

Kapitel 12

„Hysterische“ Störung bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung

Hans Georg Zapotoczky und Günter Herzog, Graz

Einleitung

Im folgenden werden 2 Patientinnen mit ihren Krankheitsgeschichten vorgestellt; wiewohl bei beiden die gleiche Diagnose – im alten Sinn: „Hysterische Störungen“ – gestellt werden kann, liegen auf den ersten Blick doch völlig verschiedene Einzelsymptome vor, der Verlauf läßt divergierende Schwerpunkte erkennen, die Therapiemöglichkeiten liegen im Unklaren, äußere Umstände und Erlebnisse haben auf die beiden Kranken vielgestaltige Wirkungen. Und doch scheinen die Struktur der Störung, das Gesamt der Verarbeitungsmöglichkeiten im Grunde bei beiden Patientinnen die selben zu sein.

Einführung – Vorbemerkungen

Diese Patientin wurde ausgewählt, weil sie eine besonders eindrucksvolle Symptomatik in verschiedenen Bereichen präsentiert und einen bemerkenswerten Verlauf bietet. Es finden sich Anteile der Störung, die als somatoform bezeichnet werden; auch dissoziative und histrionische Merkmale liegen vor. Außerdem ist eine Co-Morbidität im somatischen und psychischen Bereich gegeben.

Biographische Angaben

45jährige Frau, Eheschließung mit 21 Jahren, Gatte technischer Angestellter, eine 25jährige Tochter, die vor 6 Jahren aus dem gemeinsamen Haus-

halt ausgezogen sei. Der Gatte sei aufgrund seines Berufes viel unterwegs, er wird von der Patientin als workaholic geschildert, den sie fast nur zum Wochenende sehe. Das Ehepaar lebt am Stadtrand in einem eigenen Häuschen. Die Patientin benützt einen eigenen PKW, um zum Arbeitsplatz zu kommen, beruflich ist sie als Kurs- und Wirtschaftsleiterin tätig. Nach der Geburt der Tochter sei sie zunächst zu Hause geblieben, seit dem 12. Lebensjahr des Kindes habe sie halbtags zu arbeiten begonnen, seit einem Jahr sei sie „fulltime“ beschäftigt. Vater Postbeamter i. R., Mutter Hausfrau. Abschluß der Schulbildung mit Matura einer Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Frauenberufe, dann Hotelsekretärin in einem anderen Bundesland Österreichs.

Die Zuweisung an den Therapeuten erfolgte persönlich von einem im Ausland tätigen Psychiater mit der Bemerkung: „Nur der kann Ihnen helfen!“ Jetzt wünscht sich die Patientin eine klare Diagnose, um dadurch die Möglichkeit zu erhalten, für sich selbst etwas zu tun.

Während der stationären Aufenthalte der Patientin an der Klinik wurden Krankengeschichten im herkömmlichen Sinn erstellt. Von der ambulanten Betreuung wurden Protokolle während und unmittelbar nach den Sitzungen abgefaßt.

1 Beschreibung der Störung

Seit dem 15. Lebensjahr komme es laut Frau G. – periodisch – zu Schwächeattacken und Lähmungserscheinungen im Unterbauch, einhergehend mit einem Kältegefühl in der Leistenbeuge. Bei verschiedenen ärztlichen Untersuchungen haben sich Bandscheibenschäden an der Halswirbelsäule und im Bereich der Lendenwirbelsäule (Vorfall der Bandscheiben in der Höhe von CIV, CV und CVII sowie in der Höhe von LIV, LV) ergeben. Frau G. leide unter entsprechenden Schmerzzuständen. Sie habe für sich das Krankheitskapitel abgeschlossen, wolle keine neuen Verfahren mehr – weder in der Diagnostik noch in der Therapie. Wenn sie etwas über ihre Krankheit erzählen müsse, erlebe sie dies als „Streß“. Zeitweise kämen zu den Beschwerden Zittern, Schwitzen und seelische Krisen hinzu. Dann verspüre sie einen Todeswunsch. Im Notfall helfe Bier. Hilfreich sei auch ihre berufliche Situation, die sie zu raschen Entscheidungen und Organisationsleistungen (Organisation von Kursen) herausfordere. Sie sei sehr ehrgeizig, steigere sich in ihre Arbeit hinein, wodurch sie von ihren Schmerzen und Leidenszuständen etwas abgelenkt werde. Ihr Leben sei nicht lebenswert, eigentlich habe sie nie richtig gelebt.

Im Dezember 1991 kommt es zur stationären Aufnahme der Patientin, sie erzählt folgendes: „Adynamische Krisen“ seit der Pubertät; Schwäche oft einen ganzen Sommer hindurch. Deswegen zwischendurch Schulabbruch, weil sie die Schule einfach nicht mehr schaffte. Daraus sei das Gefühl entstanden, sie habe in ihrem Leben etwas versäumt. Schwächegefühle in den Händen, die Beinmuskeln haben nicht gehorcht, sie habe deswegen auch nicht gehen können. Nachts oft schweißgebadetes Erwachen, Lähmungserscheinungen am ganzen Körper, oft habe sie nicht mehr sprechen können. Ärzte hatten von „Hypokaliämischer Alkalose“ gesprochen (es handelt sich um eine periodische Lähmung, die eher bei Männern auftritt und die Muskulatur der Extremitäten, des Respirationstraktes und den Herzmuskel befällt; sie tritt besonders nach körperlichen Anstrengungen und nach kohlehydratreicher Nahrungszufuhr auf. Eine autosomal dominante Anlage wird angenommen). Das Ergebnis einer durchgeführten Muskelbiopsie an der Neurochirurgie sei mit dieser Diagnose vereinbar. Sie nehme deswegen regelmäßig Kalioral (ein Kaliumpräparat zur Behebung von Kaliummangelzuständen) und Magnosolv (Präparat zur Behebung von Magnesiummangelzuständen, die sich in gesteigerter neuromuskulärer Erregbarkeit, in grobschlägigem Tremor, in Tics und in Adynamie äußern können). Brechen in der Nacht Krisen auf, gebe ihr ihr Mann entweder Kalioral oder der herbeigerufene Notarzt schließe eine Dauertropfinfusion mit Elomel (eine Infusionslösung zur Deckung des täglichen Erhaltungsbedarfs an Flüssigkeit und Elektrolyten) an, die sie immer bereithalte. Nach einer solchen nächtlichen Infusion gehe es ihr am nächsten Tag sehr gut. Früher hingegen sei sie nach solchen Krisen oft tage-, ja wochenlang ans Bett gefesselt gewesen, habe sich kaum bewegen können. Auch Psychopharmaka könnten solche Krisen auslösen, weswegen sie mit der Einnahme von Medikamenten extrem vorsichtig geworden sei. Als ihr die Diagnose „Hypokaliämische Alkalose“ mitgeteilt worden sei, habe Frau G. mit verschiedenen nationalen und internationalen Kapazitäten Kontakt aufgenommen, um mehr über die Krankheit zu erfahren. Eigentlich sei ihr die Diagnose egal, jetzt ginge es vor allem darum, wie sie mit dieser Krankheit leben und wie sie mehr aus ihrem Leben machen könne. Es habe zwischendurch zwar Zeiten gegeben, in denen es ihr besser gegangen sei, dann jedoch wieder Jahre, an denen sie die Tage, die ihr ein ordentliches Leben erlaubt haben, an einer Hand hätte abzählen können. Vor einigen Jahren habe eine Ärztin ihr ein homöopathisches Mittel verschrieben, dann sei es ihr besser gegangen. (Wie sich später herausgestellt hat, handelte es sich damals um Lithium). Ein Arzt habe die Dosis erhöht, darauf sei es zu einer rapiden Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen.

Lebensgeschichte – Erklärungsgeschichte, Attributionen der Patientin

Als die Patientin etwa 13 Jahre alt war, wurde ihre ältere Schwester tödlich überfahren. Diese Schwester sei immer und in allem besser gewesen als sie, intelligenter, erfolgreicher in der Schule, aber auch bei den Eltern „besser angekommen“. Die Schwester sei verunglückt, ohne daß die Patientin ihr mitgeteilt habe und vermitteln konnte, was sie ihr immer sagen wollte: ihre Bewunderung. Nach dem Tod der Schwester sei die Patientin an ihre Stelle in der Gunst des Vaters getreten und mit diesem ein „Bündnis“ eingegangen.

Äußerst aktiv will die Patientin allen Leuten des von ihr betreuten Heims helfen, was ihr in den meisten Fällen auch gelingt, sie gibt jedoch die vom Untersucher unschwer zu objektivierende Überforderung nicht zu, nur gelegentlich äußert sie, ein Gefühl der Überforderung im beruflichen Bereich zu verspüren.

2 Differentialdiagnostische Erwägungen

Seit dem 15. Lebensjahr besteht ein praktisch unverändertes psychopathologisches Bild, welches die Patientin einer hypokaliämischen Stoffwechsellentgleisung zuschreibt. Die hier erhobenen Befunde schließen eine derartige funktionelle Ursache der Beschwerden aus.

Die depressive Befindlichkeit schwankt innerhalb von wenigen Tagen, allerdings ist keine ausgeprägt tiefe Verstimmung zu erheben; zeitweise sind auch leicht hypomanisch anmutende Aktivitätssteigerungen zu beobachten – allerdings nicht phasenhaft verlaufend, sondern kurzfristig und stark umweltabhängig. So läßt sich eine phasenhaft verlaufende zyklische Erkrankung ausschließen, wohl aber ist eine zyklotyme – zyklode (dysthyme) Persönlichkeitsstruktur wahrscheinlich. Derartige Formen von Komorbidität sind bekannt (Wilson-Barnett et al., 1985).

Für die somatoforme Störung sprechen Lähmungserscheinungen motorischer und sensibler Art, Schmerzen, Heiserkeit und Reizbarkeit.

