

Herwig OBERLERCHNER

Die Hysterie im neuen Gewand – Dissoziative Störungen

Der folgende Text entspricht inhaltlich dem Vortrag, den Herwig Oberlerchner am 3.2.2021 in Klagenfurt online gehalten hat. Er wurde in ähnlicher Form bereits in einer Zeitschrift publiziert: Die Hysterie im neuen Gewand und im Wandel der Zeit. Teil I in psychopraxis. neuropraxis. 1/2014. 17-19. Teil II in psychopraxis. neuropraxis. 2/2014. 14-17.

Die Hysterie als einheitliches Krankheitsbild gibt es nicht mehr, sie ist zerfallen und zerstückelt in verschiedenste nosologische Einheiten und kommt in den modernen Klassifikations-schemata (DSM-IV und ICD-10) praktisch nicht mehr vor. Die Motive für die Neubenennung waren einerseits die Vermeidung diskriminierender Diagnosen und andererseits die Schaffung präziserer diagnostischer Kategorien, unabhängig vom alten Hysteriekonzept.

Im Mittelpunkt des Hysterischen stand weniger das Dramatische, oft theatralisch Wirkende in der Symptomatik, sondern mehr der vermutete, die psychische Dynamik immer wieder von neuem aufflammen lassende neurotische Kernkonflikt, der Ödipuskonflikt. Heute werden von den Anhängern der Konflikttheorie aber die verschiedensten Konflikte vermutet, daneben die obligatorische Verknüpfung des Hysterischen mit dem Ödipuskonflikt eher angezweifelt, bei den Anhängern der Traumatheorie steht im Mittelpunkt der Versuch einer Lösung der durch das Trauma ausgelösten innerseelischen Not, wobei es oft nur bei einer unbefriedigenden Pseudolösung bleibt.

In den neuen Diagnoseschemata spielen diese Überlegungen eine untergeordnete Rolle, hier geht es um Beschreibung der Symptome (phänomenologisch-deskriptiver Ansatz) und nicht um Ursachen (ätiologischer Ansatz), daneben ist ein Trend zur Vermeidung psychoanalytischer Erklärungsansätze zu beobachten.

Es gibt Versuche einer neuen Zusammenführung der bunten Krankheitsbilder unter einer gemeinsamen Überschrift, so beschreibt Mentzos den „hysterischen Modus“ und grenzt ihn gegen andere Modi, also Konfliktbewältigungsstrategien ab. Aber gehen wir noch einmal ein paar Schritte zurück.

Was wird allgemein unter dem Begriff hysterisch verstanden?

1) Hysterische Symptomatik wirkt *theatralisch*, überspitzt, inszeniert, dramatisch und heftig. Diesem Charakteristikum hysterischer Symptomatik wurde Rechnung getragen durch den Begriffswechsel von der hysterischen Persönlichkeitsstörung hin zu der histrionischen Persönlichkeit in den modernen Diagnoseschemata. Ob dieser Begriffswechsel entstigmatisierend ist, sei dahingestellt.

2) Die hysterische Symptomatik ist *symbolisch*. Es werden sinnbildhaft die erlebten Traumata oder die heftigen Konflikte dargestellt, oft symbolische Darstellungen und Ausdrucksweisen verwendet. Diese Darstellungen können durch Therapie entschlüsselt werden.

3) Die Symptome werden wie auf einer Bühne dem *äusseren Beobachter* präsentiert. Es haben die Symptome also auch einen stark interaktiven Aspekt. Mentzos streicht aber auch hervor, dass diese Symptomatik oft angewandt wird, um einen inneren Beobachter, einen Teil der eigenen Persönlichkeit, zu beruhigen, um vor sich selbst anders zu wirken. Es geht dabei also um eine Veränderung der Selbstrepräsentanz, man will anders sein, erscheinen, als man wirklich ist.

4) Die Symptome werden sehr *appellativ* angeboten. Sie schreien nach Aufmerksamkeit, der Beobachter ist gebannt, besorgt, fasziniert.

5) Der Hysteriker kann seine Symptomdarstellung eventuell modifizieren aber nicht kontrollieren. Die zugrundeliegende Dynamik ist *unbewusst*, der Abwehrmechanismus der Verdrängung ließ die Thematik ins Unbewusste absinken, von wo sie nun immer wieder ins Bewusstsein drängt.

