Kommunikations-, Selbstwertstörungen, ineffiziente Copingmechanismen, massive Belastung des Gesundheitssystems und iatrogene Schädigungen. Es wird weiters eine Kontinuum angenommen, an deren Extremen hysterische Störungen liegen. Die Rolle traumatischer Auslöser ist zumindest für die dissoziativen Störungen gesichert. Der kleinste gemeinsame Nenner dieser Störungen scheint, wie Mentzos (1980) und unabhängig davon Merskey (1986) feststellen, die Art und Weise zu sein, wie der Verstand das Selbst- und/oder das Körperkonzept verarbeitet. Trotzdem fordern die meisten Psychiater übereinstimmend die Abschaffung des Hysteriebegriffs: Das Fehlen eines gesicherten (multifaktoriellen) Bedingungsgefüges (Wölk, 1992), das Fehlen einer eindeutig zuordbaren Entität (Slavney, 1990) und Hysterie als diskriminierender Terminus (Chodoff, 1958; Slavney, 1990) sind nur einige Argumente.

Demgegenüber steht die Tatsache, daß trotz Veränderungen der Nomenklatur und der gesellschaftlichen Zustände (im speziellen) konversionshysterische Zustände im klinischen Bereich häufig anzutreffen sind (Mace, 1992 b) und der Bedarf nach Diagnostik und Therapie dieser Patienten gegeben ist.

Die Trennung zwischen somatoformen und dissoziativen Störungen im DSM-IV und ICD-10 bleibt eine willkürliche, dabei weist Mace (1992 b) darauf hin, daß es im ICD-10 zu einer Eliminierung des Konversionsbegriffs (ähnlich wie es beim Hysteriebegriff schon gelungen ist) kommt. Ähnliche psychodynami-

sche Prozesse und Gemeinsamkeiten zwischen den Subsyndromen lassen die Frage nach gemeinsamen Kernphänomenen offen (vgl. Wölk, 1992).

Wenn es Tatsache ist, daß Hysterie im weitesten Sinne das Gesundheitssystem belastet, die Therapie der komorbiden psychischen Störungen erschwert und Patienten mit diesem Verhalten um Hilfe bitten, so ist es notwendig, unter Einbeziehung bisheriger Kenntnisse profunde therapeutische Konzepte zu entwickeln, die die Störung behandelbar machen. Einstweilen hat die Aufspaltung des Hysteriebegriffs die Forschungsaktivität in den letzten Jahren erhöht, was für den Bereich der dissoziativen Störungen in dieser Arbeit dargestellt wurde und für somatoforme Störungen ebenso gilt und sich auch in einer immer weiteren Differenzierung innerhalb dieses Lehrbuchs (z. B. eigenes Kapitel über somatoforme Störungen und PTSD) von Auflage zu Auflage verfolgen läßt. Letztlich werden die nächsten Jahre ein Prüfstein dafür sein, ob diese Aufspaltung der Begriffe praxisrelevante Konzepte der Behandlung und Diagnostik liefern kann, oder es sich nur um eine kosmetische Veränderung (Mace, 1992 b) handelt.

Mit der Ausdifferenzierung haben sich aber auch immer mehr Autoren in jüngster Vergangenheit tief mit dem Phänomen „Hysterie“ in geschichtlicher und inhaltlicher Weise beschäftigt (vgl. Oppenheim, 1991; Micale, 1995 und Merskey, 1995). Zweifellos leben auch die Hysterie und ihre Konzepte im klinischen Alltag unter verschiedener Etikettierung weiter, Patienten mit den Symptomen und Schwierigkeiten verlangen nach Behandlung, was die Auseinandersetzung notwendig macht (Merskey, 1995, S. 381).

Aber auch wenn die Hysterie „derzeit nur“ eine diskriminierende Bewertung in den Köpfen von Therapeuten darstellt, so muß der Terminus ins rechte Lot gerückt werden. Ein bloßes Aufgeben des Begriffs würde alle Beteiligten dem Risiko aussetzen, längst überwundene wissenschaftshistorische Entwicklungen noch einmal durchlaufen zu müssen.