Für die dissoziative Störung können häufige Trancezustände, Depersonalisationsphänomene (sie sei nicht sie selbst, habe noch nicht richtig gelebt) angeführt werden. Zeitweise besteht der Eindruck eines Ganserschen Syndroms in dem Sinne, daß Kranke systematisch vieles verkehrt machen, z. B. immer wieder die vorgeschriebene Medikation selbständig ändern und nicht einnehmen.

Die histrionische Störung äußert sich in der theatralischen Darstellung, in der Unfähigkeit eine Beziehung zu anderen Menschen aufzubauen, z. B. in der Beziehungsschwäche auch zum eigenen Gatten. Die Patientin agiert Emotionen über ihren Körper aus.

Es ist überdies eine körperliche Komorbidität gegeben, Bandscheibenvorfälle in der Halswirbelsäule und in der Lendenwirbelsäule, ein Carpaltunnelsyndrom (Hypästhesie im Bereich des Nervus medianus, Atrophie der Daumenmuskulatur, häufig bei Frauen in der Postmenopause, häufig durch lokale Prozesse wie ein Ganglion, Lipom, Knochendislokationen etc. verursacht), eine Gastritis. Die psychische Komorbidität äußert sich in einer depressiven Verstimmung im Sinne einer Zylothymie – Zykloidie mit Schlafstörungen, morgendlichem Pessimismus, Lustlosigkeit, Konzentrationsstörungen und einer vegetativen Symptomatik, die aus Zittern, Schwitzen, Diarrhoen und Obstipation besteht.

Status psychicus

Beim Erstgespräch: formaler Gedankenductus geordnet, das Denkziel erreichend, inhaltlich auf die Beschäftigung mit der Krankheit fixiert. Die Stimmungslage wirkt zeitweise stark dysthym, der Antrieb vermindert, psychomotorisch wirkt die Patientin leicht gehemmt. Suicidgedanken leugnet sie strikt. Zeitweise jedoch wirkt sie ausgesprochen niedergeschlagen, sie stellt ihr körperliches Leiden stark in den Vordergrund ihrer Beschwerden. Dieser psychische Status wird von der Patientin im Verlauf der Therapie – wenn nicht anders vermerkt – im Grunde unverändert beibehalten.

Zusätzliche Befunde

Außer sehr lebhaft auslösbaren Reflexen ist somatisch und neurologisch kein abnormer Befund erhebbar. Die Laborwerte lagen im Normbereich, die ständig kontrollierten Elektrolyte – auch während eines adynamischen Anfalls – lagen immer im Normbereich, der Kaliumwert wurde besonders beachtet.

Aus mitgebrachten Befunden

Ärztlicher Befundbericht von einem Facharzt für innere Medizin vom Juni 1990: „Diagnose: periodische, hypokaliämische, hypoglykämische Ady-

namie bzw. Lähmungserscheinungen genetischer Ursache, ohne organisches Substrat.“

EMG – ENG: normal. Eine Muskelbiopsie ergab das histologische Bild einer funktionellen Muskelstörung, mit der klinischen Diagnose einer periodischen hypokalämischen Lähmung vereinbar. Die Krankheitszustände und Befunde wurden von den einzelnen Kliniken gegenseitig kaum übernommen und die Beschwerden der Patientin selten geglaubt, waren letztendlich immer verifizierbar, aber organisch und funktionell nicht begründbar. Die Patientin leidet an episodischer Adynamie mit Hypokalämie, Hypomagnesieämie und Hypoglykämie. In diesen Anfällen benötigt die Patientin kommentarlos und ohne vorherige Recherchen „den sofortigen Genuß von Magnesium und Kalium sowie traubenzuckerhaltigen Getränken, welche langsam genossen werden sollen.“

CT der WS (1990): breitbasige Wirbelprotrusion bei LW IV–V, leichte Wirbelprotrusion bei HW III–VII. Schilddrüsenparameter (1989 und 1990): o. B.

3 Erklärungsansätze

1. Die Störung beginnt nach dem Unfall der Schwester, welche der Patientin als (unerreichtes, unerreichbares?) Vorbild gedient haben mag. Offenbar hatte diese Schwester auch eine gute oder bessere Beziehung zum Vater als die Patientin. Die Patientin rückt ihr nach dem tödlichen Unfall nach: unverdientermaßen? Machte sie sich dies zum Vorwurf: „Ich bin es eigentlich nicht wert!“ Resultieren daraus Selbstvorwürfe, Schuldgefühle und Insuffizienzgefühle? Der Leistungsdruck, unter dem die Patientin steht, könnte daraus erklärt werden. Unklar bleibt die Beziehung zum Vater, die auf eine ungelöste ödipale Situation hinweisen könnte (Freud, 1895).
2. Die somatischen Beschwerden der Patientin können nicht zugeordnet werden; die ärztlichen Diagnosen deuten auf eine schwer verifizierbare funktionelle Erkrankung im Bereich des Elektrolytstoffwechsels hin. Ein eindeutiger Hinweis fehlt. Die ärztlichen Befunde widersprechen z. T. einander, was sicherlich zur Verunsicherung der Patientin beiträgt.
3. Frau G. versucht, ihre Insuffizienzgefühle durch hohe Anforderungen an sich zu kompensieren, was einige Zeit auch zu gelingen scheint – bis sie überfordert, überarbeitet ist und dekomponiert. Sie gerät in eine Erschöpfungsdepression, die sie aber nicht als solche akzeptieren will. Sie sucht die Therapie auch nicht auf, um eine psychische Erkrankung

oder Störung behandeln zu lassen, sondern um einen besseren Umgang mit ihrer körperlichen Krankheit, also bessere Copingmechanismen zu erlernen. Sie attribuiert ihre psychische Störung einem ausgefallenen, also sehr seltenen körperlichen Krankheitsbild, wodurch 2 Momente zugleich erreicht werden:

- a) sie rückt in den Mittelpunkt von Ärzten, Kliniken etc. und
 - b) die Krankheit wird unbehandelbar, weil sie nicht das ist, wofür sie gehalten wird, wodurch ein Krankheitsgewinn – operant gesehen eine Verstärkung der Symptomatik – erzielt wird. Daraus resultiert eine Fortdauer der Symptome, eine Fortdauer der Aufmerksamkeitszuwendung von seiten der Umwelt (Meyer & Chesser, 1971).
4. Es ist fraglich, inwiefern die Patientin mit ihrer Störung auch ihre Partnerbeziehung mitgestaltet – gibt es für den Partner noch einen anderen emotionalen Zugang zur Patientin als über die Sorge um die kranke Frau?
 5. Frage nach Auslösern: Offenbar ist die Reizsituation schon weitgehend generalisiert. Als körperliche Momente können prämenstruelle Perioden und solche der Arbeitsüberforderung angesehen werden, psychische Momente, die Auslöserfunktion haben, sind offenbar Bedürfnis nach Zuwendung, Ansprüche auf Erfolgserlebnisse, Bedürfnis, den Selbstwert zu erhöhen.
 6. Die Patientin setzt selbständig die Medikamente ab, was mehrmals zu schweren emotionalen Einbrüchen geführt hat. Sie ist entweder nicht imstande oder nicht willens, Zusammenhänge zwischen der Einnahme bzw. dem Weglassen von Medikamenten und ihrer Befindlichkeit zu sehen. Zudem setzt sie die Medikamente mit der Bemerkung ab, daß ihr körperlicher Zustand (wie ihr verschiedene Ärzte bestätigt hätten) dadurch beeinträchtigt werde. Diese Handlungsweise kann wie folgt interpretiert werden: Frau G. sabotiert ihre eigene Therapie. Dieses Thema wurde mehrmals mit der Patientin besprochen, ohne daß sie ihre Handlungsweise geändert hätte. Ist auch eine operante Erklärung möglich? Findet sie nur Genugtuung, wenn sie deutlich machen kann, daß sie es trotz der Beschwerden und ohne Medikation schafft? Einmal wurde von einer Ärztin Lithium verordnet, das der Patientin tatsächlich geholfen hat. Allerdings lief diese Medikation unter der Etiketke einer homöopathischen Behandlung ab. Es ist nicht eruierbar, warum die Patientin gerade nur dieser Form einer medikamentösen Behandlung zustimmen konnte.

4 Vorbereitungen zu einer Therapie

Beginn der Therapie im Sommer 1991

Sicht der Patientin

Sicht des Therapeuten

Zunächst wird wöchentlich eine Therapiestunde vereinbart; Ziel: weitere Erhebung anamnestischer Daten; Vermittlung, daß die Patientin angenommen wird; Hinweise darauf, es könnte (wenn sie schon hierher geschickt wurde, wenn schon ein Psychiater angesprochen wurde) doch etwas „Psychisches“ hinter ihren Beschwerden vorliegen. Seelische Stützung helfe doch? Oder? Erwägung der Möglichkeiten einer zusätzlichen medikamentösen Therapie, da Durchschlafstörungen mit schweißgebadetem Aufwachen, sowie Schlafverkürzung erhoben werden konnten. Serotonin-reuptake-Hemmer wurden erwogen. Frage nach der operanten Konditionierung einzelner Störbereiche.

„Ich lerne meine Unlust“. Die Patientin spricht von anezogener Perfektion.

Die Patientin berichtet von einem Symptomshift – sie leide unter merkwürdigen Kopfschmerzen, 2 Stunden nach der Tabletteneinnahme komme es zur Unruhe, besonders in den Beinen, Nasenbluten trete auf, Schokolade und Zucker verursachen ihr Panik. Im Herbst 1991: deutlicher Stimmungsabfall, Schuldgefühle wegen dem Tod der Schwester.

Die Patientin sucht einen Neurochirurgen auf, da sie starke Schmerzen in der rechten Hand verspürt, dieser stellt ein Carpal-tunnelsyndrom fest und empfiehlt der Patientin eine Operation. Die Patientin berichtet, „immer sei alles schiefgelaufen“.

Die Patientin erzählt zum ersten Mal von ihrer Schwester und deren Beziehungen zum Vater. Unmittelbar danach stimmungsmäßiger Absturz und Aufnahme auf einer Medizinischen Abteilung. Dort wird der oben erwähnte Befundbericht des Internisten bekannt. Auch der Muskelbiopsiebefund wird von der Patientin vorgelegt.

