

Regine Scherer-Renner

Der blinde Fleck – Diagnostik und Therapie hysterischer Symptomatik

The blind spot – diagnosis and therapy of hysteric symptoms

Hysterische Symptome sind nach wie vor verbreitet, werden aber oft nicht adäquat diagnostiziert und therapiert. Nicht selten firmieren sie unter Diagnosen wie depressive Episode, Fibromyalgie oder Somatisierungsstörung. Anhand einer prototypischen Fallvignette wird dargestellt, wie dieser blinde Fleck zu jahrelangen invasiven diagnostischen und therapeutischen Aktionen führen kann, die hohe Kosten verursachen, dabei eher sekundären Krankheitsgewinn erzielen, statt zu einer wesentlichen Verbesserung des eigentlichen Krankheitsbildes zu führen. Es werden psychoanalytische Überlegungen angestellt, welche Ursachen diesem Nichterkennen zugrunde liegen. Diskutiert werden diesbezüglich die unterschiedlichen Konzepte der Hysterie, die Auswirkung der internationalen Glossare, der Symptomwandel sowie die interpersonellen Arrangements und Gegenübertragungsprobleme.

Schlüsselwörter

Konzepte der Hysterie – Veränderung durch internationale Glossare – Symptomwandel – interpersonelle Arrangements – Gegenübertragung

Although hysterical symptoms are still widespread, they are often inadequately assessed and treated. Hysterical symptoms are commonly covered by other diagnoses such as depressive episode, fibromyalgia or somatization disorder. This blind spot could lead to long-term invasive diagnostic and therapeutic interventions, demonstrated by a case vignette, which cause high costs, but result in a morbid gain rather than a considerable amelioration of the illness. Psychoanalytic reflections about the reasons for failing to recognize hysterical symptoms are made. In this regard, the different theoretical concepts of hysteria, the impact of international glossaries, the symptom change as well as interpersonal arrangements and countertransference problems are discussed.

Keywords

Concepts of hysteria – change by international glossaries – symptom change – interpersonal arrangements – countertransference

Einleitung

Im ersten vorklinischen Semester meines Medizinstudiums in Tübingen nahm mich ein älterer Kommilitone mit in eine Vorlesung der Psychiatrischen Universitätsklinik. Der damalige Ordinarius stellte einen 50-jährigen, im Rollstuhl sitzenden Patienten vor und teilte uns mit, dass der Patient ein Leben als schwerer Pflegefall führen müsse, da sein gesamtes Muskelsystem atrophiert sei. Zugrunde liege eine hysterische Lähmung, die bisher nicht erkannt und nicht behandelt worden sei. Das war meine erste Berührung mit dem obigen Thema. Meine Erschütterung war vielleicht ein früher Anstoß für meine spätere psychiatrische Spezialisierung.

Sieben Jahre später arbeitete ich als wissenschaftliche Assistentin in der Universitätsnervenklinik München. In einem Einzelzimmer lag wochenlang eine Privatpatientin, die von ihrem Ehemann wie ein Kleinkind gefüttert und auf die Bettschüssel gesetzt wurde. Ihre dramatisch und laut geäußerten Schmerzattacken erfolgten immer häufiger (manchmal viertelstündlich) und mussten auf oberärztliche Anweisung mit der Injektion von 2 ml Kochsalzlösung bekämpft werden. „Alles hysterisch“ kommentierte der Stationsarzt voller Ärger das Geschehen. Wir jungen Ärzte litten unter dem Zwang, die unecht wirkende Inszenierung einer echten Not der Patientin mit einem nicht wirklich hilfreichen Placebo behandeln zu müssen. Wir vermissten ein theoretisches Erklärungsmodell, eine diagnostische Einordnung und ein sinnvoller therapeutisches Vorgehen. Glücklicherweise gab es unter der großen Schar der Klinikmitarbeiter zwei Ärzte in psychotherapeutischer/psychoanalytischer Weiterbildung. Durch einen der beiden (Prof. Buchheim) fand ich selber den Weg in ein entsprechendes Ausbildungsinstitut und erlebte die dort vermittelte psychoanalytische Krankheitslehre als große Bereicherung.

Inzwischen hat sich in unserem Fachgebiet viel verändert. Es gibt die Facharztbezeichnungen „Psychosomatische Medizin“ und „Psychiatrie und Psychotherapie“, ein Psychotherapeutengesetz und viele aufwendig ausgebildete psychologische Psychotherapeuten, zahlreiche Weiterbildungs- und Behandlungsangebote verschiedener psychotherapeutischer Schulen. Eine stärkere Offenheit in Bezug auf psychische Störungen hat sich in Medizin, Gesellschaft, Medien und Politik entwickelt. Übereinstimmend wird in der Fachwelt konstatiert, dass die dramatischen klassischen hysterischen Bilder, Lähmungen, Anfälle, Dämmerzustände, totale Amnesien, Blindheiten – wie oben teilweise geschildert – nur noch vereinzelt in Kliniken auftreten, und wenn, dann meist bei Patienten, die aus Ländern mit anderen kulturellen Bedingungen zugewandert sind. Ist also der oben beklagte Mangel „Schnee von gestern“?

Wird hysterische Symptomatik heute adäquater diagnostiziert und therapiert?

Zu dieser Fragestellung schildere ich zunächst eine aktuelle Vignette:

In einer Supervisionsgruppe von fortgeschrittenen, langjährig tätigen Teilnehmern (zwei psychologische Psychotherapeutinnen, zwei Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie, zwei Fachärzte für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie/Psychoanalyse) berichtet eine der Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie. Die

Kollegin hat jahrelang in einem großen psychiatrischen Klinikum gearbeitet und führt seit etwa 5 Jahren eine selbstständige, überwiegend psychotherapeutische Praxis. Es geht um eine 1965 geborene, jetzt 48-jährige Patientin, Frau S., die sich in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie befindet. Bisher hat eine Kurzzeittherapie stattgefunden mit 23 Behandlungsstunden (eine Wochenstunde im Sitzen). Die Patientin und die Therapeutin möchten die Therapie fortsetzen. Es muss ein Umwandlungsantrag an die Krankenkasse gestellt werden. Die Kollegin erhofft sich von der Gruppe Unterstützung bezüglich der Formulierung der Diagnose, der Psychodynamik und des therapeutischen Konzepts.

Erstgespräch

Die gepflegt wirkende, leger gekleidete, etwas übergewichtige Frau S. erscheint in Begleitung einer älteren, sehr elegant gekleideten und frisierten Dame, die offensichtlich an dem ersten Termin teilnehmen möchte. Die Patientin stellt sie als ihre Mutter vor. Die Therapeutin erklärt beiden, dass der Termin nur für die Tochter bestimmt sei. Die Mutter quittiert die Information mit einem eisigen Blick und verlässt nach einem Besuch der Toilette die Praxis. Im Behandlungszimmer bedankt sich die Patientin bei der Therapeutin dafür, dass sie die Mutter weggeschickt habe („Die muss nicht alles wissen, sie ist eh so neugierig“).

Der Therapeutin fällt gleich zu Beginn eine „abartige“ Sprachstörung auf, die aber für die Patientin keine Bedeutung zu haben scheint, „sie plappert munter drauf los“.

Symptomatik

„Sie befinde sich seit zwei Jahren in psychiatrischer Behandlung wegen Depressionen. Ihr Psychiater habe ihr Cymbalta, derzeit 90 mg pro Tag, verordnet, rate ihr aber auch zu einer ambulanten Psychotherapie, um ihre Probleme zu bearbeiten. Diesen Hinweis habe sie dankbar aufgegriffen. Sie leide unter Schlafstörungen, und schon länger gäbe es eine Krise in ihrer Ehe. Sie wisse nicht, ob sie und ihr Mann sich noch zusammenraufen können. Sie fühle sich unverstanden und traurig. Sie wohne mit ihrem Mann seit 28 Jahren im Haus ihrer Eltern. Ihre Eltern lehnen ihren Ehemann ab, es gebe deshalb viel Streit. Sie fühle sich oft zwischen den Stühlen sitzend, zwischen ihrem Mann und ihren Eltern. Sie erhoffe sich von einer Therapie, dass ihre Ehe wieder besser funktioniere, sie wolle einen anderen Umgang mit allem erlernen, wolle aber ihre Mutter nicht verlieren. Sie leide u. a. auch noch unter den Folgen eines 2006 erlittenen Schlaganfalls, den ihr allerdings keiner glaube“.