Aus der Geschichte der Hysterie wird klar, daß Hysterie ein Synonym für die Bemühungen der Medizin zur Erforschung des Leib/Seele Dualismus (Micale, 1995) und deshalb eng verwoben mit gesamtgesellschaftlichen Ansichten und Einstellungen, ein Synonym aber auch für innovative Ideen in Diagnostik und Therapie komplexer Störungen von Menschen ist. Während gerade in den letzten Jahren bei manchen ihrer Erscheinungsbilder von der medizinischen Seite vielversprechende Forschungsaktivität eingesetzt hat, erscheint die Weiterentwicklung der Vorstellung abhängig von psychologischer Grundlagenforschung bezüglich Phänomene der histrionischen Persönlichkeit und der Natur hysterischen Erlebens und Handelns. Läßt sich hysterisches Verhalten, Erleben und Denken als Persönlichkeitsmerkmal überhaupt isolieren? Wie funktioniert die Sozialisation und wann wird Hysterie zur Störung? Welche Modelle lassen Phänomene wie Dissoziation und Konversion erklärbar werden? Macht Hysterie krank oder hält sie gesund? Ist alles, was unter dem Sammelbegriff zusammengefaßt wurde, behandlungsbedürftig und was bleibt auch dann unbehandelbar übrig, wenn man diesen Terminus in eine Vielzahl von Störungsbereichen aufgliedert?

---

*Weiterführende Literatur nach Stichwörtern**Geschichte der Hysterie*

- Micale, M. (1995). *Approaching Hysteria: Disease and its Interpretations*. Princeton: Princeton University Press.
- Veith, I. (1965). *Hysteria: The history of a Disease*. Chicago: The University of Chicago Press.

*Psychodynamik der Hysterie*

- Mentzos, S. (1980). *Hysterie – Zur Psychodynamik unbewußter Inszenierungen*. München: Geist und Psyche, Kindler.

*Integrative Sichtweisen von Hysterie und Überblick*

- Merskey, H. (1995). *The Analysis of Hysteria. Understanding Conversion and Dissociation*. London: The Royal College of Psychiatrists.

*Dissoziation, allgemein*

- Lynn, S.J. & Ruhe, J. W. (1994). *Dissociation. Clinical and Theoretical Perspectives*. New York: Guilford Press.
- Klein, R. M. & Doane, B. K. (1994). *Psychological Concepts and Dissociative Disorders*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Inc.

*Dissoziative Identitätsstörung*

- Ross, C. A. (1989). *Multiple Personality Disorder. Diagnosis, Clinical Features, and Treatment*. New York.: John Wiley & Sons.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorders*. New York: Guilford Press.

*Kult*

- Sakheim, D. K. (1992). *Out of darkness: Exploring satanism and ritual abuse*. New York: Lexington Books.

*Fallbeispiele*

- Zapotoczky, H. G. & Herzog, G. (1995). „Hysterische“ Störung bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung. In H. Reinecker (Hrsg.). *Fallbuch der klinischen Psychologie* (S. 151–178). Göttingen: Hogrefe.
- Herzog, G. (1996). Begegnung mit dem „Hysterischen“. In W. Pöldinger & H. G. Zapotoczky (Hrsg.), *Der Erstkontakt mit psychisch kranken Menschen* (S. 111–133). Wien: Springer.