Die Patientin suchte von sich aus, ohne den Therapeuten zu informieren, die Medizinische Abteilung auf, weil sie Schmerzen an den Händen, ausstrahlend bis in beide Oberarme, verspüre, dort sei die

Intensität der Schmerzen besonders massiv. Auch der Vater habe an Rheuma gelitten. Die nächtlichen Krisen (im Sinne von Lähmungserscheinungen) träten in der letzten Zeit 2–3 mal wöchentlich auf, besonders schlimm sei es einige Tage vor der Regel. Außerdem abwechselnd Diarrhoen mit Obstipation. Alkohol könne solche Schmerzattacken auch auslösen.

Der Therapeut interpretiert diesen Zustand als eine depressive Störung, wobei die nächtlichen Krisen als Durchschlafstörungen interpretiert werden, die prämenstruelle Verstimmung spricht gleichfalls für die Diagnose einer depressiven Störung, die Schmerzen können im Sinne eines Overarousal im Bereich der Wirbelsäulenmuskulatur verstanden werden. Typisch auch die wechselnden Darmbeschwerden. Identifikation mit dem Vater?

Auf Betreiben der Patientin wird eine Transferierung an die Psychiatrische Klinik vorgenommen.

Stationärer Aufenthalt von Mitte Dezember bis knapp vor Weihnachten 1991.

Sie wirkt depressiv und ist verzweifelt. Die Therapie bestand im folgenden Arrangement: Anafranil per infusionem, Tryptizol oral, problemzentrierte Gruppengespräche, Fortsetzung der Einzelgespräche mit demselben Therapeuten, die folgende Problemkreise berührten: Gatte, Einsamkeit, berufliche Überforderung, mangelnde Strategien, „nein“ zu sagen. Auffällig ist die äußerst aktive Teilnahme an der Tanztherapie.

Die Patientin setzt gegen den Willen ihres Therapeuten ihre Entlassung knapp vor Weihnachten durch.

Beim ersten Therapietermin nach den Weihnachtsferien stellt sich heraus, daß die Patientin alle Medikamente wieder abgesetzt habe, Migräneattacken aufgetreten seien, massives Vermeidungsverhalten im Sinne von Rückzug, die vermutete organische Krankheit steht wieder im Vordergrund des Interesses. Die Stimmung verschlechtert sich zusehends: keine Freude, keine Konzentration, alles sei grau in grau, Grübeln, Durchschlafstörungen, morgendliches Pessimum, Trockenheitsgefühl im Mund. Sie könne sich nicht entspannen. Erneut Behandlungsversuch mit Antidepressiva (Deanxit, Limbitrol).

Eine Woche später: Sie mogle sich so durch, positive Träume von sich und ihrer Arbeit.

„Ich habe noch nie ordentlich gelebt.“

Eine Woche später wieder stimmungsmäßig abgesackt, Benommenheit, Trancezustand besonders um 9.00, 9.30 Uhr, weinerliche Stimmung, Frau G. müsse sich vor Erschöpfung hinlegen, dabei massive Angst vor dem Hinlegen, da sie dies als ihr eigenes Versagen interpretieren müsse.

Als ob „jede Zelle zumachen“ würde.

Zwei Wochen später leichte Besserung, angenehme Träume, Druck in der Magengegend, Gewichtszunahme 1–2 kg.

2. Aufnahme vom 27.2. bis 24.3.1992, nach folgender Vorgeschichte, welche die Patientin „überfallsartig“ erzählt: wieder Schmerzen im linken Bein, von der Leiste bis in die Zehen reichend, in diesem Bereich auch pampstiges Gefühl, die Patientin sucht deshalb eine neurochirurgische Abteilung auf, dort wird ihr ein stationärer Aufenthalt empfohlen, um eine neurochirurgische Indikation abzuklären. Zur selben Zeit wurde auch eine chronische Antrumsgastritis mit Aktivitätsgrad II auf einer internen Ambulanz diagnostiziert.

In dem Augenblick sei bei der Patientin „ein Schalter umgekippt“, sie habe nur mehr geweint und sich in Verzweiflung gestürzt.

Während des stationären Aufenthaltes Einzelgespräche mit dem Ziel zu klären, welche psychische Problematik hinter den organischen Beschwerden stehen könnte, Anspielung auf Überforderungsreaktion, Angebot von Gruppenaktivitäten, die Patientin sollte einfach mitmachen und ihre Beschwerden vergessen, dabei stellt sich die Patientin stark in den Vordergrund und wird deswegen von Mitpatienten kritisiert.

Während des stationären Aufenthaltes berichtet die Patientin über einen Konflikt mit einer jüngeren, ihr untergebenen Mitarbeiterin, welche wahrscheinlich ihre Position einnehmen möchte und über dieselben Beschwerden klage wie sie selbst: über Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen, Gefühl, überarbeitet zu sein. Weil diese Patientin über die Ambulanz als Notfall an der Klinik stationär aufgenommen wird, drängt die Patientin wieder an ihren Arbeitsplatz

zurück und wird auf ihren strikten Wunsch auch entlassen. Die Tatsache, daß eine Mitarbeiterin hier betreut werde, wo sie sich selbst hingeflüchtet habe, schaffe ihr Unbehagen.

Ambulante Weiterbetreuung.

1. Sitzung, 7 Tage später: Die Patientin hat wieder alle Medikamente abgesetzt, da Heiserkeit und Reizhusten ausgebrochen seien, die sie auf die Medikation zurückführe.

14 Tage später: prämenstruell verstimmt, Blähungen, Durchfall wechselt mit Obstipation, die Patientin führt dies (wider besseres Wissen!) auf die Einnahme von Insidon und Vesalium zurück. Sonst gehe es gut. 14

Tage später: Seit 10 Tagen gehe es wieder schlechter, sie stehe jetzt knapp vor der Regel, sie denke an Früh-pension.

Sie weise in der Realität zurück, was sie in der Phantasie herbeisehne. Was sie herbeisehne, darüber allerdings schweigt die Patientin.

14 Tage später: gibt Alpträume zu, müsse sich wie ein Käfer an der Wand festhalten.

„Mit wem führe ich Krieg?“ Bei dieser therapeutischen Sitzung beklagt sich die Patientin über den Therapeuten, er habe geäußert, „sie stinke“. Erste Bemerkung darüber, daß es zu Hause wegen der sich streitenden Eltern unerträglich sei.

14 Tage später wieder prämenstrueller Stimmungswall, sonst unverändert.

Die Patientin nimmt den nächsten Termin nicht wahr und sucht auch in der weiteren Folge keinen Kontakt mehr mit dem Therapeuten. Allerdings sitzt sie einige Wochen später in einem der von ihrem Therapeuten gehaltenen Vorträge. Dabei kommt es zu keinem persönlichen Gespräch. Ein follow-up, d. h. eine Wiederaufnahme des Kontakts wird vom Therapeuten unterlassen. Meine Begründung: Ich will mich nicht anbieten; wenn die Patientin überzeugt ist, sie brauche Hilfe oder dergleichen, ist sie schließlich in der Lage, sich zu melden.

Die größeren Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen ab dem 2. stationären Aufenthalt ergeben sich aus einer resignativen Haltung des Therapeuten, über die auch mit der Patientin gesprochen wurde: was soll der psychotherapeutische Kontakt, wenn die Patientin ohne Rücksprache die Medikation, die ihr offensichtlich gut tut, einfach immer wieder absetzt (Rudolf, 1992)?

Mögliche Interventionsstrategien

1. Zunächst ist eine Stabilisierung der Befindlichkeit und des Antriebs, eine Behebung der zeitweise auftretenden Durchschlafstörungen, also der depressiven Störungen durch Psychopharmaka notwendig.
2. Durchführung einer Verhaltensanalyse: welches soziale Defizit besteht, worin bestehen übertriebene Verhaltensaktionen, welche Ereignisse bedingen welche Verhaltensweisen? Bisher konnte bedingt durch die Vielfalt der Beschwerden, durch ihre Wechselhaftigkeit und massive Überreaktionen der Patientin kein einheitliches Bild gewonnen werden.
3. Überlegungen zum Einsatz operanter Verfahrensweisen, z. B. wenn die Aufmerksamkeit anderen Phänomenen als den körperlichen Beschwerden zugewandt wird, Belohnung für andere Verhaltensweisen als massiven beruflichen Einsatz oder Sich-zurückziehen, Förderung beschwerdefreien Genießens (etwa ein Gespräch mit der Tochter), Belohnung für Verschieben der Beschwerden etc. (Munford & Liberman, 1982).
4. Vorbereitung eines Diskriminationstrainings: was überfordert mich, was muß ich delegieren, was muß im Augenblick getan werden, was kann verschoben werden?

Beobachtungen während des Verlaufs

1. Die Erhebung der Anamnese und die Beobachtung der Patientin fand praktisch die gesamte Betreuungsperiode einschließlich der beiden stationären Aufenthalte statt. Dabei wurden, wie erwähnt, wichtige Beobachtungen gemacht, etwa daß der Kaliumspiegel niemals abgesunken ist oder daß sich die Patientin in der Tanztherapie besonders hervorgetan und besonders wohl gefühlt hat, aber auch daß sie sich in den Gruppentherapien sehr stark in den Vordergrund gedrängt hat und von den übrigen Mitgliedern „zurückgepfiffen“ wurde.
2. Es wurde versucht, mit der Patientin den Mechanismus der operanten Aufrechterhaltung ihres Verhaltens zu erarbeiten; dieses Ziel wurde praktisch nicht erreicht, da die Patientin an ihrer körperlichen Symptomatik festhielt, im Grunde bis zuletzt, was z. B. an dem ständigen Absetzen der Medikation aufgrund einer kausalen Mißattribution sichtbar wurde. Praktisch hat die Patientin Verleugnung als Reaktion nie aufgegeben. Nur punktuell hat sie die Überforderung im Beruf als Auslöser zugeben können.