6) Hysterische Symptome sind also klassische, neurotische Konfliktbewältigungs-versuche, aber eben oft nur Pseudolösungen, also Schiefheilungen desselben Konfliktes.

7) Der Hysteriker ist *emotional*, dramatisch, sachlichen Argumenten oft nicht zugänglich. Handlungen und Charakter sind affektualisiert.

Die Geschichte des Hysteriekonzeptes reicht weit zurück

Zusammenfassungen finden sich unter anderem bei Mentzos (1992, 22 ff) oder in einem Artikel in der Zeitschrift Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie (Splett, Steinberg 2003, 45 ff) und seien hier nur kurz wiedergegeben.

In der Antike glaubte man, dass es sich um eine *primäre Uteruserkrankung* handelte. Es gab Ideen von einer im Körper umherirrenden Gebärmutter, unterkühlt, glühend nach Samen und Kindern verlangend.

Im Mittelalter galt die Hysterie als *Besessenheit*, wirken doch hysterische Symptome oft gespenstisch und fremdgesteuert, indem sie sich scheinbar jeglicher bewusster Kontrolle entziehen. Das ins Unbewusste Verdrängte wird also nach außen verlagert, externalisiert.

Später wurde die Hysterie als *Folge sexueller Abstinenz* gewertet und so auch Männern als Diagnose ermöglicht. Inzwischen ist allen Menschen in helfenden Berufen klar, dass hysterische Symptome natürlich auch bei Männern auftreten, eine Behauptung auch Freuds, die damals heftige Proteste in der Ärzteschaft hervorrief. Mit den besonderen Ausprägungen der männlichen Hysterie setzt sich Schmidbauer in seinem Buch „Der hysterische Mann. Eine PsychoAnalyse“ auseinander (2001).

Die zweite Hypothese war die der *gynäkologischen Erkrankung*, wobei das Interesse nun mehr weniger dem Uterus galt als viel mehr den Ovarien, die ab der ersten geglückten Ovariectomie durch Hegar (1872) dann in den nächsten Jahrzehnten häufig entfernt wurden. Die Kastration von Frauen fand Befürworter in den Reihen der Anhänger der Degenerationslehre, die sich auch auf die familiäre Häufung hysterischer Phänomene beriefen. Später häuften sich Proteste

von Ärzten, die nach den gynäkologischen Eingriffen keine Verbesserung oder Veränderung der Symptome feststellen konnten.

Parallel dazu gab es die Idee der *neurologischen Erkrankung*, kann doch die Hysterie verschiedenste Krankheitsbilder imitieren.

Schließlich gab es jedoch einen Trend weg von der *Somatogenese hin zur Psychogenese*, wobei der erste Vertreter dieses Trends Briquet (1858) war, später Möbius (1883), schließlich Charcot und später Freud.

Jean Martin Charcot lebte von 1825 – 1893, war Neurologe an der Salpêtrière in Paris und seine Falldemonstrationen im Rahmen der *Leçon du mardi* erfreuten sich größter Beliebtheit auch bei Nichtmedizinern. Charcot demonstrierte, dass hysterische Symptome durch Hypnose hervorgerufen aber auch aufgelöst werden konnten. Charcot hatte zwei berühmte Schüler, einerseits Sigmund Freud, der sich 1885-1886 in Paris aufhielt und andererseits Pierre Janet. Beide sollten später eine wichtige Rolle bei der Definition hysterischer Krankheitsbilder spielen, wobei Freud eher mit der Konflikttheorie und dem Begriff Konversion und Janet eher mit der Traumatheorie und dem Begriff Dissoziation assoziiert wird.

Eine kurze Darstellung von Freuds Hysteriekonzept:

Grundsätzlich unterscheidet man in der Psychoanalyse Symptomneurosen von Charakterneurosen, eine Unterteilung, die sich bis heute verfolgen lässt. Die Charakterneurosen entsprechen grob den Persönlichkeitsstörungen, den Symptomneurosen die entsprechenden neurotischen Störungsbilder.

Freud unterscheidet Aktualneurosen von Psychoneurosen. Aktualneurosen entstehen durch aktuelle Probleme (meist das Geschlechtsleben betreffend), Psychoneurosen sind aus der Psychogenese des jeweiligen Individuums ableitbar.