Auslösende Situation

„Sie sei vor einem Jahr mit ihrem Hund aus dem gemeinsamen Schlafzimmer ausgezogen. Sie schlafe jetzt mit ihm im Gästezimmer. Mit ihren 13 Jahren älteren Ehemann gäbe es seit vielen Jahren keine sexuelle Beziehung mehr. Ihren Mann habe zunehmend gestört, dass sie im Bett so viel mit dem Hund geschmust habe. Sie sei sehr tierlieb, Tiere seien ehrlich und am wenigsten enttäuschend. Es höre sich unglaublich an, aber ihr Hund verstehe sie besser als ihr Mann und tröste sie. Für ihre ehemaligen Hunde habe sie im Garten einen Privatfriedhof mit Grabsteinen. Ihr Mann mache sie seit Langem wütend, da er sie körperlich ständig bedränge. Sie erlebe ihn weich, unmännlich, anklammernd. Immer habe er um sie geworben, nur diesmal habe er sie nicht zurückgeholt, das habe sie

enttäuscht. Sie wolle sich eigentlich nicht trennen, sie habe auch Existenzangst. Ihr Mann betreibe erfolgreich ein eigenes Taxi-Unternehmen, während sie seit 1997 arbeitsunfähig sei und seit 2003 berentet. Ihr Mann sei großzügig, habe ihr z. B. schon zwei Pferde gekauft. Das Reiten tue ihr aber nicht mehr gut.“

Biographie

Die Patientin ist Einzelkind. Ihre Eltern seien seelisch sehr gestört. Die Eltern hätten immer viel Streit. In ähnlicher Weise gäbe es in ihrer Ehe auch dauernde Machtkämpfe. Den Vater (*1946), früher Flugzeugmechaniker bei einem großen Konzern, schildert die Patientin als oft betrunken, abwertend, schimpfend. Sie ist wütend auf ihn, weil er immer schon durch Überbehütung und Überfürsorglichkeit ihre Autonomie eingeschränkt habe. Von ihm fühle sie sich genauso unverstanden wie von ihrem Mann. Zur Mutter (*1946) habe nie ein herzliches Verhältnis bestanden. Als gelernte Herrenschnneiderin wurde sie nach der Geburt der Patientin rasch wieder ganztags berufstätig und gab die Tochter zu ihren Eltern, die in der Nähe wohnten. Bis zum 17. Lebensjahr sei sie bei den Großeltern aufgewachsen. Die Großeltern seien die wichtigsten Menschen in ihrem Leben gewesen, sie fühlte sich von ihnen gut behütet, schildert sie als aufmerksam und liebevoll. Sie habe viele praktische Dinge von ihnen gelernt. Den Tod des Großvaters 1982 und der Großmutter 2003 habe sie sehr betrauert. Zwischen ihrer Mutter und der Großmutter bestand eine Rivalität um die Liebe der Patientin, die Großmutter habe sie der Mutter „weggeschnappt“. Ihre Mutter sei oft traurig gewesen, sie habe sie dann trösten müssen. Der Vater habe die Mutter häufig verletzt, hätte sie angeblich nur wegen der Schwangerschaft geheiratet. Er hätte sich einen Sohn gewünscht und war enttäuscht über die Geburt eines Mädchens.

Die frühkindliche Entwicklung verlief unauffällig. Sie besuchte nur kurz einen Kindergarten, sie spielte lieber auf der Straße mit zahlreichen Kindern aus der Nachbarschaft. Schulisch sei sie nicht gefördert worden, daher habe sie nur den Hauptschulabschluss. Am meisten hätten sie Autos interessiert, sie wäre gerne Automechanikerin oder Pferdewirtin geworden. Auf Anraten der Eltern absolvierte sie eine Lehre als Verkäuferin. Ihre glücklichste Zeit sei zwischen dem 18. und 20. Lebensjahr gewesen, als sie nach dem Erwerb des LKW-Führerscheins als LKW-Fahrerin in der Schweiz, in Ungarn und in Österreich unterwegs war.

1985 lernte sie mit 20 Jahren ihren heutigen, 13 Jahre älteren Mann kennen. Sie wurde schnell schwanger und bekam nach zwei Abgängen ihre Tochter. Die Schwangerschaft verlief schwierig vor allem aufgrund der anfänglichen Ablehnung ihrer Eltern. Sie hätten sich einen besseren Schwiegersohn erwartet als einen Taxifahrer. Nach der Geburt ihrer Tochter änderte sich die Haltung der Eltern. Ihre Mutter, die sich immer ein zweites Kind gewünscht habe, das ihr der Vater verweigerte, vereinnahmte ihre Tochter und nahm sie zu sich, als das Kind ein Jahr alt war. „Das war ein großer Fehler“, sie habe sich jedoch der Mutter gegenüber nicht behaupten können. Ihre Mutter habe die Tochter wie ein Püppchen angezogen und sehr verwöhnt. In der Pubertät habe sie die Enkelin sogar in die Disco begleitet.

Sie selbst sei in ihren Mann zunächst sehr verliebt gewesen, sie war beeindruckt von seiner Stärke und Ausgeglichenheit. Die Nähe und Intimität zu ihm erlebte sie anfangs als erfüllend, später zunehmend als erdrückend. Im Verlauf ihrer Erkrankung störten sie seine übertriebenen Beschützerimpulse („Es gab keine wirkliche Beziehung zwischen uns“).

Ihr Mann habe sich immer mehr auf sein Taxi-Unternehmen konzentriert, er war meist weg, selbst an Weihnachten und am Geburtstag. Geld wurde das Wichtigste für ihn. Er sei immer noch ein gut aussehender Mann, schlank, sportlich. Urlaubsreisen fanden mit ihrer Mutter und ihrer Tochter statt ohne ihn. Als Kumpeltyp verstehe sie sich mit jedem, sie sei sehr kontaktfreudig, unterhalte viele, allerdings eher oberflächliche Freundschaften. Die jetzt 27-jährige Tochter wohnte bis jetzt in der Wohnung der Eltern der Patientin. Sie wäre gerne Kosmetikerin geworden, ist von Beruf aber Altenpflegerin. Sie hat – gegen den Wunsch der Patientin – mit dem Geld der Großeltern ein Fertighaus auf demselben Grundstück gebaut und ist dort vor kurzem mit ihrer Partnerin eingezogen. Eine in der Nähe liegende Eigentumswohnung, die dem Ehemann gehört, steht leer.

Diagnose der Kurzzeittherapie

Leichte depressive Episode (F 32.0);

Somatisierungsstörung (F 45.0)

Verlauf der Kurzzeittherapie

Es hat sich eine gute therapeutische Beziehung entwickelt, Frau S. kommt regelmäßig, die Therapeutin mag die Patientin „unheimlich gern“, entwickelt viel Mitgefühl für das Leid der Patientin in ihrer Ehe. Frau S. hat inzwischen einen Freund gefunden. Paul ist ein ehemaliger Mitarbeiter ihres Vaters, mit ihm unternimmt sie fröhliche Motorradtouren, er schleppt für sie schwere Steine, er stellt für sie „das Idealbild des Mannes“ dar. Eine sexuelle Beziehung bestünde zwischen ihnen nicht. Engagiert renoviert Frau S. mit Paul zusammen die Eigentumswohnung ihres Ehemanns. Manchmal hilft auch ihr Vater mit, der im Gegensatz zu ihrem Mann, der zwei linke Hände habe, praktisch begabt sei. Sie möchte, dass der Ehemann bald dorthin zieht für eine einjährige probeweise Trennung. Während der Fallvorstellung in der Gruppe fällt der Therapeutin plötzlich auf, dass die Sprachstörung in jüngster Zeit „ohne Behandlung“ deutlich besser geworden ist.

„Der Ehemann wird rausgeworfen, statt dass sich die Patientin entwickelt und von ihren Eltern ablöst“ kommentiert die Supervisionsgruppe den Verlauf der Kurzzeittherapie.

Häufig wird heute in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis erst mal ein Kurzzeittherapieantrag gestellt, insbesondere wenn die Therapeutin von der Antragspflicht für KZT befreit ist oder wenn die Therapeutin bezüglich des Falls unsicher ist oder wenn Zeitmangel herrscht zur Abfassung eines ausführlichen Antrags. Der Nachteil dieses als Entlastung empfundenen Vorgehens liegt darin, dass Anamnese, Psychodynamik und therapeutisches Konzept erst später mit der erforderlichen Sorgfalt erarbeitet werden.