### Literatur

- Abse, D. W. (1966). *Hysteria and Related Mental Disorders*. London: J. Wright and Sons.
- Abse, W. (1982). Multiple Personality. In A. Roy (Ed.), *Hysteria*. Chichester: Wiley.
- Abusah, P. (1993). Multicultural influences in case management: Transcultural psychiatry. *Mental Health in Australia*, 5(2), 67–75.
- Ackerknecht, E. (1967). *Kurze Geschichte der Medizin*. Stuttgart: Thieme.
- Adler, L., Lehmann K., Räder, K. & Schünemann, K. F. (1993). „Amokläufer“ – kontextanalytische Untersuchung an 196 Pressemitteilungen aus industrialisierten Ländern. *Fortschritte Neurologie und Psychiatrie*, 61, 424–433.
- Albach, F. (1993). *Freuds verleidungstheorie: Inzest, trauma en hysteric*. Middelburg: Petra.
- AliGome, A., Guthrie, E. & McDermott, N. (1996). Mass Hysteria: One syndrome or two? *British Journal of Psychiatry*, 168, 633–635.
- Allen, D. F. & Postel, J. (1994). Ganser of Dresden: A much misrepresented man. *History of Psychiatry*, 5 (19,3), 289–319.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. [dt.: DSM-IV, (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen* (4. Aufl.). Deutsche Bearbeitung und Einleitung von H. Saß, H. U. Wittchen & M. Zaudig, Göttingen: Hogrefe.]
- Balestrieri, A., Zimmermann Tansella, C. H., Tansella, M. & Siciliani, O. (1974). Hysterische Amnesien. *Psychiatria clinica*, 7, 16–25.
- Barsky, A. J., Wyshak, G. & Klerman, G. L. (1992). Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 49, 101–108.
- Bartholomew, R. E. (1990). Ethnocentricity and the social construction of „mass hysteria“. *Culture-Medicine-Psychiatry*, 14, 455–494.
- Bartholomew, R. E. (1993). Redefining epidemic hysteria: An example from Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(3), 178–182.
- Bartholomew, R. E. (1994 a). Tarantism, dancing mania and demonopathy: The anthropological aspects of „mass psychogenic illness“. *Psychological Medicine*, 24(2) 281–306.
- Bartholomew, R. E. (1994 b). When the consequences of beliefs are defined as psychiatric entities. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15(1), 62–64.
- Benjamin, L. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorder* (2nd ed.). New York, NJ: Guilford Press.
- Berner, P. (1982). *Psychiatrische Systematik – Ein Lehrbuch* (3. Aufl.). Bern Stuttgart Wien: Hans Huber.
- Bernstein, E. & Putnam, F. (1986). Development, reliability, and validity of Dissociation Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
- Bleuler, E. (1960). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Überarbeitet v. M. Bleuler (10. Aufl.). Berlin Göttingen Heidelberg: Springer-Verlag.
- Brenner, I. (1994). A twentieth century demonologic neurosis? Special Issue: Cult abuse of children: Witch hunt or reality? *Journal of Psychohistory*, 21(4), 501–504.
- Cardeña, E. (1994). The Domain of Dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Ed.), *Dissociation. Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15–31). New York: The Guilford Press.
- Carlson, E. B. & Armstrong, J. (1994). The diagnosis and assessment of dissociative disorders. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Ed.), *Dissociation. Clinical and theoretical perspectives* (pp. 159–173). New York: The Guilford Press.