Als Ursache der Hysterie postulieren Freud und Breuer in ihrem 1895 erstmals erschienenen Buch „Die Studien über Hysterie“ ein psychisches Trauma, ein meist weit zurückliegendes, besonders belastendes, häufig in der Kindheit stattgefundenes Ereignis, das mit peinlichen, überfordernden Affekten wie Angst, Scham und psychischem Schreck verbunden ist. Der Zusammenhang zwischen Symptom und Anlass, also dem Trauma, sei oft klar und verständlich, oft aber nur mehr symbolisch dargestellt und schwer nachvollziehbar. Ist es nun möglich, zum Beispiel durch Hypnose, den Hysteriker wieder an das die Symptome verursachende Trauma heranzuführen, so kann der Patient durch die kathartische Wirkung der Konfrontation mit dem das Trauma begleitenden Affekt von seinen pathogenen Reminiszenzen, wie Freud sich ausdrückt, geheilt werden. Diese Erinnerungen, an denen der Patient leidet, hätten nämlich einen den Patienten überfordernden Affektgehalt, der zum Zeitpunkt der Traumatisierung nicht abreagiert werden konnte. Dass nun wiederum diese Traumata auch tatsächlich die verschiedenen Symptome verursachen können, dafür sei, so Freud und Breuer, ein veränderter Bewusstseinszustand nötig, den sie als hypnoiden Zustand beschrieben. Freud verließ allerdings später diese Idee des Hypnoids wieder. Durch die kathartische Wirkung der Therapie könne nun also das Abreagieren des zum Zeitpunkt des Auftretens eines Traumas unmöglich zu

durchlebenden Affektgehaltes auf- und nachgeholt werden, wodurch es zur Auflösung der Symptomatik komme. Das Trauma selbst, bis zu diesem Zeitpunkt nicht erinnerbar, wird dadurch wieder bewusst. Dieses erste Hysteriekonzept umfasst also die Teilschritte: Psychisches Trauma, Abspaltung im hypnoiden Zustand und dadurch fehlendes Abreagieren, pathogene Reminiszenzen, die das Symptom direkt oder in symbolischer Art hervorrufen, Erinnern und Abreagieren des Affektes durch die kathartische Wirkung der Therapie, Auflösung der hysterischen Symptome.

Freud entwickelt später dieses Konzept alleine weiter. In einem zweiten Schritt klärt nun Freud die Frage, wie es denn zu diesen Symptomen komme. Die verdrängten Vorstellungen und Affekte, die mit dem Ereignis selbst im Zusammenhang stehen würden, bilden eine intrapsychische Spannung, aus der wiederum mittels Konversion, das heißt, Umwandlung seelischer Energie in körperliche Innervation, die verschiedenen und oft so bunten Symptome entstehen. Unter dieser Umwandlung wird aber weniger ein energetischer Vorgang verstanden als vielmehr eine symbolische Übersetzung und Umsetzung in die Körpersprache. Hier kommen also bereits zwei wichtige Abwehrmechanismen ins Spiel, die bei der Hysterie eine Rolle spielen. Die mit dem Ereignis assoziierten Gefühle und Vorstellungen werden durch den Mechanismus der Verdrängung abgewehrt, gegen das Erinnern wird Widerstand geleistet und schließlich wird die innerpsychische Spannung mittels Konversion in Körperinnervation umgewandelt, wodurch das Symptom als symbolische Ausdrucksform des Affektgehaltes des Traumas entsteht. Das Verdrängte wird so in die Körpersprache übersetzt. Die Konversionssymptome drücken verdrängte Inhalte, Vorstellungen und Gefühle durch den Körper aus.

Später revidiert Freud seine ätiologischen Überlegungen und rückt von der Idee des Traumas sukzessive ab, sieht schließlich im Mittelpunkt der Hysterie unbewältigte Konflikte. Warum und in welchem Ausmaß Freud von der Traumatheorie abrückt, wird in unzähligen Büchern und Fachartikeln diskutiert. Dieser Diskussion will ich mich hier nicht stellen. Wer sich dafür interessiert, wird in den vielen Veröffentlichungen zur Psychotraumatologie, zur Hysterie usw. darauf stoßen. Eine äußerst exakte und chronologische Darstellung des Ablaufs dieser Theoriebildung ist dem Buch von Köhler „Das Werk Sigmund Freuds“ zu entnehmen (Köhler 2000).