So erklärt sich auch die „vorläufige“ Diagnose, die oft in dieser Form gestellt wird. Patienten mit hysterischer Symptomatik, wie sie m.E. hier vorliegt, werden dann unter dem Gesichtspunkt der depressiven Störung bzw. einer Somatisierungsstörung betrachtet und behandelt. Später berichtet die Therapeutin, dass ihr die Patientin zum Erstgespräch eine dicke Mappe mit Vorbefunden übergeben habe, die sie zunächst wenig beachtet habe.

Krankheitsanamnese

Die Mappe enthielt eine erschütternde 27-jährige Krankheitsanamnese. Eine Auflistung der ärztlichen Befunde und Berichte über zahlreiche Aktivitäten einer invasiven Diagnostik und Therapie (MRT, Operationen etc.) umfasst fünf DIN-A4-Seiten.

Ich versuche im Folgenden, die wesentlichsten Stationen dieses leidvollen Weges zu vermitteln:

- 1986 Beginn der Symptomatik nach der Entbindung durch Kaiserschnitt: seither leidet Frau S. bis heute unter Migräne und Schwindel
- 1991 Haglund-Fersen-Operation rechts, komplikationsloser Verlauf
- 1996 neurologische Komplikationen, Paro-Virusinfektion, stationärer Aufenthalt
- 1996 Schmerzen im Bereich der linken Ferse, wobei Frau S. durch eine Operation nicht schmerzfrei wurde
- 1997 zweimalige Revisions-Operationen
- 1997 ein „Sudeck-Syndrom“ wird diagnostiziert 1997, Achillessehnenverlängerung, Operation war erfolglos, anschließend wegen der anhaltenden Schmerzsymptomatik, Aufnahme zur Reha in einer orthopädischen Fachklinik
- 1999 stationärer Aufenthalt in orthopädischer Fachklinik dreimalige Revisions-Operation infolge des M. Sudeck Duplex-Sonographie der Beinarterien, Asthma bronchiale wird diagnostiziert
- 1999 der Hausarzt stellt ein Attest aus für einen Behindertenparkplatz
- 2000 Hysterektomie wegen anhaltender starker Blutungen
- 2001 Kernspin der HWS bei V. a. Bandscheibenprolaps, klinische Angaben: therapieresistentes Cervicobrachialsyndrom, Ergebnis: unauffällig
- 2002 Vorstellung in einem Krankenhaus mit orthopädischer Spezialisierung. Im Arztbrief steht: „Die von der Patientin verlangte Amputation des Unterschenkels kann weder medizinisch noch ethisch gerechtfertigt werden. Es besteht der Eindruck, dass schwere psychosomatische Überlagerungen diesen Wunsch bedingen“
- 2002 ambulante Vorstellung in der neurologischen Schwindelambulanz. Patientin klagt jetzt zusätzlich über Ein- und Durchschlafstörungen und Tinnitus (alle erhobenen Befunde sind im Normbereich)
- 2002 Vorstellung in der Schmerzambulanz „Die geschilderten Beschwerden sind von Symptomatik und Verlauf her nur schwer einzuordnen.“ Es wird eine antidepressive Medikation empfohlen
- 2003 Berentung

Zwischen 2003 und 2006 erfolgen weitere Aufenthalte in neurologischen Kliniken wegen „Bandscheibenbeschwerden“. Immer wieder werden Kernspinuntersuchungen durchgeführt, die keinen auffälligen Befund ergeben.

2006 kommt es zu einer massiven Verschlechterung, die ausgelöst wurde durch eine Liquorpunktion. Plötzlich kann die Patientin danach nicht mehr stehen, lesen und sprechen. Sie stottert, der rechte Arm zittert, die Beine fühlen sich „wie Beton“ an. Die Patientin nimmt an, dass sie einen Schlaganfall erlitten hat, eine Vermutung, die ärztlicherseits nicht bestätigt werden konnte. Ab da benötigt die Patientin zusätzlich zu Unterarmgehstützen und Rollator einen Rollstuhl

2006 erfolgt erneut durch den Hausarzt Einweisung in ein akademisches Lehrkrankenhaus zur internistischen Schwindelabklärung. Die Patientin will aufgenommen werden, obwohl ihr gesagt wird, dass bei ihr alles bereits abgeklärt worden sei und der Aufenthalt vermutlich ergebnislos bleiben werde. Nach endoskopischer Magenbiopsie, Oesopha-

goduodenoskopie wegen Refluxgastritis, Beckenkammbiopsie mit Entnahme von Knochenmark (alle Untersuchungen ergeben keinen organischen Befund) wird ein Psychiater hinzugezogen. Der konsiliarisch tätige Psychiater erhebt den „V. a. eine somatoforme Persönlichkeitsstörung“. Es gäbe keinen Hinweis auf Depression, der neurologische Status sei unauffällig. Er konstatiert eine dringende Notwendigkeit für die Behandlung in einer psychosomatischen Klinik.

2007 wird Frau S. erstmals stationär in einer Psychosomatischen Klinik aufgenommen.

Therapie und Verlauf (laut Klinikbericht)

Die Behandlung umfasste tiefenpsychologisch fundierte Einzelgespräche, Gruppentherapie, Körpertherapie, Gestalttherapie, Meditation, Physiotherapie, Logopädie.

„Großen Raum nahm ihre Empörung über das Verhalten der vorbehandelnden Ärzte ein, von denen sie sich in ihrer Not nicht gesehen fühlte. Am meisten bemängelte sie, dass trotz der massiven Verschlechterung nach der Lumbalpunktion ein versprochenes Gespräch mit dem zuständigen Oberarzt nicht zustande kam und ihr unterschwellig immer unterstellt worden sei, „spinnert“ zu sein. Sie halte sich nicht für depressiv, auch wenn ihr das mehrfach unterstellt worden sei und sie antidepressive Medikation erhalten habe. Sie würde sich ihre Beschwerden auch nicht nur einbilden. Um das zu beweisen, habe sie sich in die psychosomatische Klinik einweisen lassen.“

Einmal wurde ein systemisches Paargespräch durchgeführt, dabei fiel therapeutisch auf, dass der Ehemann wie auch die anderen Familienmitglieder mit viel Unverständnis und inadäquaten Forderungen auf die Beschwerden der Patientin reagieren, dass der Ehemann aber auch die Tatsache, seine Frau versorgen zu müssen, offensichtlich genoss. Auch wird berichtet, dass die Patientin sich zufrieden äußerte über ihre gesundheitlichen Einschränkungen, die ihr erlauben würden, sich vermehrt um ihre Mutter zu kümmern, statt wie früher die Zeit ihren Hobbys zu widmen. Damit erfülle sie auch die Erwartungen der Mutter.

„Weitere eindeutige Verbindungen zu traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren Konflikten oder gestörten Beziehungen konnten während des stationären Aufenthalts nicht beobachtet werden, so dass eine eindeutige Einordnung der Symptomatik zu den Konversionstörungen derzeit nicht möglich ist.“

„Vorsichtig psychoedukativ“ wurde versucht, mit der Patientin psychosomatische Zusammenhänge zu erarbeiten, vor allem den primären und sekundären Krankheitsgewinn zu durchleuchten. Sehr schnell fand die Patientin über eine kraniosakrale Therapie Zugang zu aus der Kindheit stammenden Verlustängsten, verbunden mit dem Gefühl, dass die Mutter sie früher zu viel alleingelassen hat. In Ansätzen wurde der Patientin ihre überstarke Bindung an die Mutter und die Fixierung auf die Kernfamilie bewusst.

Das anfänglich heftige Stottern hat sich sehr gebessert, tritt aber weiterhin bei Aufregung auf.“

Diagnose

V. a. gemischte Konversionsstörung (Bewegungsstörung, Sensibilitätsstörung)

- Sprechapraxie (F 44.7)
- V. a. psychogenen Schwindel (F 45.8)
- Komplizierte Migräne (G 43.3)
- Z. n. Sudeck-Allodystrophie linkes Sprunggelenk mit Spitzfußstellung nach multiplen Operationen (M 89.07)
- Allergische Diathese mit atopischem Asthma bronchiale (J 45.0)
- Tinnitus aurium rechts (H 93.1)

Medikation

Fluoxetin 40 mg

Sumatriptan bei Migräneattacke

Empfehlung

Stationäre Intervalltherapie in 6-12 Monaten

Von 2007 bis zum Beginn der 2013 begonnenen tiefenpsychologisch fundierten Einzeltherapie fand keine psychotherapeutische Maßnahme statt (Frau S. war mit der Behandlung in der psychosomatischen Klinik nicht zufrieden). Frau S. befand sich allerdings in ständiger somatischer Behandlung, davon zuletzt 2011 zu einer weiteren Bandscheibenoperation stationär und seit zwei Jahren in ambulanter psychiatrischer Behandlung.