3. Das Erreichen einer Stimmungsstabilität mittels Medikation ist zwar angestrebt, aber nie für längere Zeit erreicht worden; Frau G. hat die Medikation immer wieder abgesetzt.
4. Ein Diskriminationstraining ihrer Überforderung konnte nicht einmal in nuce erreicht werden. Aufgrund ihrer Tendenz zu massiven emotionalen Reaktionen blieb der Lernprozeß zu feinerer Diskrimination auf der Strecke. Wäre dies der Patientin (und dem Therapeuten!) möglich gewesen, hätte sich ein Kontingenzmanagement einsetzen lassen.
5. Speziell die stationäre Verhaltensbeobachtung hat der Vermutung Raum gegeben, daß im Sozialverhalten der Patientin Defizite bestehen. Auch der Verdacht der schlechten Partnerschaft könnte dafür sprechen. In dem Fall hätte ein Training des Sozialverhaltens sicherlich eine große Bedeutung erhalten.
6. Die Behandlung der tatsächlich vorhandenen körperlichen Beeinträchtigungen hätte nur durch eine gezielte Therapie, die ambulant und von mehreren Fachleuten hätte durchgeführt werden müssen, Erfolg gehabt.
7. Insgesamt hat die Patientin keine konsequente Linie in ihren Verhaltensweisen und ihrer Haltung den therapeutischen Versuchen gegenüber einnehmen können. Immer wieder sind neue Beschwerden und Probleme in den Vordergrund geschoben worden, sozusagen Überraschungen, mit denen weder der Therapeut noch die Patientin gerechnet haben. Auch wenn es schien, daß man nahe an jene Ereignisse und Erlebnisse herangekommen ist, die vieles am Beschwerdebild und am Verhalten der Patientin hätten klären können, hat sich die Patientin durch offenbar nicht rapportiertes Abschweifen oder Ausreden von einer echten Konfrontation zurückgezogen. Zuletzt konnte sie auch noch anführen, daß ihr der Therapeut vorgehalten hatte, sie habe Körpergeruch, worauf sie – endlich? – von ihrer Seite einen Grund hatte, die „Therapie“ abubrechen.

Resümee

Die 45jährige Frau G. sucht Hilfe. Dem Psychotherapeuten bietet sie Anfälle an, die auf einer Stoffwechselstörung beruhten. Sie wolle eine klare Diagnose, doch von psychischen Beeinträchtigungen nichts wissen.

Es werden jene Schwierigkeiten geschildert, die eine effektive Behandlung verhindern: ein zeitweises Sich-Öffnen und ein rasches Sich-Entziehen. Es gelingt keine Konfrontation mit dem psychischen Problem; es bleibt bei einem imaginären Sich-Abtasten, Vorfühlen, Rückziehen. Man könnte an

ein Machtspiel denken, bei dem es auch um Phänomene wie Beschwerdevielfalt, Beschwerdewechsel, um nicht durchschaut zu werden, eigenwillige Änderung medikamentöser Therapie, Stolz statt Einsicht, Klagen über körperliche Funktionseinbußen, die lebensbedrohenden Charakter haben, geht. Die Seele bleibt auf der Strecke, vom Gestus der Hilflosigkeit überschattet, Hilflosigkeit bei der Patientin wie beim Therapeuten.

Histrionische Persönlichkeitsstörung*

„Alles schenken die Götter, die unendlichen, ihren Lieblingen ganz
– alle Freuden, die unendlichen
– alle Schmerzen, die unendlichen – ganz“

J. W. v. Goethe: Gedichte aus dem Nachlaß,
Jubiläumsband der deutschen Literatur, Bd. 2, 1953

Einleitung

Für das Verständnis von Patienten mit histrionischen Persönlichkeitsstörungen scheinen zwei Punkte wichtig: Der expressive Kommunikationsstil, sowie die Selbstwahrnehmung und das Selbsterleben der Patientin. Um dem Leser diese beiden Komponenten zu verdeutlichen, entstand die folgende Arbeit, in der vorwiegend die Patientin selbst mit ihrem Leid zur Sprache kommen soll.

Frau H. ist 34 Jahre alt, von Beruf Sonderschullehrerin. Sie ist derzeit Alleinerzieherin und hat zwei Kinder, beides Mädchen, im Alter von 6 und 9 Jahren.

1 Psychopathologische Beschwerden und Symptome

Die manifesten Beschwerden der Patientin begannen 1984 im Rahmen der ungewollten Schwangerschaft. Damals begannen nächtliche Anfälle mit starker Angst und psychovegetativen Symptomen (Panikattacken). Zu dieser Zeit begab sich die Patientin erstmals in ambulante psychotherapeutische Behandlung. Die Beziehung zu ihrem Ehegatten, der Religionslehrer war, bezeichnet die Patientin als sehr schlecht, vor allem in ihrer Sexualität machte sie traumatische Erfahrungen, über die sie bis heute kaum sprechen kann. Aus dieser Ehe stammt auch ihre erste Tochter. 1985, nach nur zweijähriger Ehe, ließ sie sich scheiden.

* Danksagung: Die folgende Darstellung geht hauptsächlich auf das Engagement der Patientin, Frau H., zurück. Es ging ihr dabei manchmal schlecht, sie wollte aber an diesem Projekt trotzdem von sich aus mitarbeiten. Mein Dank gilt auch ihrem Therapeuten für seine Unterstützung. Die folgende Arbeit ist mit dem vollen Einverständnis der Patientin und des behandelnden Therapeuten entstanden.

Es war im Herbst 85. Ich hatte soeben die Scheidung hinter mir, konnte kaum fassen, daß die Last nicht mehr getragen werden mußte, die das Zusammenleben mit meinem Mann für mich bedeutet hatte. Meine kleine Tochter war schwierig, ich kam mit meiner Mutterrolle überhaupt nicht zurecht und konnte mir nicht eingestehen, daß es mir nicht nur an Erfahrung fehlte, sondern vor allem an der Fähigkeit zu lieben mangelte. Damals begann die Abhängigkeit von meiner Mutter, die heute so furchtbar für mich ist. Denn während ich täglich nach Bruck zum Unterrichten fuhr, gab ich meine Tochter in ihre Obhut: Ich wollte frei sein. Mein Beruf war mir überaus wichtig, ich „lebte“ für die mir anvertrauten Schüler, ihre schrankenlose Zuneigung und die Anerkennung, die mir durch die Schulleitung zuteil wurde, erhielten mich am Leben. Meine Tochter war mir fremd, ich empfand die Verantwortung für sie wie eine Fessel, die man mir angehängt hatte, um mich an meinen Freiheitsbestrebungen zu hindern, um sich an mir zu rächen.

Bis heute ist das Verhältnis zu ihrer ersten Tochter nicht besser geworden. Sie hat den Eindruck, als sei diese „noch nicht geboren“. Das Kind lebt bei der Mutter der Patientin, deren Haus Frau H. derzeit nicht betreten darf. So ist der Kontakt zwischen Mutter und Kind eingeschränkt. Die Großmutter scheint das Kind zu verwöhnen, es hat inzwischen die Rolle der Schwester der Patientin eingenommen und schläft mit der Großmutter im ehelichen Bett.

Damals machte ich die Bekanntschaft von zwei Forstschülern. A. war groß, blond und lebhaft – B. schmal, dunkel still und wunderschön. Von diesem Tag an trafen wir uns täglich am Bahnhof vor der Abfahrt unserer Züge. Später verabredeten wir uns, tranken miteinander Tee und fanden Lieblingsplätze, irgendwo in der Natur, wo wir über Gott und die Welt, über Hesse, Zweig, Wedekind, den Tod, aber nie über die Liebe diskutierten.

A. und B. waren waghalsige Bergsteiger, sie riskierten viel und machten so den Angehörigen das Leben schwer, . . . ich hatte das Gefühl, die Faszination, den Tod herauszufordern, begleitete meine Freunde. Ich war in alle Pläne eingeweiht, machte aber nie den Versuch, sie von ihren halsbrecherischen Vorhaben abzuhalten. Es war eine geheimnisvolle Zärtlichkeit um die beiden und mit Rührung nahm ich an der Liebe dieser zwei Männer zueinander teil.

Ich hatte in diesen Wochen und Monaten ein Verhältnis mit einem Lehrerkollegen, der lange Jahre „nur“ mein Freund gewesen war und nach meiner Scheidung mit Behutsamkeit und Achtung mich die schrecklichen sexuellen Vorkommnisse meiner Ehe vergessen ließ. . . Ich glaubte, diese Affäre sei ein Spiel, einzig und allein dafür erfunden, mich glücklich zu machen. Und dennoch hat diese körperliche Faszination meine Zuneigung zu den Försterbuben nicht im geringsten beeinflusst. Im Gegenteil – ich liebte D. mit meinem Körper, aber meine Seele war meinen jungen Freunden verbunden. Ich wollte mehr als alles und hatte alles, was ein Mensch sich nur wünschen konnte. Ich vergaß, daß man für geborgtes, gestohlenen Glück einen hohen Preis bezahlt.

Im August 1986 wurde ich von D. schwanger. Dieser aber kehrte reumütig zu seiner Ehefrau zurück, die nach kinderlosen Ehejahren nun ebenfalls schwanger war. Ich verlor meine Arbeit. A. und B. waren in der Schweiz auf einer Bergtour. Ich konnte meine

Wohnung nicht behalten, siedelte an den Stadtrand und brach alle Kontakte zur Außenwelt ab.

Meine Mutter bot an, die Abtreibung zu bezahlen, das war für lange Monate das letzte Gespräch zwischen uns, da ich soviel Schande auf die Familie brachte.

Zivilrechtlich lief gegen mich zu dieser Zeit ein Verfahren, das mir das Sorgerecht für meine ältere Tochter auf Bestreben meines Mannes aberkennen sollte und beim Diözesengericht ein Annullierungsverfahren (geschiedener Mann im kirchlichen Dienst tätig). Ich fühlte mich wie eine Löwin, eingesperrt im Zoo, hilflos all den entwürdigenden Blicken der ach so beflissenen Besucher ausgesetzt. – Ich war aus dem Nest gefallen, das ich mir in schwindelnder Höhe gebaut hatte. Aber natürlich stand außer Zweifel, daß ich die mir selbst eingebrockte Suppe auslöffeln würde. Heute weiß ich nicht mehr, woher ich die Kraft und die Zuversicht nahm. Ohne meinen Therapeuten hätte ich es damals nicht geschafft und es gelang mir immer besser, dieses ungewollte Kind als einen Teil von mir anzunehmen.