Die klassische psychoanalytische Theorie ging nun danach also davon aus, dass besonders Konflikte aus der ödipalen Phase und ihre Reaktivierung im Erwachsenenalter den hysterischen Symptomen und Charakterbildungen zugrunde liegen würden. Es galt also sehr lange die Vorstellung einer fixen Zusammengehörigkeit von ödipalem Konflikt, Konversion und Hysterie. Man glaubte, "Hysterie sei eine eindeutig definierbare Psychoneurose, die auf einem unlösbar gebliebenen ödipalen Konflikt basiere, der mit Hilfe der Konversion pseudogelöst und dadurch zur Ursache der verschiedenen hysterischen Symptome werde" schreibt Mentzos in seiner Einleitung zur Taschenbuchausgabe von Freud und Breuers "Studien über Hysterie" (Mentzos 1991, S. 12).

Wenn man Freuds Thesen von vor über Hundert Jahren noch einmal auf sich wirken lässt, ist es schon beeindruckend, wie viele Ideen und Hypothesen der modernen Psychotraumatologie sich schon in seinen Frühwerken finden.

Gibt es die Hysterie noch?

Als Krankheitseinheit? Als Neurosenform? Als Symptomatik? Die Krankheitseinheit Hysterie gibt es nicht mehr, das „Hysterische“ ist in drei verschiedene Krankheitsbilder zerlegt worden. Das Hysterische als Neurosenform gibt es nicht mehr, einerseits weil die Konflikttheorie unmodern geworden ist, andererseits, weil wie bereits erwähnt psychoanalytisches Gedankengut, so auch die Neurosenlehre, mehr und mehr vermieden wird.

Die "Klassiker" dieser hysterischen Symptome sind laut Mentzos, und das entspricht auch meiner Beobachtung, nicht mehr besonders häufig zu sehen. Einerseits ist das Wissen um die Funktion hysterischer Symptome schon zu verbreitet, sodass davon auszugehen ist, dass die Verdrängung der dahinter verborgenen Konflikte noch stärker, bis zur Resomatisierung gehen muss, was wiederum die Zunahme der Psychosomatosen erklären würde, andererseits dürften die Betroffenen eher feinere, aber auch diffusere Formen der Symptombildung wählen, wie zum Beispiel unklare Schmerzzustände, Kreislaufstörungen, Erschöpfungszustände usw. Insgesamt, so glaubt Mentzos, sind die hysterischen Phänomene nicht seltener, sondern eher feiner, schwerer durchschaubar und damit auch zeitgemäßer geworden.

Zwei Trends der letzten Jahre sind aber besonders stark ausgeprägt, die traumatheoretischen Konzepte erleben eine Renaissance (damit auch Pierre Janet) und das Interesse gilt stärker den dissoziativen Phänomenen (weil häufiger) und weniger der Konversion.

Das aktuelle Hysteriekonzept

A) Mentzos:

Die hysterischen Phänomene sind bunt, scheinen auf den ersten Blick nicht viel gemeinsam zu haben, und doch haben sie bei genauerem Hinschauen einen gemeinsamen Nenner, den Mentzos folgend beschreibt. "Das für den hysterischen Modus der Konfliktverarbeitung *Spezifische* liegt meiner Meinung nach darin, dass hier für den äußeren und den inneren (Über-Ich) Beobachter *etwas inszeniert wird* - eine Inszenierung, die zwar in energetischer Hinsicht tatsächlich auch eine versteckte Teilbefriedigung oder Affektbildung erlaubt, die aber an erster Stelle folgende Funktion hat: Durch das, was ausgedrückt und inszeniert wird, kann der Betreffende 'in einem anderen Licht erscheinen'." (Mentzos 1993, S. 157)

Mentzos unterteilt nun diese hysterischen Phänomene in folgende Gruppen:

- a) *Körperliche Funktionsstörungen (Konversionssymptome)*, worunter Phänomene wie Sehstörungen, Atembehinderungen, Schwindelzustände, Muskelschwächen, Lähmungen, Anästhesien, Hör-, Sprach- und Schluckstörungen, Erbrechen, Zittern, Astasien bis hin zu hysterischen Anfällen subsummiert werden. Diese Symptome sind psychisch bedingt, also nicht organisch, sie sind auch nicht simuliert, sondern sie drücken mehr oder minder deutlich unbewusste Sehnsüchte, schwer fassbare Gefühle oder Phantasien aus und sind oft schwer von tatsächlich organisch bedingten, vor allem neurologischen Erkrankungen abzugrenzen.