Es handelt sich bei dieser Vignette um ein besonders dramatisches Beispiel (27-jährige Diagnostik und Therapie ohne wesentliche Besserung), aber keineswegs um einen Einzelfall. Fachärzte für Allgemeinmedizin berichten mir, dass sie solche Verläufe schon mannigfach erlebt haben. Auch gehört es heute nach meiner Erfahrung zum supervisorischen Alltag in den kasuistisch-technischen Seminaren, in denen bereits supervidierte Fälle, oft auch Prüfungsfälle, vorgestellt werden, in der Einzel- und Gruppensupervision – sowohl stationär wie ambulant –, dass hysterische Phänomene, wie sie m.E. auch in diesem Krankheitsbild enthalten sind (ich werde später detailliert dazu Stellung nehmen), nicht erkannt werden. Sie werden höchstens phänomenologisch-deskriptiv beschrieben und nicht in ihrer psychodynamischen Bedeutung erfasst. In der Regel wird dann oft irgendwann versucht, sie in einer diagnostischen Rubrik unterzubringen, wie in unserem Beispiel „V.a. Konversionsstörung, V.a. somatoforme Persönlichkeitsstörung, Somatisierungsstörung, psychosomatische Überlagerung, depressive Episode“ (s. Vignette).

„Bei einem großen Teil von in psychosomatischen, aber auch internistischen, orthopädischen oder Rehabilitationskliniken behandelten Patienten mit hartnäckigen ungeklärten „funktionellen“ Beschwerden und Syndromen handelt es sich oft um solche „hysterischen“, nicht erkannten unbewussten Reinszenierungen von alten Beziehungserfahrungen und/oder um unausgesprochene, unbewusste Mitteilungen in einer Körpersprache, die lange Zeit unverstanden und unbeantwortet blieb, zum Leid des Patienten und zur Unzufriedenheit oder Verlegenheit des Therapeuten“, schreibt Mentzos (2012, S. 146).

So beklagt sich Frau S. immer wieder, dass sie sich nicht verstanden fühlt von ihrem Mann, ihrem Vater, ihren behandelnden Ärzten.

Man fühlt sich an Freud erinnert, der 1886 an seine Braut Martha Bernays über einen Besuch bei Berliner Kollegen schreibt: „... Mendel (1839-1907) (damals der Herausgeber

des neurologischen Zentralblatts) bedauerte heute, daß sich Charcot, den sie ja alle für die erste Kraft gelten lassen, so schweren, unfruchtbaren und unsicheren Dingen wie der Hysterie zugewendet habe. Verstehst Du, warum man bedauern soll, dass die größte Kraft die schwersten Dinge in Angriff nimmt? Ich nicht“ (Tögel, 2013, S. 22).

Psychoanalytische Überlegungen zu denkbaren Ursachen, die den heutigen Umgang mit hysterischer Symptomatik nicht weniger schwierig gestalten als früher
An erster Stelle wären hier die unterschiedlichen Konzepte der Hysterie und ihre Veränderung im Lauf der Geschichte zu nennen, die ich im Folgenden in einem kurzen Überblick darstelle.

Die Konzepte der Hysterie und ihre Veränderung

Die Hysterie gilt als die älteste beschriebene psychische Störung. Die frühesten Befunde finden sich in den altägyptischen Fragmenten des Kahun-Papyrus aus der Zeit um 1900 vor Christus unter einem Kapitel über Erkrankungen des Uterus.

Hippokrates (430 bis 377) und Platon (427 bis 347) übernahmen von den Ägyptern dieses Konzept der Hysterie. Hysteria bedeutet Uterus. Die Erkrankung wurde ausschließlich Frauen zugeschrieben.

Im Mittelalter galt die Hysterie als Besessenheit. Die einzelnen Symptome wurden als Folgeerscheinungen einer Berührung durch den Teufel verstanden und deswegen auch „Stigmata diaboli“ genannt.

(Ein Orthopäde in meiner Balintgruppe erzählt „wenn meine Helferin mit der Karteikarte einer hysterischen Patientin mein Arztzimmer betritt, rufe ich ‚hebe dich hinweg, Satan!‘). Mit der Zeit der Aufklärung versuchte man sich vom mittelalterlichen Irrglauben zu verabschieden.

Zwischen 1700 und 1885 wurde die Hysterie zunehmend als neurologische Erkrankung aufgefasst. Zu erwähnen ist hier als bedeutendster Vertreter Paul Briquet und seine monumentale Monographie „Traité clinique et thérapeutique de l’hystérie“ (1859).

Als berühmtester Neurologe seiner Zeit galt Charcot (1825 bis 1893). Mithilfe von Hypnose gelang ihm der Nachweis, dass Lähmungen „Erfolge von Vorstellungen sind, die in Momenten besonderer Disposition das Gehirn des Kranken beherrscht haben und nicht mit den anatomischen Gegebenheiten übereinstimmen.“

Psychologische Faktoren wurden nun als Auslöser hysterischer Symptome akzeptiert. Charcot wies auch als Erster darauf hin, dass es auch männliche Hysteriker gibt.

Die hervorragendsten Schüler von Charcot waren Sigmund Freud und Pierre Janet. Auf Janet geht der Begriff der Dissoziation zurück.

1885 veröffentlichten Breuer und Freud ihre „Studien zur Hysterie“ und klärten erstmals über die psychische Entwicklung und die psychische Behandelbarkeit hysterischer Symptome auf.

Ging Freud – in der Tradition von Charcot – anfangs noch davon aus, dass die Disposition organoneurologisch-erblich und nur die Auslösung und Symptomatik psychologisch erklärbar sei, entwickelte er später zunehmend ein ausschließlich psychogenetisches Modell und führte nach der Aufgabe der (ersten) Verführungstheorie die Hysterie auf frühkindliche unbewusste ödipale Konflikte zurück.

1931 schreibt Otto Fenichel: „Die Hysterie ist das klassische Forschungsobjekt der Psychoanalyse, an ihr wurde die Methode der Psychoanalyse entdeckt, erprobt und aufgebaut.“ Der hysterische Charakter wurde als reine Folge des unbewältigten (unbewussten) ödipalen Konflikts gesehen.

In der Nachfolge von Freud gilt noch lange das traditionelle Konzept: Die hysterische Persönlichkeit (männlich und weiblich) ist spezifisch gekennzeichnet durch eine Fixierung auf die (genitale) ödipale Phase der kindlichen Entwicklung. Der intrapsychische Konflikt entsteht durch eine inzestuöse Bindung an den heterosexuellen Elternteil. Dementsprechend wurde der ödipale Konflikt als zentral erachtet. Die Bearbeitung im Rahmen der Übertragungsneurose und die Auflösung des Konflikts durch Deutung galten als wichtigstes Ziel der Psychoanalyse.

Die Krise des Hysteriebegriffs

Diese Begrenzung auf den ödipalen Konflikt als Verursacher aller unterschiedlichen hysterischen Erscheinungsformen der Hysterie wurde bald von verschiedenen Autoren angefochten.

1931 weist Wittels auf die wesentliche Rolle prägenitaler, speziell oraler Konflikte bei hysterischen Erscheinungsbildern hin. 1933 lösen Wilhelm Reich und Sandor Ferencsi auf dem Internationalen Psychoanalytischen Kongress heftige Reaktionen aus mit ihrer Meinung, das klassische Modell sei nicht ausreichend. In späteren Jahren spitzt sich die Kontroverse zwischen den Verteidigern des klassischen Modells und dessen Kritikern noch zu.

1979 beschrieb Hoffmann unterschiedliche Konstellationen entsprechend der vorherrschenden Konfliktart und zeigte auf, dass sich bei der Hysterie neben dem ödipalen auch ein oraler und ein narzisstischer Konflikt erkennen lassen.

1985 betont Loch den Abwehrcharakter der Hysterie: Die phallisch gefärbte Sexualität steht im Dienst der Herstellung einer libidinösen Mutterbeziehung. Auch dient die Hysterie der Abwehr früher Ängste.