- Castillo, R. J. (1994 a). Spirit possession in South Asia, dissociation or hysteria? I. Theoretical background. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18(1), 1–21.
- Castillo, R. J. (1994 b). Spirit possession in South Asia, dissociation or hysteria? II: Case histories. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18(2), 141–162.
- Catonne, J. P. (1994). A nosological reflection on the Peri Parjenion: Elucidating the origin of hysterical insanity. *History of Psychiatry*, 5(19), 361–386.
- Celani, D. (1976). An Interpersonal approach to hysteria. *American Journal of Psychiatry*, 133(12), 1414–1418.
- Cernovsky, Z. Z. & Landmark, J. (1994). Correlates of hysterical symptoms in schizophrenic patients. *Psychological Reports*, 75(1), 251–255.
- Chakraborty, A. (1993). Possessions and hysterias: What do they signify? *Transcultural Psychiatric Research Review*, 30(4), 393–399.
- Chodoff, P. & Lyons, H. (1958). Hysteria, the hysterical personality, and hysterical conversion. *American Journal of Psychiatry*, 114, 734–740.
- Chodoff, P. (1974). The diagnosis of hysteria: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 131(10), 1073–1078.
- Chowdhury, A. N. (1990). Diagnostic nosology of Koro. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 6(2), 207–209.
- Chowdhury, A. N. (1993). Glans penis perception of Koro patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 355–357.
- Chu, J. A. (1992). The therapeutic roller coaster. *Journal of Psychotherapy – Practice and Research*, 1, 351–369.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt M. H. (Hrsg. 1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation*. Bern, Göttingen, Toronto: Huber.
- Drake, M. E. (1993). Conversion hysteria and dominant hemisphere lesions. *Psychosomatics*, 34(6), 524–530.
- Engelmann, S. (1996). *Dissoziationsfähigkeit und Streßbewältigung – Vergleichsstudie zwischen klinischen und nichtklinischen Probanden*. Dipl. phil. Univ. Jena. (nicht publ.)
- Ernst, K. (1959). *Die Prognose der Neurosen. Verlaufsformen und Ausgänge neurotischer Störungen und ihre Beziehungen zur Prognostik der endogenen Psychosen*. Berlin: Springer Verlag.
- Ey, H. (1964). History and analysis of the concept. In A. Roy (Ed., 1982), *Hysteria*. Chichester: Wiley.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, Ill.: Thomas.
- Eysenck, H. J. (1982). A psychological theory of hysteria. In A. Roy (Ed.), *Hysteria*. Chichester: Wiley.
- Flor, H. P., Tomer, R., Kumpula, I., Koles, Z. J. et al. (1990). Neurophysiological and neuropsychological study of two cases of multiple personality syndrome and comparison with chronic hysteria. *International Journal of Psychophysiology*, 10(2), 151–161.
- Freud, S. & Jung, C. G. (1974). *Briefwechsel*. Frankfurt/Main: Fischer Verlag.
- Freud, S. (1895). *Studien zur Hysterie*. Frankfurt am Main.
- Gacono, C. B., Meloy, J. R., Heaven, T. R. (1990). A Rorschach investigation of narcissism and hysteria in antisocial personality. *Journal of Personality Assessment*, 55(1), 270–279.
- Garcia, F. O. (1990). The concept of dissociation and conversion in the new edition of the International Classification of Diseases (ICD-10). *Dissociation Progress in the Dissociative Disorders*, 3(4), 204–208.

- Gehring, A. & Blaser, A. (1982). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI*. Bern: Huber.
- Haas, J. P. (1987). Bemerkungen zum sogenannten „Hysterie Gefühl“. *Nervenarzt*, 59, 92–98.
- Hafeiz, H. B. (1986). Clinical aspects of hysteria. *Acta psychiatrica scandinavica*, 73, 676–680.
- Hare, E. (1991). The history of ‘nervous disorder’ from 1600 to 1840, and a comparison with modern views. *British Journal of Psychiatry*, 159, 37–45.
- Hellpach, W. (1904). *Grundlinien einer Psychologie der Hysterie*. Leipzig: Angelmann.
- Herman, J. L. & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1–14.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hilgard, E. R. (1974). Toward a neodissociation theorie: Multiple cognitive controls in human functioning. *Perspectives in Biology and Medicine*, 19, 301–316.
- Hoff, H., Berner, P. & Ringel, E. (1956). *Die Zeit und ihre Neurose*. Wien: Schriftenreihe der Österreichischen UNESCO Kommission, XIII.
- Huber, M. (1995). Multiple Persönlichkeitsstörung in Deutschland. *Hypnose und Kognition*, 12, 2–12.
- Inan, L., Soykan, C. & Tulunay, F. C. (1994). MMPI profiles of Turkish headache sufferers. *Headache*, 34(3), 152–154.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Jonker, F. & Jonker Bakker, I. (1992). Safe behind the screen of „mass hysteria“: A closing rejoinder to Benjamin Rossen. Special Issue: Satanic ritual abuse: The current state of knowledge. *Journal of Psychology and Theology*, 20(3), 267–270.
- Kanfer, F. H. & Phillips, J. S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York, London, Sidney, Toronto: John Wiley & Sons.
- Kiceluk, S. (1992). The patient as sign and story: Disease pictures, life histories, and the first psychoanalytic case history. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 1(3), 333–368.
- Killingsworth, M. J. & Palmer, J. S. (1995). The discourse of „environmentalist hysteria“. *Quarterly Journal of Speech*, 81(1), 1–19.
- Kinzl, J., Biebl, W. & Rauegger, H. (1988). Functional aphonia: Psychosomatic aspects of diagnosis and Therapy. *Fol. phoniaticy*, 40, 131–137.
- Kirby, J. S., Chu, J. A. & Dill, D. L. (1993). Correlates of dissociative symptomatology in patients with physical and sexual abuse histories. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 258–263.
- Kluft, R. P. (1991). Multiple personality disorder. In A. Tasman & S. M. Goldfinger (Ed.), *Review of psychiatry* (Vol. 10, pp. 161–188). Washington: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1993). The initial stages of psychotherapie in the treatment of multiple personality disorder patients. *Dissociation*, 6, 145–161.
- Kretschmer, E. (1944). *Hysterie*. Stuttgart: Thieme.
- Kretschmer, E. (1971). *Medizinische Psychologie* (13. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Kruse, P. & Gheorgiu, V. (1989). Suggestion, Hypnose, die Kategorie des Unbewußten und das Phänomen der Dissoziation: Ordnungsbildung in kognitiven Systemen. *Hypnose und Kognition*, 6, 49–61.
- Lader, M. (1982). The Psychophysiology of Hysteria. In A. Roy (Ed.), *Hysteria*. Chichester: Wiley.