- b) *Psychische Funktionsstörungen*. Dazu zählt Mentzos Dämmerzustände, Erinnerungslücken, Amnesien, "Ich-Spaltungen", Pseudodemenzen und Erregungszustände. Auch mit Hilfe dieser Symptome stellt der Betroffene auf oft gekünstelt und unecht wirkende Art und Weise sein Inneres unbewusst dar und spaltet diese psychischen Prozesse vom Bewusstsein ab, weshalb sie auch als dissoziative Erscheinungen bezeichnet werden.
- c) *Hysterische Verhaltensmuster und hysterische Charakterzüge* schließlich bilden die dritte Gruppe. Dabei handelt es sich um relativ konstante Charaktereigenschaften wie Tendenzen zur Dramatisierung, Übererregbarkeit, Egozentrismus, verführerisches Verhalten, Koketterie, Theatralik, Suggestibilität, emotionale Labilität und eine sogenannte verlangende Abhängigkeit (demanding dependancy).

Alle drei Formen hysterischen Phänomene dienen der neurotischen Abwehr und der neurotisch kompromisshaften Befriedigung.

Körperliche Funktionsstörungen (Konversionssyndrome) sind unter dem Begriff Konversionsstörung (oder hysterische Neurose, Konversionstypus) zu finden und gehören im DSM-5 zur Kategorie der sogenannten somatischen Belastungsstörung, im ICD sind sie unter die dissoziativen Störungen gereiht.

Die psychischen Funktionsstörungen, die dissoziativen Erscheinungen also, werden im DSM-V unter dem Überbegriff dissoziative Störungen angeführt. Darunter werden phänomenologisch ähnliche aber ätiologisch völlig unterschiedliche Krankheitsbilder zusammengefasst. Hierunter fallen laut im DSM-V die dissoziative Identitätsstörung, die dissoziative Amnesie, die Depersonalisations-/Derealisationsstörungen und andere dissoziative Störungen, zusammengefasst unter den nicht näher zu bezeichnenden Störungen.

Hysterische Verhaltensmuster und hysterische Charakterzüge werden unter dem Begriff "histrionische Persönlichkeitsstörung" subsumiert. Hier hat man also das griechische Wort für Uterus "hystera" bereits verlassen, um diese Charaktere zu beschreiben und hat sich für das lateinische Wort "histrio" als Bezeichnung für den Schauspieler entschieden.

B) Hoffmann:

Nach Hoffmann unterscheidet man die Hysterie vom polysymptomatischen Typ (entsprechend der Somatisierungsstörung) von der Hysterie vom Konversionstyp, der Hysterie vom dissoziativen Typ und schließlich die hysterische Persönlichkeit. Im Laufe der Begriffsentwicklung wurden von der Hysterie folgende Krankheitsbilder ausgegliedert: die Angsthysterie entspricht einerseits der Phobie und andererseits der Panikattacke, der polysymptomatische Typ (oder Briquet-Syndrom) zählt bereits zu den somatoformen Störungen, die klassischen Psychosomatosen werden völlig

anders konzeptualisiert oder zu den somatoformen Störungen gezählt und schließlich die infantile Persönlichkeitsstörung.

DSM – ICD

Die Klassifikationsschemata DSM und ICD haben die „Konkursmasse“ Hysterie unterschiedlich übernommen. Im ICD werden die Begriffe Konversion und Dissoziation gleichgesetzt, beziehungsweise meines Erachtens schlecht und unscharf definiert, das ICD ist dissoziationslastig. Im DSM hingegen werden Konversion und Dissoziation noch klar getrennt, die Konversionsstörungen aber zu den somatischen Belastungsstörungen gezählt. Der Vergleich dieser Schemata ist verwirrend.

Der Versuch von Mentzos übergreifend einen gemeinsamen Nenner in den Störungsbildern zu finden, wurde bereits erwähnt, er spricht vom „Hysterischen Modus“, also einem spezifischen Modus der neurotischen Konfliktverarbeitung.

Zur Epidemiologie

Verlässliche epidemiologische Daten sind schwierig zu erhalten. Dies hat mehrere Gründe. Aufgrund der Begriffsdiffusion Konversion und Dissoziation sind Daten verfälscht. Viele Patienten mit Konversionsstörungen liegen an nicht psychiatrische Abteilungen und werden dort eventuell iatrogen in ihren körpernahen Ausdrucksgebaren fixiert, oft auch nicht oder fehldiagnostiziert. Einige Krankheits-bilder sind zudem extrem selten, epidemiologische Studien werden kaum gemacht, sodass es zur Häufigkeit dissoziativer Störungen oft nur Schätzungen gibt.