1990 schreiben Kahn und Masud: das sexualisierte Verhalten gegenüber Männern ist eine verschleierte Suche nach einer Ersatzmutter.

Vor allem mit dem Aufkommen der Selbstpsychologie und der Objektbeziehungstheorie richtete sich das Interesse der Psychoanalytiker immer mehr auf die frühen präödipalen Entwicklungsphasen, und das führte zu der Erkenntnis, dass viele andere Konflikte, aber auch Belastungen und Traumatisierungen auf eine ähnliche Weise pathologisch verarbeitet werden können. Umgekehrt kamen bei ödipalen Konflikten nicht nur hysterische, sondern auch defensive und kompensatorische Mechanismen vor.

Die hysterischen Phänomene können also auf sehr verschiedenen Entwicklungsniveaus anzutreffen sein, von der Ebene des psychotischen Funktionierens über die Borderline-Hysterie bis zu hochstrukturierten neurotischen Formen (s. kreative Persönlichkeiten). Bis etwa in die 1970er Jahre wurde noch die Diagnose „hysterische Psychoneurose“ in der Psychoanalyse und in der Psychiatrie verwendet, ab da wurde zunehmend dieser diagnostische Begriff aufgegeben, wie überhaupt das Konzept der Neurose als nosologische Entität als zu ungenau verabschiedet wurde.

Die Veränderung durch die internationalen Glossare

1980 büßte die hysterische Neurose endgültig ihren Status als Krankheitskategorie ein, als sich mit der 3. Auflage des DSM und der 9. Auflage der ICD zwei Glossare international durchsetzten, um präzisere diagnostische Kriterien zu schaffen.

Auch wenn sich die Ansichten in Bezug auf die Pathogenese in der Psychiatrie sehr von der Psychoanalyse unterschieden, bestand doch noch in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in deskriptiv-psychiatrischer Sicht ein unausgesprochener Konsens darüber, dass Konversionssymptome, dissoziative Störungen und die hysterische Persönlichkeit irgendwie zusammengehören. Bei der jetzt konsequent angewandten operationalisierten Diagnostik ist kein gemeinsamer Nenner mehr bei den bis dahin hysterisch genannten Störungen auszumachen.

An die Stelle des alten Neurosebegriffs traten drei Grundtypen hysterischer Phänomene (von Seidler 2001 als Konkursmasse bezeichnet):

- die Konversionsstörungen (körperliche Funktionsstörungen)
- die dissoziativen Störungen (psychische Funktionsstörungen)
- die histrionische Persönlichkeitsstörung.

Hysterische Symptome

Konversionsstörungen

Zwischen 1894 und 1916 entwickelte Freud 4 Modelle zur Konversionsstörung.

1894 führt er erstmals den Begriff der Konversion ein und definiert ihn im Wesentlichen so: Unverträgliche Vorstellungen, z. B. verboten erlebte Triebwünsche werden unschädlich gemacht, indem die Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird. Im ersten Modell steht Freud noch in der organophysiologischen Tradition von Charcot.

1896/97 entstand das zweite Modell im Kontext der Verführungs- oder Traumatheorie. In diesem Modell distanziert er sich von organischen Erklärungsfaktoren zugunsten der Spezifität psychologischer Faktoren durch das frühkindliche Sexualtrauma. Die unbewusste Erinnerung an das real sexuelle Trauma und der körperliche Ausdruck an den real missbrauchten Körperregionen führen zur Symptommanifestation.

1905 entwickelte er in Zusammenhang mit der berühmten Fallgeschichte „Dora“ in „Bruchstück einer Hysterieanalyse“ das dritte Modell. Freud hatte inzwischen die Verführungstheorie aufgegeben. Anstelle des realen Sexualtraumas setzte er die ödipalen Phantasien. In diesem Modell führt er wieder einen körperlichen Erklärungsfaktor ein, das sogenannte somatische Entgegenkommen. Dieses ermöglichte Dora, dass die unbewusste Phantasie vom oralen Geschlechtsverkehr des Vaters mit seiner Geliebten Ausdruck findet in Husten und Aphonie. Statt der realen Manipulation von Genitalien, wie in der Traumatheorie angenommen, ist es jetzt das Daumenlutschen, die frühe lustvolle Besetzung der oralen erogenen Zone, die später somatisch entgegenkommt.

1916/17 das vierte Modell der Konversion, das Freud in den „Vorlesungen“ ausarbeitete, änderte sich für ihn nicht mehr und blieb auch lange für seine Nachfolger relevant. Es ist ein rein psychogenetisches Modell. Die Konversion wird jetzt entwicklungspsychologisch erklärt: Durch eine inzestuöse Bindung kommt es zu einer Fixierung auf die ödipale Phase. Henningsen (1996) moniert zu Recht, dass sich vom ersten Modell bis heute eine the-

oretische Polarisierung von entweder psychisch oder organisch fortsetzt. So hatte z. B. Slater in den 1960er Jahren für große Aufregung gesorgt, indem er den psychoanalytischen Konversionsbegriff zur Mystifizierung einer Organkrankheit erklärte.

Aktuell erhofft man sich von der Neurobiologie neue körperbezogene Erklärungsmodelle. Es gibt erste Erkenntnisse, aber der gegenwärtige Stand der Neuropsychosomatik zur Konversionsstörung erlaubt noch kein Abgehen von der Annahme, dass es sich im Wesentlichen um psychogene Ursachen handelt (Noll-Hussong, 2009).

Die Konversion kann jedes Organsystem betreffen:

- Störungen der Sinnesfunktionen
- Sensibilitätsstörungen
- Lähmungen
- hysterische Anfälle
- Schmerzsymptome
- Funktionsstörungen vegetativ innervierter Organe, z. B. Verdauungsapparat

Frauen sind häufiger betroffen als Männer, die Angaben schwanken zwischen 2/1 und 10/1. Kinder unter 10 Jahren zeigen auch bereits schon Konversionssymptome, meist in Form von Anfällen und Gehschwierigkeiten.

Psychopharmakologische Behandlung spielt bei der Konversionsstörung eine unbedeutende Rolle im Vergleich zu den depressiven Symptomen.

Dissoziative Störungen

Der Begriff wurde 1889 von Pierre Janet eingeführt. Das allgemeine klinische Kennzeichen der Dissoziation ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen.

Es besteht eine nahe zeitliche Verbindung zu traumatisierenden Ereignissen, zu unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen. Meist beginnen die dissoziativen Zustände plötzlich und nehmen auch ein plötzliches Ende. Alle dissoziativen Zustände tendieren dazu, nach einigen Wochen oder Monaten zu remittieren. Chronische Zustände entwickeln sich oft langsam, vor allem wenn sie mit unlösbaren Problemen oder interpersonellen Schwierigkeiten verbunden sind. Patienten mit dissoziativen Störungen verleugnen oft ihre für alle anderen auffälligen Störungen. Die häufigsten dissoziativen Störungen sind heute die Sensibilitätsstörungen. Im Verlauf entwickeln sich oft hypochondrische Ängste, vor allem die Angst, an einer schwerwiegenden neurologischen Erkrankung zu leiden (z. B. MS).

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Verhaltensweisen und Persönlichkeitszüge, die eine gewisse Konstanz und typische Zusammensetzung aufweisen:

- Dramatisierungstendenz
- Übererregbarkeit
- Egozentrismus
- verführerisches Verhalten
- Suggestibilität
- emotionale Labilität
- verlangende Abhängigkeit (demanding dependency)

Die Phänomene stehen im Dienste der Abwehr, sie sind unecht wirkende Reaktionen auf eine echte Not.

Im Zusammenhang mit der histrionischen Persönlichkeitsstörung wurde das Adjektiv histrionisch eingeführt, das fortan oft synonym gebraucht wird mit hysterisch. Eigentlich wollte man von der pejorativen Konnotation des Begriffs wegkommen, statt hysterisch sollte histrionisch verwendet werden. Dieser wohlgemeinte Versuch ist nicht wirklich gelungen, denn histrionisch leitet sich ab von den „Histriones“, das waren die Possenreißer, eine verachtete Kaste von Schauspielern im alten Rom. Mentzos sieht das Wort auch hergeleitet von „oistros“ d. h. Brunft, wovon auch das Wort Östrogen abstammt. Also vom Uterus zu den weiblichen Hormonen – die Hysterie bleibt wieder dem weiblichen Geschlecht allein zugeschrieben. Mentzos wundert sich, dass die Verfasser der internationalen Nomenklatur den Lapsus nicht bemerkt haben (Mentzos, 2012, S. 152). Auch wenn das Konzept eines einheitlichen typischen Konflikts (klassisches Modell) aufgegeben scheint, gibt es wertvolle, für das Verständnis hysterischer Symptomatik hilfreiche Modelle zum Umgang mit der Konflikthaftigkeit hysterischer Inszenierungen.