- Lader, M. H. & Sartorius, N. (1968). Anxiety in patients with hysterical conversion symptoms. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 31, 490–495.
- Lader, M. H. & Wing, L. (1964). Habituation of the psychogalvanic reflex in patients with anxiety states and in normal subjects. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 27, 210–218.
- Lain Entralgo, P. (1951). *Heilkunde in geschichtlicher Entscheidung – Einführung in die Psychosomatische Pathologie*. Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Lazare, A. (1981). Conversion symptoms. *New England Journal of Medicine*, 305, 745–748.
- Li, C., Sun Yuguo & Fang Mingzhao (1992). Trance states, altered states of consciousness, and related issues. *Chinese Mental Health Journal*, 6(4), 167–170.
- Loewenstein, R. & Putnam, F. (1988). A comparison study of dissociative symptoms in patients with complex partial seizures, MPD and PTSD. *Dissociation*, 1, 17–23.
- Loewenstein, R. J. (1991). Psychogenic Amnesia and Psychogenic Fugue: A comprehensive Review. In A. Tasman & S. M. Goldfinger (Ed.), *Review of psychiatry* (Vol. 10, pp. 189–222). Washington: American Psychiatric Press.
- Ludwig, A. M. (1983). The psychobiological functions of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26, 93–99.
- Lukas, E. (1991). Logotherapy on hysteria. *International Forum for Logotherapy*, 14(1), 6–10.
- Mace, C. J. & Trimble, M. R. (1991). Hysteria, „functional“ or „psychogenic“? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84, 471–475.
- Mace, C. J. (1992 a). Hysterical Conversion I: A History. *British Journal of Psychiatry*, 161, 369–377.
- Mace, C. J. (1992 b). Hysterical Conversion II: A Critique. *British Journal of Psychiatry*, 161, 378–389.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Kulka, R. A. & Hough, R. L. (1994) Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 902–907.
- Maxion, H., Fegers, St., Pfluger, R. & Wiegand, J. (1989). Risikofaktoren klassischer Konversionssyndrome – psychogene Anfälle und Paresen – Beobachtungen einer neurologischen Klinik bei 172 Patienten. *Psychotherapie, medizinische Psychologie*, 39, 121–126.
- Mearns & Horwath (1972). ‘Acute’ and ‘chronic’ hysteria. *British Journal of Psychiatry*, 121, 653–657.
- Merskey, H. (1986). The importance of hysteria. *British Journal of Psychiatry*, 149, 23–28.
- Merskey, H. & Plotter, P. (1989). The womb lay still in ancient Egypt. *British Journal of Psychiatry*, 154, 751–753.
- Meyer, V. & Chessier, E. S. (1971). *Verhaltenstherapie in der klinischen Psychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Munford, P. R. & Liberman, R. (1982). Behaviour therapy of hysterical disorders. In A. Roy (Ed.), *Hysteria*. Chichester: Wiley.
- Nemiah, J. C. (1988). Dissociation, conversion, and somatization. In A. Thomas & S. M. Goldfinger (Eds.), *Review of psychiatry 10* (pp. 248–260). Washington: American Psychiatric Press.
- Olivennes, A. (1987). Etats mixtes permanents. Discussion du rôle de la conversion somatique des émotions. A propos de deux cas. *Annales Medico Psychologiques*, 145, 42–45.