Grob aber kann man von 2-6 % von Menschen mit dissoziativen Störungen (ICD-10 Definition) ausgehen (Punktprävalenz), die histrionische Persönlichkeitsstörung wird mit einer Häufigkeit von 2-3 % in der Bevölkerung angegeben. Geschätzte 9 % der neurologisch stationären Patienten haben eine dissoziative Störung. Bei 75 % manifestiert sich die Erkrankung relativ früh und zwar zwischen dem 17. und 32. Lebensjahr. Das Geschlechtsverhältnis wird mit drei Frauen auf einen Mann angegeben. Sieben Jahre vergehen im Schnitt zwischen Erstmanifestation und Beginn einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Auf exakte Durchuntersuchung muss größtes Gewicht gelegt werden, bei 20 – 60 % der „Konversionsneurotiker“ wird später eine organische Ursache festgestellt. Auf die hohe Komorbidität wird in allen fachspezifischen Artikel und Büchern aufmerksam gemacht, diesbezüglich gilt es vor allem Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Angst-erkrankungen, Traumafolgeerkrankungen und somatoforme Störungen zu beachten. Einen straffen und guten Überblick über die epidemiologischen Daten findet man bei Fiedler (2002).

Der gemeinsame Nenner

Allen Patienten mit hysterischen Symptomen jedoch ist mit ihrem Verhalten ein Wunsch gemeinsam, die Sehnsucht nach Publikum. "Der hysterische Mensch sucht bewusst oder unbewusst sein Publikum. Die Ausdrucksgebung mit den Mitteln der

hysterischen Symptombildung oder der hysterischen Verhaltensweisen hat eine eindeutig kommunikative Funktion, einen appellativen Charakter. Sie will in ganz bestimmter Weise beeindrucken, beeinflussen, überzeugen. Das Gros der hysterischen Symptome und Charakterbildungen kommt nur bei Anwesenheit von Zuschauern zur Wirkung. Hysterische Symptombilder lassen sich mit Inszenierungen vergleichen, die nur dann einen Sinn haben, wenn ein Publikum da ist, welches Inhalt, Dekoration, Dramatik der gespielten Handlung sowie die bevorzugten Schwerpunkte zu schätzen weiß." (Mentzos, 1992, S. 56)

Der wichtigste aller Zuschauer sitzt aber nicht außen, sondern es ist das eigene Über-Ich, das als internalisierter Beobachter überzeugt werden will. Dem Beobachter im Inneren entspricht ja auch die Tatsache, dass der zugrunde-liegende Konflikt ein intrapsychischer und damit kein äußerer ist.

Welchen primären und sekundären Krankheitsgewinn hat nun der Hysteriker?

a) Er kann seinen Gefühlen Ausdruck geben, ohne gleichzeitig für diese Gefühle noch zusätzlich Schuld- oder Schamgefühle entwickeln zu müssen. Er lebt etwas unbewusst aus, ohne dafür zur Verantwortung gezogen werden zu können.

b) Sehnsüchte, Triebe können in ihrem emotionalen Gehalt ausgelebt und auch befriedigt werden.

c) Durch die unbewusst veränderte Selbstrepräsentanz, die Manipulation des Selbstbildes erzielt der Hysteriker einen narzißtischen Gewinn. Insbesondere trägt der appellative Charakter hysterischer Symptome und Charaktermerkmale durch die vermehrte Zuwendung der Umgebung zur Hebung des Selbstwertgefühls bei.

d) Der Hysteriker überwindet seine innere Leere. Mit seinem Sensations- und Erlebenshunger wird das Gefühl innerer emotionaler Leere, die Einengung der Erlebensfähigkeit erträglich. Statt innerer Leere Pseudoerleben.

e) Der Hysteriker erfährt vermehrt Aufmerksamkeit, Zuwendung, Fürsorge, Schonung und natürlich auch die Möglichkeit, unangenehmen, peinlichen, schmerzhaften oder angstmachenden Situationen zu entkommen.

f) Der Hysteriker kann durch seine Symptome auch aufgestaute Frustrationsaggression und Rachebedürfnisse befriedigen.

Ich will nun mit diesem Teil der Arbeit zum Schluss kommen und Mentzos selbst das bisher Gesagte zusammenfassen lassen.