King (2001) hat gezeigt, dass hysterische Inszenierungen häufig dort mobilisiert werden, wo in der Pubertät und Adoleszenz eine schon davor brüchige Balance zwischen Selbst und Objekt – gerade unter den besonderen Bedingungen der Genitalität – gefährdet wird. Dies führt nicht nur zu sexuellen Störungen, sondern auch zu anderen Dekompensationen. Auch bei Frau S. ist eine brüchige Balance von Selbst und Objekt anzunehmen. Ihre Selbstentwicklung wurde von Geburt an eingeschränkt. Sie war vom Vater nicht erwünscht, schon gar nicht als Mädchen. Später behandelte er sie am ehesten als Kumpel, eine Haltung, die bei der Patientin die konflikthafte Orientierung in der Geschlechtsidentität verstärkt hat, was z. B. zum Ausdruck kommt bei den späteren Berufswünschen Pferdewirtin bzw. LKW-Fernfahrerin. Auch in der Beziehung zur Mutter gibt es Defizite. Die Mutter überlässt ihre Tochter früh der eigenen Mutter und widmet sich lieber der Herrenschniderei, bindet sie andererseits in einer Selbstobjektfunktion als Partnerersatz für den als unbefriedigend erlebten Partner. Infolge der ungenügenden Wahrnehmung der eigenen Subjektivität durch beide Eltern fehlt es der Patientin an einer gesunden Selbstentwicklung, und sie bleibt fremdbestimmt durch die Bedürfnisse der elterlichen Objekte. Die Beziehung zu den Eltern ist eher dyadisch und nicht wirklich trianguliert. Ihr Versuch in der Adoleszenz (als zweite Chance s. Blos), selbstautonom auszubrechen und sich von der Herkunftsfamilie abzulösen, scheitert. Sie gerät aus der Abhängigkeit von den Eltern in die nächste Abhängigkeit von einem Ehemann, der in der Tradition des unbewussten Wiederholungszwangs steht. In der Familie der Patientin hat der Dritte keinen Platz. Als sie Mutter wird, wird ihr das Kind weggenommen, und der Konflikt zwischen Ehemann und Eltern führt zum Zusammenbruch der Abwehr. Es entwickelt sich ein (psychogener) Schwindel als somatisiertes Äquivalent der Angst, von allen Objekten verlassen zu werden, und Migräne als Ausdruck unterdrückter Wut über ihre Abhängigkeit.

Andre Green (1976) machte aufmerksam auf Patienten, die bei der sexuellen Vereinigung eine unbewusste Angst entwickeln, das primäre Objekt durch die Vereinigung mit einem anderen Menschen zu verraten bzw. zu verlieren und dadurch ein hysterisches Symptom (Impotenz oder sexuelle Aversion) entwickeln.

Der Hund, den die Patientin auf Drängen des Ehemanns aus dem Schlafzimmer entfernen

soll, könnte vielleicht für die Patientin Symbol ihres Kindes sein, das man ihr entfremdet hat bzw. auch ein bedrohtes Übergangsobjekt aus der eigenen Kindheit.

Rupprecht-Schampera (2001) versucht eine Revision des Hysteriekonzepts auf dem Boden von M. Mahlers Konzept von Separation – Individuation und dem Konzept der frühen Triangulierung von Abelin (1971/75). Im Gegensatz zu anderen Theorien, die die dritte Person erst auf der ödipalen Ebene als sozialen Partner einbeziehen, wird die dritte Person bereits in den prägenitalen Phasen triangulierend einbezogen.

Unter Triangulierung versteht man die in der Entwicklung des kleinen Kindes notwendige Relativierung der engen Beziehung zur Mutter durch das Auftreten des Dritten, im Regelfall des Vaters.

Die zentrale These von Rupprecht-Schampera ist, dass das Kind, das später eine hysterische Entwicklung nimmt, sich am Lebensanfang in einer konflikthaft gewordenen frühen Mutter-Kind-Beziehung befindet, wobei der Vater in seiner triangulären Hilfsfunktion nicht genügend zur Verfügung steht. Das Ausbleiben oder die Mangelhaftigkeit der Triangulierung führt zu einer Blockierung des Separations-Individuationsvorgangs von der frühen Mutter und mobilisiert in vielen Fällen den hysterischen Modus.

Auch Frau S. legt mit ihrer Biographie die Vermutung einer derartigen Psychodynamik nahe. „Sie hatte nie ein herzliches Verhältnis zur Mutter, die sie früh verlassen hat und sie an die Großmutter abgab.“ Die Mutter parentifiziert sie bis heute. „Aufgrund ihrer Behinderung hat sie viel Zeit, sich um die Mutter zu kümmern“, die die Patientin nicht loslässt, d. h., die hysterische Symptomatik dient der Bindung an die Vorstellung von einer haltgebenden, fürsorglichen, präödipalen Mutter, die sie nie hatte und immer noch ersehnt („Ich möchte meine Mutter nicht verlieren“).

Der Vater steht als positives präödipales triangulierendes Objekt zu wenig zur Verfügung. Laut Rupprecht-Schampera versucht dann das Kind, das Interesse des entfernten Vaters zu gewinnen, das Mädchen entdeckt, dass es für den Vater erotisch anziehend ist, und benützt Beziehungsmodalitäten aus der ödipalen Phase auf der Suche nach einer präödipalen Triangulierung, um sich von der Mutter zu separieren. Dadurch verwickelt sich das Mädchen verfrüht in ödipale Triebkonflikte.

Kommt es zu einer Enttäuschung bei dem Versuch, den Vater als frühes triangulierendes Objekt zu gewinnen, werden weitere Abwehrformationen nötig.

Die Enttäuschung am Vater wird oft verleugnet, stattdessen wird die Vaterbeziehung idealisiert, die Mutterbeziehung entwertet. Die Folge ist oft die Suche nach Ersatzvätern (Paul als Idealbild des Mannes).

Konversionssymptome treten besonders häufig auf, wenn psychische Triangulierungsformen zusammenbrechen. Der Gebrauch des Körpers bedeutet Unabhängigkeit von realen Personen.

Der Rückzug in die Kindlichkeit erscheint als einziger Ausweg aus dem inzestuösen Geschehen und wirft endgültig zurück auf den Zustand des Nicht-separiert-Seins.

Nur oberflächlich ähnelt die Situation dem normalen Ödipuskonflikt. In Wirklichkeit ist sie das Produkt komplizierter Abwehrvorgänge, um die Traumata mit Vater und Mutter zu verleugnen. Es entsteht ein pseudoödipaler Mythos: Der Vater ist als ödipaler Vater zu haben, während unter der scheinbar ödipalen Rivalität der Mutter das Ungetrenntsein von der mächtigen präödipalen Mutter persistiert. Um das Leiden zu durchbrechen,

muss ein schmerzhafter Verzicht geleistet werden auf die Idealisierung des Vaters. Erst die Anerkennung der Enttäuschung macht den Weg frei für Trauer. Sie ermöglicht auch die Auflösung der Fixierung auf den sexualisierten Lösungsversuch und auf das extreme Feindbild der ödipalen Mutter.

Rupprecht-Schampera führt hysterische Störungsbilder jeden Schweregrads auf einen gemeinsamen Grundkonflikt zurück und hält fest an einer klinischen Kategorie eines einheitlichen Krankheitsbildes.

Qualitative und quantitative Faktoren (spezifische Beziehungskonstellationen, spezifische Traumatisierungen, Alter, Verarbeitungsmöglichkeiten) bestimmen die Schwere des Krankheitsbildes und auf welchem Strukturniveau die Abwehr angesiedelt ist.

Bei der Borderline-Hysterie wird auf Separation zugunsten der Symbiose verzichtet. Es gibt kein Nein, dafür Angst vor Selbstverlust. Als Folge von sexuellem Missbrauch entwickelt sich nur eine hysterische Störung, wenn der Missbrauch einen Bedeutungszusammenhang erhält im Rahmen der sexualisierten, progressiven Abwehr.