Eines Tages, spät am Abend, standen die beiden Försterbuben vor meiner Tür. Sie hatten viel Mühe gehabt, mich ausfindig zu machen, nachdem sie ja von den Vorfällen im Sommer nichts mitbekommen hatten. Sie brachten das verlorengeliebte Leben in meine kleine Behausung zurück, unerschütterlich in ihrer Zuneigung zu mir. Im April 87 kam meine zweite Tochter zur Welt. Meine Mutter ignorierte dieses Ereignis ebenso ungerührt, wie der Kindesvater. Solange ich lebe, werde ich die Andacht nicht vergessen, die sich in A.s und B.s Gesichtern spiegelte, wenn sie dies Wunder der Schöpfung mit zärtlicher Unbeholfenheit in ihren braunen, vom Klettern zerschundenen Händen hielten . . .

Die zweite, inzwischen sechsjährige Tochter der Patientin lebt bei ihr. Von vornherein war das Verhältnis zu diesem Kind ausgezeichnet. Die Patientin beschreibt das Kind als einfühlsam und verständnisvoll, die Beziehung zwischen Tochter und Mutter ist fast freundschaftlich.

Im Juli 1987 stürzten A. und B. 100 m unter einem Gipfel ab. B. war tot, nicht sofort, sondern erst nach Stunden, in denen er völlig zerschmettert und zerfetzt, das Bewußtsein nicht wiedererlangt hatte. A. blieb nahezu unverletzt, kam mit einem Schrecken davon. Obwohl in Wahrheit keiner von uns davongekommen ist. Wir drei haben einander nicht wiedergesehen, ich habe auch A. verloren.

Mein Leben hat einen Riß, der nie mehr heilen wird. Seit damals sehne ich mich immer wieder nach dem Tod, in der Gewißheit, er sei ein besserer Freund als das Leben. Kurz nach B.s Absturz begann dieses Gefühl der Nähe, das mich durch all die Verlassenheit trug, die mein Leben fortan begleitete. Monatelang lebte ich unter dem Glassturz eines geheimnisvollen Zaubers. Ohne, daß es mir bewußt war, aß ich kaum noch, und das was ich zur mir nahm verließ meinen Körper nahezu unverdaut, ich wog damals nur noch 43 kg . . . Irgendwie gefiel mir die Einsamkeit, die die Toten von den Lebenden trennt. Ich wußte nicht mehr, wohin ich gehörte und beschloß, die Stadt zu verlassen und in die Berge, in die Wälder, die Abgeschiedenheit einer dünnbesiedelten Gegend zu ziehen.

Die Patientin ließ sich im Herbst 1989 beruflich versetzen. Dabei betreute sie 9 verschiedene Schulen und legte täglich 140 km zurück. Schließlich

bekam sie erneut anfallsartige Zustände von Übelkeit, flauem Gefühl im Magen und stärker werdende Schwindel- und Panikattacken. Zuerst dachte die Patientin, daß die Beschwerden von zu wenig Essen kämen und tatsächlich besserten sich die Zustände ein wenig mit vermehrter Nahrungsaufnahme. Schließlich entschloß sie sich zu einer stationären internistischen Abklärung, die im großen und ganzen keine organischen Befunde erbrachte (Diagnosen: Colon irritabile, Erschöpfungsdepression, Euthyreote Struma diffusa).

Das unregelmäßig auftretende Schwindelgefühl und die zunehmende Leistungsinsuffizienz und Erschöpfung steigerten sich bis Weihnachten 1991 derart, daß die Patientin Suizidideen bekam und Angst, sie könne von irgendwo hinunter springen und sich das Leben nehmen. Die Patientin übersiedelte daraufhin wieder in ihre Heimatstadt zurück und ließ sich freiwillig stationär psychiatrisch versorgen. Eine Umstellung der psychopharmakologischen Therapie brachte keine Besserung, die Patientin litt an Dämmerzuständen und Nervenzusammenbrüchen. Nach mehreren Arbeitsversuchen und einem weiteren stationären Aufenthalt an einer Psychiatrischen Klinik versuchte sie sich als Lehrerin in einer Sonderschule für geistig Schwerstbehinderte, wurde aber dann im Herbst 1992 aufgrund ihrer Beschwerden frühpensioniert.

Im selben Jahr war sie mit einem Arzt befreundet, den die Patientin während ihrer Aufnahme an der internen Klinik kennengelernt hatte. Auch diese Beziehung hielt nicht länger, der Mann fühlte sich immer stärker von den Problemen und der Persönlichkeit der Patientin belastet und reagierte verstärkt mit Alkoholkonsum. Nach einem Beziehungskonflikt im Oktober 1992 versuchte sich die Patientin mit einem kaputten Glas die rechte Pulsader aufzuritzen, verletzte sich dabei jedoch nur unerheblich. Bei der erneuten Aufnahme an der Psychiatrie schildert sie sich als gefühlsentleert, zerrissen und unschlüssig bezüglich ihrer Zukunftsplanungen. Die Patientin wurde daraufhin mit Amitriptylin und Etilefrinhydrochlorid (Hypotonie) behandelt. Nach zwei Tagen stationären Aufenthalts war Frau H. verzweifelt und ratlos, bekam immer stärkere Ängste, sie könnte sich etwas antun und wurde auf eigenen Wunsch in das Wachzimmer (geschlossene Station) verlegt. In dieser Zeit bot sie ein stark regressives Verhalten, so richtete sie sich in dem Gitterbett ein, wie in einer „Höhle“, gestaltete es mit Texten und Bildern, aber auch mit Blättern wie ein „Nest“. Sie fühlte sich nach eigenen Angaben wohl und „unendlich frei“, sie weigerte sich oft, ihr Nest zu verlassen. Nach zwei Wochen kam es zu einer Stabilisierung, und die Patientin konnte als gebessert entlassen werden.

Lebensgeschichte

Der Vater der Patientin ist als Beamter im Strafvollzug tätig, die Mutter ist Hausfrau.

Die ersten 17 Jahre meines Lebens war ich ein braves Kind. Ich war angepaßt, folgsam und unauffällig – um anerkannt, beachtet, geliebt zu sein. Es ist mir nicht gelungen . . .

Ich war ein braves Kind, sagt meine Mutter. Mein Vater sagt nichts. . . . Er war zwar anwesend, aber ich hatte immer das Gefühl, daß seine Gedanken nicht bei uns waren. Meine Eltern lebten eine Ehe, ohne ihr Zusammensein in Frage zu stellen. Ob sie darüber hinaus auch eine Beziehung verband, bezweifle ich. Ich war brav, rund und wohlgenährt – dick – denn die einzige Möglichkeit für meine Mutter, ihre Mütterlichkeit zu leben, war – und ist es – meine Schwester und mich mit Essen vollzustopfen. Während der Fütterungen hielt ich zwar brav den Schnabel auf, hatte mich aber geweigert, so erzählte man mir heute noch, die Nahrung zu schlucken und so hätte man mir Stunden später die Wangen ausgeräumt. In Therapiegesprächen tauchte immer wieder eine Gitterbett-Situation auf, ich stehe allein zwischen den Sprossen, schreie mir die Seele aus den Leib und niemand kommt. Als Zweijährige lief ich im Stiegenhaus die Treppe hinunter, meiner damals schwangeren Mutter davon, sie – um mich zu retten – hinterher. Sie stolperte, stürzte und verlor das Kind. Ich sehe noch ein rotes Einkaufsnetz vor mir, geflochten aus gewachstem Plastik und viele dunkle Milchflaschenscherben auf dem dunklen Steinboden.

Ich war also vielleicht doch ein böses Kind!

Ist es möglich, daß in dieser Zeit das Gefühl geboren wurde, das mich bis heute verfolgt: keine Existenzberechtigung zu haben und mit allen Mitteln zu versuchen, etwas nicht Nennbares „wiedergutmachen zu müssen“? Und gleichzeitig mit diesem Gefühl die hoffnungslose Erkenntnis, daß es nichts auf der Welt gibt, durch das ich Verzeihung erlangen könnte? . . .

Eine weitere Erinnerung aus dieser Zeit begleitete mich mein Leben lang: Ich sehe einen Teich vor mir, eingebettet in dunklen, geheimnisvoll atmenden Mischwald, wo die Stille so laut war, daß man sie hören konnte. Eine kleine verwachsene Insel war dem Teich vorgelagert, das Ufer war dicht mit Schilf und Rohrkolben verwoben, die Sonne schien, es war heiß und dunstig und die in der Windstille zitternden Libellenflügel glänzten silbriggrün und blau. Ich muß sehr glücklich gewesen sein. Ich war überzeugt, daß im dichten Erlengestrüpp der Insel ein geheimnisvolles Märchenschloß verborgen sein müsse. . . . Der Teich und sein Wald haben später eine große Rolle für mich gespielt. So fuhr ich mit allen mir etwas bedeutenden Männern an diesen Ort, und 20 Jahre danach wurde dort an einem schwülen Augusttag meine zweite Tochter gezeugt . . .

Dann wurde meine Schwester geboren. Von diesem Tag an gab es mich nicht mehr . . . Ich war vom Familienleben ausgeschlossen. Wie ein Zaungast nahm ich am Geschehen teil, ohne jemals an dem Tisch gerufen zu werden. . . . Vom ersten Tag ihres Lebens an riß meine Schwester alle Aufmerksamkeit an sich. . . . Die ersten 10 Jahre ihres Lebens schien meine Schwester unweigerlich jeden Augenblick Gefahr zu laufen, vom Hungertod hinweggerafft zu werden. Sie aß nichts – und wenn, erbrach sie alles sofort.