"Der *hysterische Modus* der neurotischen Konfliktverarbeitung lässt sich mit einer 'Inszenierung' vergleichen. Die unbewusst produzierten Szenen sind ausgesprochen Ich- (besser- Selbst-) bezogen und zielen auf eine *Quasi-veränderung der Selbstrepräsentanz* hin. Sowohl mit den Mitteln einer Körpersprache wie mit denjenigen eines durch Dramatisierungen, Akzentverschiebungen und Emotionalisierungen pseudoregressiv oder pseudo-progressiv veränderten Erlebens und Verhaltens entsteht die spezifisch hysterische neurotische Abwehr und kompromisshafte Befriedigung: Für die anderen und für sich und insbesondere für das eigene Über-Ich so zu erscheinen und sich so zu erleben, dass dadurch der primäre und der sekundäre Krankheitsgewinn erreicht wird."(Mentzos 1992, S. 115 f.)

Bibliographie und lesenswerte Literatur:

Breuer Josef, Freud Sigmund (1895): Studien über Hysterie. Einleitung von Stavros Mentzos. Fischer: Frankfurt am Main. 1991.

Clima M., Merckelbach H., Hollnack S., Knauer E.: Der Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation: Eine kritische Betrachtung. In: Fortschr Neurol Psychiatr. 2003. 600-608.

Die hysterische/Histrionische Persönlichkeitsstörung. In: Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie. Stuttgart: Schattauer. 2000. 4.

Eckhardt-Henn A., Hoffmann S. O.: Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Stuttgart: Schattauer. 2004.

Erkwoh R., Sass H.: Störung mit multipler Persönlichkeit: alte Konzeption in neuem Gewande. Nervenarzt. 64. 169-174.

Fiedler Peter: Dissoziative Störungen. Fortschritte der Psychotherapie. Manuale für die Praxis. Band 17. Hogrefe: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. 2002.

Fiedler Peter: Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim: Beltz. 2001.

Huber Michaela: Multiple Persönlichkeiten. Fischer: Frankfurt am Main. 1995.

Kapfhammer H. P., Möller H.-J.: Klinische Entität oder soziokulturelles Phänomen. In: Münch. Med. Wschr. 1995. 323-325.

Lehmann H.C., Hartung H.-P., Kieseier B.C.: Jean Martin Charcot im Spiegel der deutschen Nervenheilkunde. In: Nervenarzt. 2004. 187-192.

Mc. Hugh P. R.: Resolved.: Multiple Personality is an Individually and Socially Created Artifact. J. am. Acad. Adolesc.Psychiatry. 34.7.1995. 957 – 959.

Mentzos Stavros (1980): Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen. Fischer: Frankfurt am Main. 1992.

Orban Peter: Der Multiple Mensch. Fischer: Frankfurt am Main. 1996.

Pfeifer S., Brenner L., Spengler W.: Störung mit multipler Persönlichkeit. In: Nervenarzt. 65. 623-627.

Schmidbauer W. (1999): Der hysterische Mann. Eine PsychoAnalyse. Frankfurt: Fischer. 2001.

Schönfeldt-Lecuona C., Connemann B. J., Höse A. et al.: Konversionsstörungen. Von der Neurobiologie zur Behandlung. In: Nervenarzt. 2003.

Seidler G. H. (Hg.): Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels. Gießen: Psychosozialverlag. 2. Auflage. 2001.

Spitzer C., Freyberger H. J., Kessler Ch., Kömpf D.: Psychiatrische Komorbidität dissoziativer Störungen in der Neurologie. In: Nervenarzt. 1994. 680-688.

Splett T., Steinberg H.: Die Therapie der Hysterie im 19. Jahrhundert – Wie stand die deutsche Psychiatrie zur Kastration? In: Fortschr Neurol Psychiatr. 2003. 45-52.

Steinberg H.: Zum 150. Geburtstag von Paul Julius Möbius (1853-1907). In: Der Nervenarzt. 2004. 97-100.

Stübner S., Völkl G., Soyka M.: Zur Differentialdiagnose der dissoziativen Identitätsstörung (multiple Persönlichkeit). *Nervenarzt*. 1998. 440-445.

Thiel H.: Dissoziation und multiple Identität als Abwehr gegen die Grenzdifusion zwischen Phantasie und Handlung. Aus der psychoanalytischen Behandlung einer Inzestpatientin. In: *Psyche*.