- Oppenheim, J. (1991). „*Shattered Nerves*“: *Doctors, patients and depression in Victorian England*. New York: Oxford University Press.
- Pierloot, R. & Ngoma, M. (1988). Hysterical manifestations in Africa and Europe. A comparative study. *British Journal of Psychiatry*, 152, 112–115.
- Pu, T., Mohamed, E., Imam, K. & El Roey, A. M. (1986). One hundred cases of hysteria in Eastern Libya. *British Journal of Psychiatry*, 148, 606–609.
- Putnam, F. W. (1991). Dissociative Phenomena. In Tasman, A. & Goldfinger, S. M. (Ed.), *Review of psychiatry 10* (pp. 145–160). Washington: American Psychiatric Press.
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L. & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenon of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 285–293.
- Ray, W. J., Imberly, J. K., Turay, K. & Lundy, R. (1992). Dissociative experiences in a college age population: A factor analytic study of two dissociation scales. *Personality and Individual Differences*, 13(4), 417–424.
- Rhue, J. W. & Lynn, S. J. (1991). Fantasy Proneness, Hypnotizability and multiple personality disorder. In J. F. Schumaker (Ed.), *Human suggestibility: Advances in theory, research, and application*. New York: Routledge.
- Riley, K. C. (1988). Brief communication: Measurement of dissociation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 449–450.
- Rockney, R. M. & Lemke, T. (1994). „When the consequences of beliefs are defined as psychiatric entities“: Response. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15(1), 64–65.
- Ross, C. A., Joshi, S. & Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1547–1552.
- Rossi, E. L. (1986). Altered states of consciousness in everyday life. In B. Wolman & M. Ullman (Eds.), *Handbook of states of consciousness*. New York: Bantam Books.
- Roy, A. (1982). Hysterical neurosis. In A. Roy (Ed.), *Hysteria*. Chichester: Wiley.
- Russel, D. E. H. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse Neglect*, 7, 133–146.
- Schaps, R. (1982). *Hysterie und Weiblichkeit. Wissenschaftsmythen über die Frau*. Frankfurt/New York: Campus.
- Schumaker, J. F. (1991). The adaptive value of suggestibility and dissociation. In J. F. Schumaker (Ed.), *Human suggestibility: Advances in theory, research, and application*. New York: Routledge.
- Sharma, P. & Chaturvedi, S. K. (1995). Conversion disorder revisited. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 301–304.
- Sherman, R. A., Camfield, M. R., Arena, J. G. (1995) The effect of presence or absence of low back pain on the MMPI's conversion V. *Military Psychology*, 7(1), 29–38.
- Shields, J. (1982). Genetical studies of hysterical disorders. In A. Roy (Ed.), *Hysteria*. Chichester: Wiley.
- Shirali, K. A. & Bharti, S. P. (1993). Hysteria in hill women: Life stress and personality. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 20(2), 93–102.
- Shoda, H. (1993). Splitting phenomena from a viewpoint of experiencing time: Spectrum from multiple personality and hysteria to borderline personality disorder. *Psychopathology*, 26, 240–254.
- Sirois, F. (1982). Epidemic hysteria. In A. Roy (Ed.), *Hysteria*. Chichester: Wiley.
- Slavney, P. R. (1990). *Perspectives on „hysteria“*. Baltimore/London: The John Hopkins University Press.