Selbstverständlich war meine Mutter verzweifelt. Mein Vater arbeitete mehr als zuvor, um den zirkusreifen Vorstellungen zu Hause zu entgehen. Ein netter, kleinwüchsiger Psychiater war unser ständiger Gast. Er machte mit meiner Schwester geheimnisvolle Dinge, die sich hinter verschlossenen Türen abspielten. Selbstverständlich durfte niemand davon wissen. Ich hielt auch meinen Mund, ich war ja folgsam und brav.

In der Schule lernte ich gut. Ich machte meine Aufgaben allein und bekam den Kochlöffel über die Finger geschlagen, wenn ich nicht schön schrieb. Es war ungeheuer wichtig, daß alles nach außen hin „schön“ war. Wann ich ins Wohnzimmer übersiedelte, weiß ich nicht mehr. Meine Schwester jedenfalls residierte im ehelichen Bett, das mein Vater verließ, um auf einer Couch in einer Ecke des Schlafzimmers zu schlafen. Diese Trennung ist bis heute beibehalten – allerdings hat mein Vater jetzt ein eigenes Zimmer.

In unserer Familie gab es keinerlei Zärtlichkeiten, niemand wurde umarmt oder geküßt und Festtage waren eine Qual. Es ist bestimmt 15 Jahre her, daß meine Eltern mir zuletzt zum Geburtstag gratulierten. Sie haben ihn ganz einfach vergessen.

Obwohl ich gut und selbständig lernte, habe ich mir in der Volksschulzeit etwas angeeignet, das mir unerklärlich ist und mehr geschadet als genützt hat. Meine Freunde nennen es liebevoll „das Herz auf der Zunge tragen“. Ich habe einen selbsterstörerischen Hang zur Ehrlichkeit, . . . ich muß alles „beichten“. Je mehr ich mich vor etwas gefürchtet habe, desto ausführlicher erzählte ich und sparte nicht mit verbalen Ausschmückungen.

Meine Mutter nahm diese Strafe Gottes (mich!) mit aufopfernder Bereitschaft zu leiden hin. Wie das Amen im Gebet hörte ich jeden Tag den Satz, daß meine Mutter nicht wisse, wofür sie so bestraft sei, daß sie, käme sie nochmals zur Welt, nie wieder Kinder möchte. Und wenn dann mein Vater heimkam, gipfelte ihr Leid immer wieder darin, daß sie fortlief mit der Drohung, sich vor den Zug zu werfen, da das Leben mit uns für sie nicht mehr zu ertragen sei. Sie sagte auch, daß sie es nur unseretwegen täte und wir schuld daran seien, daß sie so jung sterben müsse.

In dieser Zeit hatte ich Freundinnen im Hof unseres Siedlungshauses, aber es war nicht lustig, mit ihnen zu spielen. Denn wenn es Streit gab, mischte sich meine Mutter immer ein und erzählte den anderen Müttern, wie unausstehlich ich sei. Dadurch war sie sehr beliebt, im Gegensatz zu mir.

Später, ab der 6. Klasse Gymnasium, als ich mit Nachhilfestunden mein Taschengeld verdiente, kaufte ich mir Bücher und las ganze Regale der städtischen Leihbüchereien aus. Niemanden interessierte, was ich las und oft war mir, als müsse ich an den vielen Dingen, die ich zu erzählen hatte, ersticken, da mir niemand zuhörte.

So sehr ich mich bemühte, zu Hause unauffällig zu bleiben, so wenig gelang mir das. Ich war immer zu vorlaut, lachte immer zu viel, war immer zu neugierig und niemals so bescheiden, wie ich hätte sein sollen. Es gelang mir ganz einfach nicht, so zu sein, daß man mich endlich hätte liebhaben können! Meine Mutter hatte eine eigene Methode, mich zu bestrafen. . . . Sie sprach tagelang kein Wort mit mir. Sooft ich mich auch entschuldigte, ich wurde niemals erhört und manchmal machte ich mit meinem Betteln nur alles noch schlimmer. Dann begann sie zu weinen und drohte, sich umzubringen, da ich ihr das Leben zu Hölle machte! Ich hoffte, eines Tages wäre ich einfach verschwunden und niemandem würde es auffallen. Auf meine Befürchtungen während der

Panikanfälle antworte ich noch heute meinem Therapeuten, „ich habe Angst, ich könnte verlorengelassen und niemand findet mich!“

Zuerst habe ich versucht, durch Bravsein, Anpassung und Selbstverleugnung Liebe zu gewinnen, sie mir zu verdienen . . . Dann, als ich keinen Erfolg damit hatte, habe ich alles daran gesetzt, zu zeigen, daß es durchaus berechtigt ist, mich nicht zu mögen, daß ich nicht liebenswert bin, daß „alle“ (meine Eltern?) recht damit haben, meine Existenz als „Strafe Gottes“ zu empfinden.

Die Patientin besuchte ein katholisches Privatschulwesen. Das Lernen fiel ihr, ob ihrer Belesenheit, sehr leicht, sie fand aber in dieser Eliteschule, in der großteils die Kinder Prominenter saßen, mit ihren Altersgenossen nur schwer Kontakt.

Ihre erste tiefere Beziehung schloß sie zu einem asiatischen Ingenieur, der 16 Jahre älter als sie war. Bald darauf verliebte sie sich in einen 22 Jahre älteren Witwer, dessen Kinder gleich alt wie sie waren. Über fünf Jahre blieb sie mit dem Mann zusammen. Da diese Beziehung keine Zukunft hatte, flüchtete sie nach kurzem Zusammenleben in die Ehe. . .

Ich habe mich kopfüber und mit zunehmender Geschwindigkeit, so als wäre das Leben ein Karussell, in Beziehungen gestürzt, die von vornherein zum Scheitern verurteilt waren. Mit einer unfaßbaren Gier nach Schmerz habe ich das Verlassenwerden immer wieder inszeniert. Mit geradezu bravouröser Schauspiel- und Verwandlungskunst habe ich die in mich gesetzten Erwartungen erfüllt. Übersensibel und mit feinen Antennen erspürte ich meisterhaft, was und wie man mich wollte. Wenn mein „wahres Ich“ unvorsichtigerweise durchzuschimmern begann, war man vor dem Kopf gestoßen -dies (!) war nicht vereinbart gewesen. Denn trotz meiner Begabung, die „Show abzuziehen“, habe ich mich letztendlich nie an Vereinbarungen gehalten!

Dennoch war ich stets felsenfest überzeugt davon, daß ich immer wußte, was ich wollte.

Tatsache ist, daß ich niemals wirklich darüber nachgedacht habe, was ich will und wie ich es bekommen könnte.

2 Testpsychologische Diagnostik

Im Rahmen ihrer Beschwerden wurde die Patientin auch gegen Ende eines Klinikaufenthaltes im Juli 1992 testpsychologisch untersucht und die Untersuchung zwei Monate später im Zusammenhang mit der Frühberentung wiederholt.

Während die erhobenen Leistungsdaten durchschnittliche bis gut durchschnittliche Ergebnisse in Intelligenz- und Konzentrationstests ergaben, imponierte das Persönlichkeitsprofil, welches mittels MMPI-Kurzform

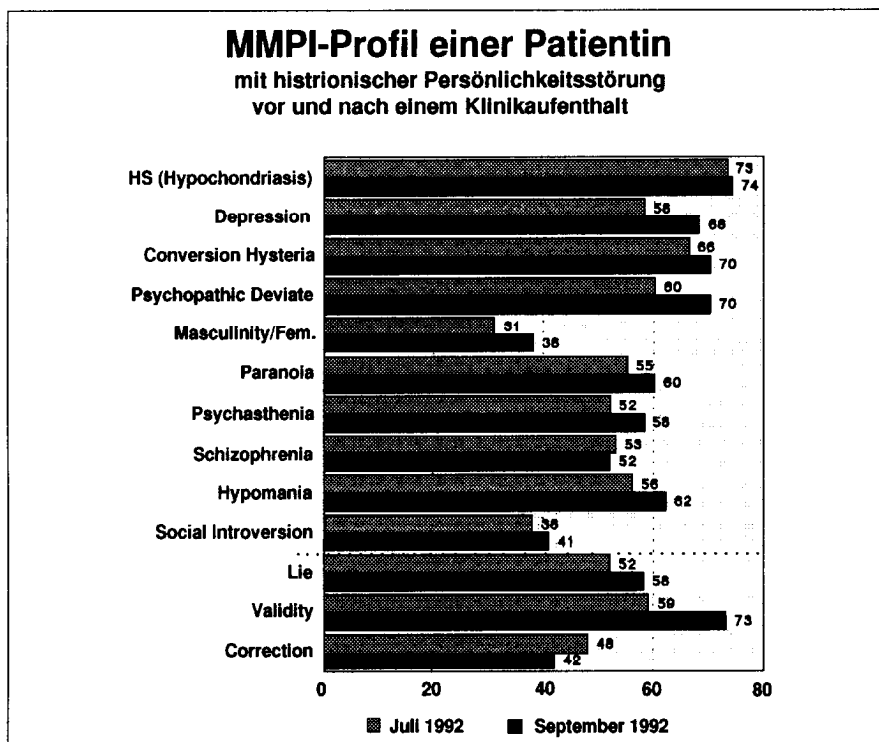


Abbildung 1: Darstellung der flächentransformierten T-Werte nach den Normen des Testhandbuchs. Erläuterung im Text

(Gehring & Blaser, 1982, Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI; deutsche Kurzform) erhoben wurde.

Sowohl in der klinischen Phase, als auch danach unterscheiden sich die Profile nicht wesentlich: es dominieren die Skalen Hypochondriasis, Depression, Conversion Hysteria und die Skala Psychopathic Deviate. Die Kontrollskalen sind beide Male erhöht, was bei Patienten, die die Fragen nicht verstehen oder aber die Symptomatik übertreiben, vorkommt.