Das Grundmodell von Rupprecht-Schampera ist ebenso gültig für die männliche Hysterie. Im Unterschied zur weiblichen Entwicklung muss der Junge eine Nottriangulierung mit seinem eigenen Körper vornehmen, wenn er den ödipalen Vater nicht zur Triangulierung einsetzen kann. Die Beziehung zur Mutter wird sexualisiert. Er findet anstelle des abwesenden Vaters in seinem sexualisierten Phallus das Objekt, mit dem er die Separation von der Mutter erreichen will. Die Beziehung zur Mutter muss neben der Annäherung das Gefühl von Sicherheit und zugleich das Gefühl von Getrenntheit vermitteln.

Die hysterische Lösung für den Mann ist schwieriger und bedrohlicher als für die Frau, da es immer eine direktere Konfrontation ist mit dem mütterlichen Objekt ohne Anwesenheit einer dritten Person. Die Annäherung an den Vater bedeutet, die hypersexuell forcierte Männlichkeit zu verlieren, die der zentrale Schutzmechanismus ist gegenüber der bedrohlichen Mutter.

Die Konzeptualisierung von Mentzos

Mentzos (2012, S. 94-100) vertritt die Meinung, dass für die Mehrheit der Psychoanalytiker heute das klassische Modell der Hysterie als überholt gilt, obwohl nach wie vor manche Analytiker (z. B. Andre Green, Rhode-Dachser, Rupprecht-Schampera) versuchen, das einheitliche Konfliktmodell zu retten). Mentzos findet, dass diese Modelle aber nicht eigentlich spezifisch sind für die hysterischen Phänomene.

Der Begriff Hysterie, umgangssprachlich noch gebräuchlich, ist als Fachbegriff aufgegeben. Mentzos plädiert für die Beibehaltung des Adjektivs „hysterisch“, da klinisch nach wie vor viele hysterische Symptome und Phänomene auftreten.

Diese hysterischen Phänomene weisen keine spezifische Konfliktart, aber spezifische Gemeinsamkeiten auf.

Als psychodynamisch Gemeinsames ist in allen hysterisch genannten Störungen (u. a. auch bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Selbstwertgefühlsstörungen, Traumafolgen) als Erstes der hysterische Modus der Konfliktverarbeitung zu nennen.

Mentzos versteht unter dem hysterischen Modus der Konfliktverarbeitung eine charakteristische unbewusste bzw. vorbewusste Inszenierung, „innerhalb derer der Betreffende, das Objekt und die Situation sowohl für die anderen als auch insbesondere für sich selbst anders erscheinen sollen, als sie sind“.

Die auf der deskriptiven Ebene so unterschiedlich wirkenden Erscheinungen der Konversionsstörungen, der dissoziativen Störungen oder der dramatisierenden, theatralischen histrionischen Persönlichkeit werden in dieser Sicht als Bestandteile einer unbewussten Inszenierung konzeptualisiert. Diese Inszenierung hat die Funktion, dass dadurch die unlustvolle intrapsychische Spannung, die Schuldgefühle, die Scham, die Minderwertigkeitskomplexe, die Verlassenheit, die Leere, der Schmerz reduziert und relativiert werden. Dieser Modus ist aber nur ein Ersatz für die echte, nicht mögliche Kommunikation und daher eine Pseudolösung, die nur vorübergehend zu einer Entlastung führt.

Wie kann man der Verwirrung entgehen und zu einer begrifflichen Klärung kommen? Nach wie vor finde ich hierbei das Konzept von Mentzos als besonders hilfreich.

Mentzos empfiehlt, sich bei der diagnostischen und klassifikatorischen Einordnung zunächst an die Art des Modus zu halten, dann aber gemäß der dreidimensionalen Diagnostik die Art der Konflikte zu klären und die Organisationsstufe der Persönlichkeit einzuschätzen (1982, S. 157ff).

Wie man an der obigen Vignette erkennen kann, bestehen auch Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose der Symptombildung (hysterischer) Konversionsstörungen versus (nicht hysterischen) Somatisierungsstörungen.

Die Körpersprache des hysterischen Symptoms ist eine andere als diejenige der somatoformen Symptome. Das hysterische Symptom stellt einen symbolischen Ausdruck für das Verdrängte dar, es drückt eine unbewusste Phantasie aus. Bei dem somatoformen Symptom handelt es sich um ein präsymbolisches Äquivalent eines impliziten Emotionszustands. Sehr oft bedient sich der hysterische Modus eines realen Kerns. Die Inszenierung baut sich teilweise um ein oft geringfügiges organisches Leiden herum auf (s. bei Frau S.), z. B. das Sudeck-Syndrom mit mehrmaliger operativer Revision. Hier korrespondiert der Modus mit einer Kollusion im psychosozialen Feld, der Angst der Ärzte, einen organischen Befund zu übersehen, ihrem Aktionismus, um Ohnmachtsgefühle abzuwehren, Abrechnungsfragen im Gesundheitssystem etc. Mentzos (2012, S. 98) spricht hier von sekundärer Hysterisierung.

Gegenübertragung

Ein weiteres gemeinsames Merkmal der verschiedenen Variationen des Hysterischen ist, dass diese Patienten bei den behandelnden Personen meist rasch eine charakteristische Gegenübertragung erzeugen, eine Mischung von Faszination und Ärger. Hervorgerufen wird die negative Gegenübertragung durch den nebelhaften, impressionistischen, technik- und faktenfeindlichen Stil der hysterischen Kommunikation (Shapiro, 1965), die naiv wirkende Unbekümmertheit angesichts schwerwiegender Funktionsausfälle, wie z. B. bei Frau S. die Nichtbeachtung ihrer Sprachbehinderung, der Wunsch nach Unterschenkelamputation, (die belle indifférence der französischen Autoren), Widersprüchlichkeit fern jeder Logik, das Sich-dumm-Stellen und scheinbar Nicht-ernst-Nehmen bedrohlicher Situationen. Dramatisierung und Emotionalisierung der Beschwerden erzeugen den Eindruck von Unechtheit. Auf der therapeutischen Seite entstehen dadurch Gefühle von Ohnmacht, Ratlosigkeit und Verwirrung, die schwer erträglich sind und ärgerliche Reaktionen hervorrufen.

Faszination erklärt sich durch verführerisches Verhalten, Direktheit, Lebhaftigkeit, Farbigkeit, Wandlungsfähigkeit (Seidler, 2001) spricht von den „Metamorphosen eines Paradiesvogels“. Manche Therapeut(inn)en tun sich dadurch schwer, Abstinenz und technische Neutralität zu wahren, lassen sich verführen und zur Komplizin der Patientin machen bzw. wiederholen das psychosoziale Muster, das von der Patientin mitgebracht wird. Oft wird die Gegenübertragung agiert, statt reflektiert.

Hysterische Symptombildung und Symptomwandel

Die „Hysterie“ gilt von jeher als die große Imitatorin nicht nur aller somatischen, sondern auch vieler psychischen Erkrankungen, die histrionische Persönlichkeitsstörung impliziert die Übernahme eines bestimmten Rollenverhaltens. Dass hier identifikatorische Prozesse am Werk sind, dafür spricht die Tatsache, dass solche Symptome und Verhaltensmuster in verschiedenen Epochen und Kulturen sich der jeweils dominierenden Stereotypen bedienen. Da die hysterische Inszenierung das Publikum einbezieht, werden Symptome und Verhaltensweisen bevorzugt, die gesellschaftlich am ehesten akzeptiert sind.

Symptome wie Tinnitus („bei Stress“), Migräne, Rückenschmerzen, unklare Erschöpfungszustände, Sensibilitätsstörungen, Schlafstörungen, Schwindel kommen daher nicht nur bei Frau S. vor, sondern sind weitverbreitet.

Abgesehen von den histrionischen Persönlichkeitsstörungen werden hysterische Patienten im Vergleich zu früher in psychiatrischen Kliniken heute seltener angetroffen, sondern werden oft lange mit invasiver Diagnostik und Therapie ambulant und stationär hauptsächlich in den Fachgebieten Neurologie, HNO, Orthopädie, Urologie (Reizblase), Gynäkologie und von internistischen Hausärzten behandelt. Im Symptomwandel liegt also eine weitere Ursache, dass hysterische Symptome in ihren vielfältigen Verstecken nicht aufgespürt werden.