- Small, G. W., Propper, M. W., Randolph, E. T. & Eth, S. (1991). Mass hysteria among student performers: Social relationship as a symptom predictor. *American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1200–1205.
- Srinath, S., Bharat, S., Girimaji, S. & Seshadri, S. (1993). Characteristics of a child inpatient population with hysteria in India. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(4), 822–825.
- Steinberg, M. (1991). The Spectrum of Depersonalization: Assessment and Treatment. In A. Tasman & S.M. Goldfinger (Eds.), *Review of Psychiatry*, 10 (pp.223–247). Washington: American Psychiatric Press.
- Stern, D. B. (1977). Handedness and the Lateral Distribution of Conversion Reactions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 164(2), 122–128.
- Strassberg, D. S., Tilley, D., Bristone, S. & Oei, T. P. (1992). The MMPI and chronic pain A cross cultural view. *Psychological Assessment*, 4(4), 493–497.
- Süllwold, F. (1987). Hypochondrie und Hysterie als psychodiagnostische Kategorien. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 34(3), 453–473.
- Süllwold, F. (1990). Zur Struktur der hypochondrischen und der hysteroiden Persönlichkeit. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 27(4), 642–659.
- Süllwold, F. (1995). *Das Hypochondrie Hysterie Inventar (HHI)*. Göttingen: Hogrefe
- Taylor, D. C. (1986). Hysteria, play acting and courage. *British Journal of Psychiatry*, 149, 37–41.
- Terr, L. C. (1991) Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10–20.
- Torgersen, S. (1985). Genetics of somatoform disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43, 502–505.
- Uma, H., Kapur, M. & Kaliaperumal, V. G. (1990). Hysteria in children: A study of symptoms and associated features. *NIMHANS Journal*, 8(1), 75–81.
- Valko, R.J. (1976). Group therapy for patients with hysteria (Briquet's disorder). *Diseases of the Nervous System*, 37, 484–487.
- Victor, J. S. (1992). Ritual abuse and the moral crusade against satanism. Special Issue: Satanic ritual abuse: The current state of knowledge. *Journal of Psychology and Theology*, 20(3), 248–253.
- Wetzel, R. D., Guze, S. B., Cloninger, C. R., Martin, R. L., et al. (1994). Briquet's syndrome (hysteria) is both a somatoform and a „psychoform“ illness: A Minnesota Multiphasic Personality Inventory study. *Psychosomatic Medicine*, 56(6), 564–569.
- Widlocher, D. & Dantchev, N. (1994). Charcot et l'hysterie. *Revue Neurologique*, 150, 490–497.
- Williams, K. E. (1990). Hysteria in seventeenth century case records and unpublished manuscripts. *History of Psychiatry*, 1(4), 383–401.
- Wilson Barnett, J. & Trimble, M. R. (1985). An investigation of hysteria using the Illness Behaviour Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 146, 601–608.
- Wilson, J. A., Deary, I. J. & Maran, A. G. D. (1988). Is Globus Hystericus? *British Journal of Psychiatry*, 153, 335–339.
- Wilson, S. (1993). Multiple Personality. In G. Tyrer & G. Stein (Eds.), *Personality disorder reviewed* (pp.181–190). London: The Royal College of Psychiatry.
- Wise, T. N. (1992). The somatizing patient – Perspectivism in use. *Annals of Clinical Psychiatry*, 4(1), 9–17.
- Wolfradt, U. & Steinfurth, H. (1996). Klinische Implikationen der Einstellung gegenüber Hypnose. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 12, 37–48.
- Wölk, W. (1992). Vergangenheit und Zukunft des Hysteriekonzepts. *Nervenarzt*, 63, 149–156.

- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Yehuda, R., Elkin, A., Binder Brynes, K., Kahan, B., Southwick, S. M., Schmeidler, J. & Giller, E. L. (1996). Dissociation in aging holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 935–940.