In der zweiten Untersuchung ist die Skala Psychopathic Deviate und die Depressionsskala stärker ausgeprägt, genauso wie die Skala Validity, was meist auf Krankheitssimulation hinweist. Dieses Ergebnis macht deutlich, daß die intensive klinische Betreuung bei der Patientin zu einer Reduktion der agitierten und depressiv/ängstlichen Komponenten führte, diese Entlastung fiel aber im Alltag der Patientin sehr schnell wieder weg. Die erhöhten Kontrollskalen werden in diesem Fall weniger als bewußte, zielgerichtete Simulation verstanden, vielmehr als ein Teil der eigentlichen histrionischen Störung.

3 Theoretische Überlegungen und Erklärungsansätze

Über Menschen mit expressiver, übertriebener emotionaler Ausdrucksweise und Charakter findet man in der Persönlichkeitspsychologie kaum Informationen, obwohl wahrscheinlich jeder solche „schillernden Persönlichkeiten“ kennt. Süllwold (1987, 1990) untersuchte das Konstrukt „Hysterie“ innerhalb studentischer Stichproben und fand dabei einen Generalfaktor, den er als abnorm gesteigertes Bedürfnis nach Beachtung, gekoppelt mit psychischer Unechtheit (starke Affekterregbarkeit bei geringer Nachhaltigkeit der Gefühle sowie Erlebnishunger bei geringer Erlebnisfähigkeit) beschreibt.

Geraten Menschen mit diesen ausgeprägten Charakterzügen in ein Sammelsurium von Interaktionsproblemen, psychischen Belastungen und Traumata, liefern sie eine vielfältige Ansammlung schwer diagnostizier- und behandelbarer psychischer Störungen (vgl. Thompson & Goldberg, 1987; Wilson-Barnett & Trimble, 1985). Obwohl die manifesten Symptome von Frau H. erst 1984 begannen, erscheint die Erinnerung an die Kindheit eine qualvolle: Schuld- und Aggressionsgefühle klingen durch, eine emotionale Deprivation positiver Gefühle, wie Liebe und Zuwendung scheint vorzuliegen. Celani (1976) beschreibt, daß genau diese Deprivation als Grundlage für die Entwicklung einer solchen Störung anzusehen ist. Darüber hinaus allerdings erfährt diese psychodynamische Auffassung durch die biosoziale Lerntheorie (Millon, 1981) und ähnliche Modelle (Überblick bei Fiedler, 1998) eine Erweiterung. Die Eltern der Patientin erscheinen als Manager, die die Fassade nach außen zu wahren haben. Schon früh erlernte Frau H., die Familie als „Börse für Anerkennung und Zuwendung mittels manipulativen Verhaltens“ (Celani, 1976) zu benutzen. Dabei gehören von vornherein psychisch auffällige Symptome (Eßstörung der Schwester, Suiziddrohungen der Mutter usw.) zu den Interaktionsritualen der Familie. Das in diesem Klima herangewachsene vulnerable Selbst der Patientin reagiert zurückhaltend auf soziale Kontakte in der Schule, der Rückzug in eine Traumwelt wurde durch die intellektuelle Begabung sicherlich gefördert. Es kam zu einer Dissoziation zwischen dem Selbstgefühl und der Selbstdarstellung. Wichtige Problembereiche in der Adoleszenz wurden schlecht bewältigt: Die Berufswahl als Aufbegehren gegen den Wunsch des Vaters, sie solle Juristin werden, sowie ständige Verletzungen in persönlichen Beziehungen. Es kommt zu fortlaufenden Inszenierungen, die als zentrale Komponente der histrionischen Patienten zu betrachten sind. Dabei werden diese nicht nur als Theatralik zur Erlangung der Aufmerksamkeit operant verstanden, sondern erscheinen auch als Inszenierungen des Subjekts vor sich selbst (vgl. Mentzos, 1980). Es wird versucht, die Folgen der emotionalen Deprivation und der mangelnden

Identitätsentwicklung zu verleugnen und stattdessen das Selbstgefühl in Beziehungen mit dem Ziel zu replizieren, eine Welt zu schaffen, die diesem Gefühl entspricht, die ihr aufzeigt, wie schwach, kraftlos und wertlos sie ist und sie nur „überlebt“, indem sie um Anerkennung ringen muß (Celani, 1976). Dennoch wäre dies kein Grund gewesen, psychiatrisch auffällig zu werden. Erst mit der ungewollten Schwangerschaft und in Zusammenhang mit den traumatischen Entwicklungen in der Ehe, schienen die Ressourcen der Patientin an ein Ende zu kommen: Die Übernahme der Mutterrolle und der Aufbau der eigenen Familie scheint gescheitert. Tyrer (1989) betont die Komorbidität zwischen ausgeprägten Anpassungsstörungen mit Persönlichkeitsstörungen. Auch die im Anschluß angetretene „Flucht nach vorne“ in Beziehungen „mit romantischer Verschnörkelung“ brachte keine Lösung. Im Zusammenhang mit den dramatischen Umständen kam der depressive Rückzug, die psychischen Beschwerden nahmen zu, die Situation eskalierte! Die Patientin entwickelt eine Reihe von ängstlich/depressiven Beschwerden, aber auch multiple somatoforme Beschwerden werden berichtet.

Scheinen die Symptome einzeln für sich genommen schwer beeinträchtigend, werden doch typische syndromale Konfigurationen für die Klassifikation psychischer Störungen auf der Achse 1 des DSM-IV oft nicht gefunden. Darüber hinaus moderiert die prämorbid Persönlichkeitsstruktur die Ausgestaltung der psychischen Beschwerden derart, daß dem Kliniker ein imponierendes Bild vorschwebt, welches bei Shapiro (1991) prägnant beschrieben wird: Im Vordergrund stehen dabei

- die **impressionistische Wahrnehmungsweise** (Unfähigkeit zur andauernden und intensiven Konzentration; Ablenkbarkeit und Beeindruckbarkeit; kompensierte Lücken im Faktenwissen; das Erleben ist von unzureichend strukturierten Inhalten gekennzeichnet),
- die **romantische Haltung** des Hysterikers (extremes Schwarz-Weiß-Denken, nicht nach etwas Suchen, sondern sich überraschen lassen, kassierte Verarmung in der Ich-Entwicklung, Leben als Spiel, „la belle indifférence“),
- **Hysterische Emotionen** (Kombination von affektiver Explosivität einerseits und Gehemmtheit der nichtexplosiven Affekte und Verhaltensweisen andererseits).

Die klassifikatorische Diagnose von Persönlichkeitsstörungen allgemein und histrionischer Störung nach DSM-IV (Saß et al., 1996) ist trotz der eindrucksvollen Darstellung der Störungsbilder schwierig, was vor allem in Zusammenhang mit diagnostisch-methodischen Aspekten steht und derzeit intensiv erforscht wird (vgl. Davis et al., 1993; Livesley et al., 1992; Loranger, et al., 1991; Trull, 1992).

Auf symptomatischer Ebene treten über ängstlich/depressive Beschwerden häufig multiple somatoforme Beschwerden und/oder Interaktionsprobleme (Übersicht bei Fiedler, 1998) auf.

Die persönliche Ausgestaltung der Symptome und ihre oft atypischen Verläufe korrespondieren mit langwieriger und vielseitiger Beanspruchung ärztlicher und psychologischer Hilfe, die sich in extremen Fällen zu einer chronisch-psychiatrischen Karriere mit psychosozialen Implikationen (z. B. Berentung) zuspitzt. So ist die Patientin trotz jahrelanger therapeutischer Bemühungen derzeit nicht imstande, ihren Beruf auszuüben, oder befriedigende Beziehungen einzugehen.

Für Behandlung und Umgang mit diesen Patienten stellen sich zumindest drei beachtenswerte Schwierigkeiten:

- a) Ist die Störung Ausdruck von tiefergehenden Interaktions- und Beziehungsstörungen, so wird die therapeutische Interaktion ebenfalls dadurch beeinträchtigt sein (vgl. Übersicht in Fiedler, 1998, und bei Mentzos, 1980). Die Ausgestaltung des entsprechenden therapeutischen Klimas in der Interaktion gehört unabhängig von ideologischen Differenzen zwischen therapeutischen Anschauungen bei dieser Störung vorrangig betrachtet (vgl. beispielsweise Rudolf, 1992; Haas, 1987). Chodoff (1982) vergleicht den Therapeuten mit einem urzeitlichen Priester, der Tag und Nacht seine Aufmerksamkeit seiner Gottheit schenkt, schläft er allerdings ein, so muß er sterben, wobei Chodoff meint, daß es zu massiver, unrealistischer Auf- und Abwertung des Therapeuten durch den Patienten kommt, die von dem Ausmaß der Aufmerksamkeit des Therapeuten für den Patienten abhängt. Einen Ausdruck dieser Phänomene findet man auch in der Therapiegeschichte dieser Patientin.
- b) Das „histrionische Element“ der Störung selbst stellt meist einen lebenslang sozialisierten Prozeß, im Sinne einer schlechten Passung zwischen dem programmierten Verhalten und den Anforderungen der Umwelt dar, und nicht eine zeitlich begrenzte Modifikation des kognitiven Stils, wie sie etwa bei Depressiven vorkommt. Veränderungen dieser Komponenten sind schwer möglich und, wenn überhaupt, nur sehr langsam durchführbar (vgl. Beck, Freemann et al., 1993).
- c) Therapeutische Interventionen resultieren, stärker als bei anderen psychischen Störungen, aus einem individuellen Verständnis der Lern- und Problemgeschichte in Kombination mit Ziel- und Zukunftsperspektiven. Dazu stellt Slavney (1990) für diese Störung ein perspektivisches Konzept in den Vordergrund: Hysterie ist als Ausdruck von dem, „*was jemand zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist*“, zu verstehen und nicht, „*was jemand hat*“. Dies beinhaltet verschiedene Analyseebenen: Hysterie als Krankheit, als Dimension, als Verhalten und Interaktion und als lebens-

geschichtliche Entwicklung. Darüber hinaus erscheinen biologische Grundlagen (Shields, 1982), Blockierungen in der Selbstorganisation und unrealistische Zielperspektiven ebenfalls von Bedeutung zu sein (vgl. dazu heuristisches Modell hysterischer Störungen von Herzog et al., 1998, S. 339).