Wie in der Vignette ersichtlich, dauerte es auch bei Frau S. viele Jahre, bis sie von einem psychiatrischen Konsiliarier in eine psychosomatische Klinik eingewiesen wurde. Aber auch dort tat man sich schwer, nicht nur wegen des inzwischen massiv verfestigten sekundären Krankheitsgewinns, der vielleicht eingeschränkten Reflexionsfähigkeit und dem unsicher zu beurteilenden Veränderungswunsch der Patientin, sondern m.E. auch deshalb, weil hysterische Phänomene zum Teil beschrieben wurden (z. B. „die hysterische Ehe“), aber die hinter der deskriptiv-phänomenologischen Klassifikation sich verbergende Psychodynamik der Erkrankung, d. h. „die unerhörte Botschaft der Hysterie“ (Israel, 1983), unerhört blieb.

Interpersonale Aspekte: Partnerbeziehungen

Im Entlassungsbericht der Psychosomatischen Klinik von Frau S. wird berichtet, dass aufgefallen war, wie sehr der Ehemann einerseits die Versorgung seiner hilfsbedürftigen Frau genoss, andererseits ihre Beschwerden nicht verstand und sie mit inadäquaten Forderungen belastete.

Willi (1975) machte darauf aufmerksam, dass das hysterische Verhalten der Patientin oft zu den neurotischen Bedürfnissen des Partners passt. In einem solchen Fall entwickeln sich unbewusste neurotische Arrangements, Kollusionen vom Typ der „hysterischen Ehe“. Ein innerlich verunsicherter Mann mit beeinträchtigtem männlichem Selbstwertgefühl fühlt sich angezogen von einer Frau, die im Rahmen eines pseudoregressiven hysterischen Verhaltens Schwäche, Kindlichkeit, Naivität darstellt und ihm dadurch Sicherheit und Auf-

wertung seiner Männlichkeit vermittelt. Ein anderer, weicher, anhänglicher, Unterwerfung suchender Partner kann an einer (pseudoprogessiv agierenden) phallisch-narzisstischen Frau Gefallen finden, in der er seine altruistisch abgetretene Männlichkeit bewundert. Manchmal finden sich wie bei Frau S. pseudoregressive und pseudoprogessive Tendenzen. Mentzos (S. 29) meint, dass heute ein großer Teil des hysterischen Potenzials der Bevölkerung in den tausendfach anzutreffenden neurotischen psychosozialen Arrangements, wie z. B. der hysterischen Ehe, aufginge. Dabei muss festgehalten werden, dass das Konzept von Willi (d. h., der wichtigste Aspekt ist die phallische Kollusion) heute ebenso wie das klassische Modell der Hysterie als zu eng betrachtet wird. Wir gehen inzwischen von unterschiedlichen psychosozialen Konstellationen aus, je nachdem welcher Konflikt im Vordergrund steht. Zumindest kommen drei Konflikttypen vor, entsprechend den häufig anzutreffenden drei Grundkonflikten (oral, ödipal, narzisstisch).

Bei Frau S. könnte der Hauptakzent der „hysterischen Ehe“ überwiegend auf der oralen Konfliktebene liegen.

Wie man bei Frau S. und ihrem Mann sieht, sind diese sozialen Arrangements oft sehr haltbar.

Erst in späteren Stadien der „hysterischen Ehe“ wird das Arrangement immer weniger tragfähig durch teuflerkreisartige Komplikationen. Das ablehnende, depotenzierende Verhalten wird als zu kränkend erlebt, der Druck durch die demanding dependency (pseudoregressive Form) wird unerträglich, oder der Beherrschungsanspruch (pseudoprogessive Form) erzeugt zu starke Aversionen bzw. Aggressionen. So scheint die eheliche Beziehung von Frau S. buchstäblich auf den Hund gekommen zu sein, und sie sucht jetzt Hilfe von außen in Form einer psychotherapeutischen Behandlung.

Schlussbemerkung

Die Prognose dieser leider sehr spät einsetzenden tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist sicherlich aufgrund des inzwischen verfestigten sekundären Krankheitsgewinns und der lebensgeschichtlichen, schicksalhaften Sackgassen mit Skepsis einzuschätzen. Durchgeführt wurden inzwischen fünfzig Behandlungsstunden, in denen die Patientin regelmäßig und engagiert mitgearbeitet hat. Zur Therapeutin hat sich eine tragende Beziehung aufgebaut, die Patientin äußert, sie fühle sich erstmals besser verstanden. Die antidepressive Medikation wurde beendet, die Arztbesuche reduzierten sich. Es gab in diesem Zeitraum keinen stationären Aufenthalt, auch keinen invasiven diagnostischen bzw. therapeutischen Eingriff. Frau S. möchte die Therapie noch fortführen mit der Zielsetzung, ihre eheliche Beziehung, die ihrem Leben bisher eine gewisse Stabilität verliehen hat, wiederzugewinnen und mehr Abgrenzung zu ihrer Herkunftsfamilie zu entwickeln. Erste positive Ansätze zeichnen sich hierfür ab.

Literatur

- Abelin, E.L. (1971). Role of the father in the separation-individuation process. In McDewitt, J. B. and C.F. Settlege (Eds.): Separation-Individuation, Essays in Honour of Margaret S. Mahler. New York: INt. Univ. Press, 229-252

- Abelin, E.L. (1975). Some further observations and comments on the earliest role of the father. *Int. J. Psycho-Anal.*, 6, 293-252.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris: éd. J.B. Bailliere
- Fenichel, O. (1931). *Psychoanalytische Neurosenlehre*. Wien: Neuausgabe (2005). Gießen: Psychosozialverlag.
- Hoffmann, S.O. (1979). *Charakter und Neurose. Ansätze zu einer psychoanalytischen Charakterologie*. Frankfurt: Suhrkamp. Taschenbuchausgabe 1984, 250-304.
- Hoffmann, S.O. (1996). Die alte Hysterie in den neuen diagnostischen Glossars. In G. Seidler (Hrsg.), *Hysterie heute* (2. Aufl.). Stuttgart: Enke. 1996 (2. Aufl. 2001). Gießen: Psychosozial.
- Israel, L. (1976). *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris. (dt. *Die unerhörte Botschaft der Hysterie*. München, Basel: E. Reinhardt, 2001).
- Janet, P. (1893). *Etat mental des hystériques*. Paris: Alcan. 1. Teil deutsch von Max Kahane (1894). *Der Geisteszustand der Hysterischen. Die psychischen Stigmata*. Leipzig, Wien: Deuticke. Reprint (2004). Neustrelitz: Antique Reprint.
- Khan, M. & Masud, R. (1990). *Psychoanalytische Wege zum verborgenen Selbst*. Frankfurt: Suhrkamp.
- King, V. (2001). Halbierete Schöpfungen. Die Hysterie und die Aneignung des genitalen Innenraums. Urszenenphantasien in der Adoleszenz. In G.H. Seidler (Hrsg.), *Hysterie heute* (2. Aufl., S. 247-282). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Loch, W. (1985). Anmerkungen zur Psychodynamik und Pathogenese der Hysterie (S. 135-174). *Jahrbuch der Psychoanalyse* 17. Stuttgart-Bad Cannstatt: fromann-holzboog.
- Mentzos, S. (1982). Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die Psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Frankfurt: Fischer, 157-159
- Mentzos, S. (2011). *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen* (5. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Mentzos, S. (2012). *Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen*. (10. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Noll-Hussong, M. (2009). Zur Neuro-Psychosomatik der Konversion. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 160(8), 356-361.
- Platon (1973). *Der Staat*. In: Platon, *Hauptwerke* (S. 188), ausgew. u. eingeleitet v. Stuttgart: Wilhelm Nestle.
- Reich, W. (1933). *Charakteranalyse. Technik und Grundlagen*. Berlin: Selbstverlag.
- Rupprecht-Schampera, U. (2001). Hysterie – eine klassische psychoanalytische Theorie. In G. Seidler (Hrsg.), *Hysterie heute* (S.103-132). Gießen: Psychosozial.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York: Basic Books.
- Seidler, G. (Hrsg.). (2001). *Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Slater, E. & T.O.O. & Glithero E. (1965). A follow-up of patients diagnosed as suffering from "hysteria". *Journal of Psychosomatic Research*, 9, 9-13.
- Willi, J. (1975). *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowohlt.
- Wittels, F. (1931). Der hysterische Charakter. *Psychoanalyse, Bewertung*, 3, 138-165.
- Tögel, C. (2013). *Freud und Berlin*. Sonderausgabe DGPT.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Regine Scherer-Renner
 FA für Psychosomatische Medizin | Psychoanalytikerin
 Kaiserplatz 11 | 80803 München | scherer-renner@gmx.de