Ziel der Behandlung ist nach Chodoff (1982, S. 284) „... *to provide a kind of interpersonal ambiance within which a caricature of femininity may progress towards humanness*“. Stellt man aber realistischere Ziele in der Therapie („Sicherung der beruflichen und sozialen Existenz, Förderung von Selbstorganisationsprozessen in der Interaktion mit anderen und der Auseinandersetzung mit sich selbst“), so erscheint auf dem Hintergrund der Weiterentwicklung von Interventionsstrategien (vgl. Beck, Freeman et al., 1989; Pretzer & Fleming, 1989; Turkat, 1991) eine Behandlung durchaus zielführend.

4 Die Therapiegeschichte der Patientin

Mit Beginn der Panikattacken in der Ehe (1984) begab sich die Patientin in Psychotherapie bei einem niedergelassenen Gesprächspsychotherapeuten. Dieser behandelte sie ausgehend von den damaligen Eheproblemen. Bis heute pflegt die Patientin Kontakt mit diesem Therapeuten. Aus einer therapeutischen Beziehung wurde auf Drängen der Patientin hin nach einigen Jahren eine persönliche Freundschaft. Mit Beginn der freundschaftlichen Beziehung lehnte der Therapeut die weitere Therapie ab, und so suchte die Patientin eine andere Gesprächstherapeutin auf, bei der sie weitere 200 Stunden Therapie absolvierte. Im Rahmen der klinisch-psychiatrischen Behandlung wurde sie von einem Psychiater in verhaltenstherapeutischer Ausbildung betreut, der aber aufgrund der Komplexität die weitere psychotherapeutische Behandlung ablehnte. Derzeit wird sie von einem Psychiater, der als angesehener Verhaltenstherapeut und Individualpsychologe gilt und als Autorität auf dem Gebiet bekannt ist, betreut.

Das Gefühl von einer so „bedeutenden Persönlichkeit“ ernst genommen zu werden, stärkt die Patientin in ihrem Selbstwertgefühl. Schon das „Warten auf den Therapeuten vor Beginn der Stunde“ erlebt die Patientin als lustvoll und selbstwertstärkend.

In der Therapie verlangt die Patientin ständige Grenzüberschreitungen: Sie möchte den Therapeuten jederzeit anrufen dürfen und so das Gefühl haben, man kümmere sich mit ganzem Einsatz, Tag und Nacht, um sie. Der Therapeut solle sich, so fordert sie, stärker als Person mit seinen Ängsten,

Gefühlen und Problemen in die Therapie einbringen. Andererseits muß er so viel Professionalität besitzen, um die Patientin „aushalten zu können“. Er muß sich einfühlen, aber gleichzeitig auch Grenzen setzen können. So formuliert sie, sei es ihr Ziel „realistischere Strukturen“ im Alltag aufzubauen, sowohl was Arbeit und Familie, vor allem aber was den Umgang mit anderen Menschen (und wahrscheinlich auch den Umgang mit sich selbst) betrifft. Derzeit leide sie noch an allzu intensiven Beziehungen oder aber an Beziehungslosigkeit.

Ich stellte überrascht fest, daß ich auch stark sein kann. Irgendwo in meiner Seele sitzt eine Kraft, die mich nicht untergehen läßt, die mir geholfen hat, immer wieder aufs Neue den Karren aus dem Dreck zu ziehen. Ich möchte lernen, mit dieser Kraft besser hauszuhalten, sie für mich und nicht gegen mich zu verwenden.

Ich will lernen – und das klingt für mich nach Überheblichkeit – stolz darauf zu sein, daß ich stark bin.

Warum ist es mir nicht gelungen, mein eigenes Wertsystem zu erstellen und mich daran zu messen?

Ohne Liebe gibt es kein Leben.

Ohne den bedingungslosen Vorschub an Zuneigung, Vertrauen und Zutrauen, die einem Kind auf seinen Lebensweg mitgegeben werden sollten, ist das Leben eine Qual, ist der Weg steinig, gepflastert mit Unsicherheit, Angst, Trotz und Schmerz.

... es gibt den roten Faden, der ein Ereignis mit dem anderen verbindet. Es gibt ein Muster, das allem Geschehenen zugrunde liegt:

Es ist die Suche, das Sehnen nach Geborgenheit, nach Vertrauen und Heimat. Es ist der schmerzliche, weil unerfüllte, Wunsch, jemand könne mich irgendwo, irgendwann um meiner selbst willen lieben, ohne daß es dafür Bedingungen zu erfüllen gibt. Es ist das Warten auf Bestätigung von außen, auf Anerkennung, Lob, Zuwendung, auch auf Kritik, die Rechtfertigung zuläßt.

Es ist der hoffnungslos hoffnungsvolle Wunsch, jemand könnte kommen und die Leere, die mich von Kindheit an umgeben hat, vertreiben. Dabei ist es – ohne daß ich sagen könnte, warum – von größter Wichtigkeit, daß es ein Mensch „von draußen“ ist, der die Dornenhecke durchdringt.

5 Resümee

Diese nahezu „unmöglichen“ Forderungen an Therapie scheinen aus der lebensgeschichtlichen Perspektive der Patientin verständlich, stellen aber den Therapeuten vor schwierige Aufgaben. Den Großteil ihrer Energie wird die Patientin damit verschwenden, die „Selbstinszenierung“ aufrechtzuerhalten und einer tatsächlichen produktiven Veränderung entgegenzuwirken. Die „Beziehung zum Therapeuten krankt“ genauso wie die Bezie-

hung zu den anderen Menschen, aber es ist derzeit für Frau H. die einzige Möglichkeit, sich auf einen Menschen einzulassen. Die Patientin wird den „Bogen so weit spannen, wie es geht“, bevor sie den Mut aufbringt, etwas Produktives für sich zu tun. Aber nur konsequentes Verhalten von Seiten des Therapeuten wird es ihr möglich machen, für sich positive Schritte zu setzen.

Dabei werden folgende Prinzipien verfolgt:

- einfache und deutliche Botschaften des Therapeuten an den Patienten,
- bewußter Einsatz von positiver Verstärkung in der Interaktion,
- Aufbau von Veränderungsmotivation in Richtung der Bewältigung des Alltags und unmittelbarer Zukunftsgestaltung,
- explizite soziale Vereinbarungen (Contracting) mit deutlichen Zurechtweisungen,
- fortlaufende diagnostische Maßnahmen (Bedingungs-, Ziel- und Motivationsanalysen) und
- Evaluation therapeutischer Strategien.

Vor allem für den nicht allzu erfahrenen Therapeuten verlangt der Umgang mit so komplexen Störungen einzelfallbezogene Supervision.

Literatur

- Beck, A.T., Freeman, A. & Associates (1989). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press. [dt. (1993). *Kognitive Therapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.]
- Chodoff, P. (1982). The Hysterical Personality Disorder: A psychotherapeutic approach. In A. Roy (Ed.), *Hysteria*. Chichester: J. Wiley & Sons.
- Celani, D. (1976). An Interpersonal Approach to Hysteria. *American Journal of Psychiatry*, 133 (12), 1414–1418.
- Davis, R.T., Blashfield, R.K. & Ross A.M. (1993). Weighting Criteria in the Diagnosis of a Personality Disorder: A Demonstration. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (29), 319–322.
- Freud, S. (1895). *Studien zur Hysterie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Fiedler, P. (1998). Persönlichkeitsstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Herzog, G., Engelmann, S. & Zapotoczky, H.G. (1998). Hysterische Störungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

- Livesley, W.J., Jackson, D.N. & Schroeder, M.L. (1992). Factorial Structure of Traits Delineating Personality Disorders in Clinical and General Population Samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (3), 432–440.
- Loranger, A.W., Lenzenweger, M.F., Gartner A.F., Susman V.L., Herzig, J., Zammit, G.K., Gartner, J.D., Abrams, R.C. & Young, R.C. (1991). Trait-State Artifacts and the Diagnosis of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48, 720–728.
- Meyer, V. & Chesser, E.S. (1971). *Verhaltenstherapie in der klinischen Psychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Mentzos, S. (1980). *Hysterie – Zur Psychodynamik unbewußter Inszenierungen. Geist und Psyche*. München: Kindler.
- Millon, T. (1981). *Disorders of Personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley.
- Munford, P.R. & Liberman, R. (1982). Behaviour therapy of hysterical disorders. In A. Roy (ed.), *Hysteria*. Chichester: Wiley.
- Pretzer, J. & Fleming, B. (1989). Cognitive-Behavioral Treatment of Personality Disorders. *The Behavior Therapist*, 12 (5), 105–109.
- Rief, W. & Hiller, W. (1992). *Somatoforme Störungen*. Bern: Huber.
- Rudolf, G. (1992). Körpersymptomatik als Schwierigkeit der Psychotherapie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 37, 11–23.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (Hrsg.). (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Shapiro, D. (1991). *Neurotische Stile*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Shields, J. (1982). Genetical Studies of Hysterical Disorders. In A. Roy (Ed.), *Hysteria*. Chichester: J. Wiley & Sons.
- Slavney, P.R. (1990). *Perspectives on „Hysteria“*. Baltimore/London: The John Hopkins University Press.
- 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.
- Thompson, D.J. & Goldberg, D. (1987). Hysterical Personality Disorder – The Process of Diagnosis and Experimental Settings. *British Journal of Psychiatry*, 150, 241–245.
- Trull, T.J. (1992). DSM-III-R Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality: An Empirical Comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (3), 553–560.
- Turkat, I.D. (1991). *The Personality Disorders. A Psychological Approach to Clinical Management*. New York: Pergamon Press.
- Tyrer, P. (1989). *Classification of Neurosis*. London: John Wiley & Sons.
- Wilson-Barnett, J. & Trimble, M.R. (1985). An Investigation of Hysteria using the Illness Behaviour Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 146, 601–608.