

Regine Scherer-Renner, Thomas Bronisch, Serge K. D. Sulz

Editorial – Vorwort

Hysterie – Verständnis und Psychotherapie der Hysterischen Dissoziationen und Konversionen und der Histrionischen Persönlichkeitsstörung

Viele Leser mögen sich bei diesem Band über den scheinbar altertümlichen Titel „Hysterie“ wundern, da doch dieser Begriff seit dem Erscheinen von DSM-III offiziell abgeschafft wurde. Fundamentale Bestandteile der klassischen Diagnose einer Hysterischen Psychoneurose, nämlich Dissoziationen und Konversionen, wurden in andere Kapitel der Klassifikation ausgelagert. Anlass war für die nordamerikanische Psychiatrie die negative Konnotation des Begriffs in Abhängigkeit vom weiblichen Geschlecht (ὕστερα = hysteros: im Altgriechischen Uterus). Alternativ wurde der Begriff „Histrionic Personality Disorder“ gewählt, wobei „histrionic“ im Angloamerikanischen „theatralisch“ bedeutet und nicht weniger abwertend ist als der klassische Begriff „hysterisch“. Die Diagnose „Histrionic Personality Disorder“ ist im Augenblick in DSM-5 noch präsent, womöglich aber nur noch für eine Gnadenfrist, weil grundsätzlich in DSM die Diagnose einer Histrionischen Persönlichkeitsstörung wegen mangelnder empirischer Studien zur Validität der Diagnose im Rahmen einer Revision der Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen (Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders) eliminiert wurde. ICD-10 und ICD-11 sind dem Vorreiter DSM stets gefolgt. Trotzdem werden in der psychotherapeutischen Praxis die klassischen Begriffe „Hysterie“/„hysterisch“ noch oft benützt.

Sind wir also die Ewigestrigen, die statt eines Nekrologs auf diese Diagnose einen Wiederbelebungsversuch starten? Sicherlich nicht. Es geht uns zuerst um eine historische Darstellung der Entwicklung der verschiedenen Konzepte der Hysterie. Und wir wollen darauf aufmerksam machen, dass durch die moderne Zersplitterung der Diagnosen das komplexe Gesamtbild einer Persönlichkeit verloren geht und dementsprechend fehlgeleitetes therapeutisches Vorgehen nach sich zieht.

Regine Scherer-Renner fokussiert auf die nicht adäquate Diagnostik und Therapie hysterischer Symptomatik. Nicht selten firmieren sie heute 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 hysterischer Symptomatik zugrunde liegen.

Michael Zaudig zeichnet die Entwicklung des Hysteriekonzepts und Diagnostik in ICD und DSM bis DSM-5 nach. Der Begriff der Hysterie wurde im 4. Jh. v. Chr. von Hippokrates geprägt und als ein typisches weibliches Phänomen angesehen. Sydenham im 17. Jh., Briquet, Charcot, Freud und Janet im 19. Jh. entwickelten ätiopathogenetische Theorien zur Hysterie, die immer mehr Symptomatik auf sich vereinigte und damit kaum noch eindeutig definiert werden konnte. Im Lauf des 20. Jh., 1980, wurde der Begriff der Hysterie oder hysterischen Neurose im Rahmen der Entwicklung von ICD-10 und DSM-III neu definiert: somatoforme Störungen (Somatisierungsstörung, Konversionsstörung, Hypochondrie), dissoziative Störung und auf Achse II die histrionische Persönlichkeitsstörung. Letztere wurde bis zum Erscheinen von DSM-5 (2013) beibehalten, allerdings wurde ein alternatives Modell für Persönlichkeitsstörungen entwickelt, und im Rahmen dieses Modells entfällt die Histrionische Persönlichkeitsstörung endgültig als Kategorie.

Mathias Weber beschreibt das Hysterie-Konzept der deutschen Psychiatrie um 1900 im Lehrbuch von Emil Kraepelin, wobei das Krankheitskonzept der Hysterie von der psychoanalytischen Theoriebildung bestimmt war und noch ist. Allerdings setzte sich auch die akademische Psychiatrie um 1900 intensiv mit diesem Krankheitsbild auseinander. Kraepelin interpretiert die Hysterie als eine anlagebedingte psychische Entwicklungshemmung, die zu atavistischen Reaktionen auf emotionale Reize führt. Seine therapeutischen Empfehlungen sind hauptsächlich durch seine Willenspsychologie bestimmt. Die psychoanalytische Auffassung der Hysterie lehnte er hingegen mit der Begründung ab, dass sie keinen wissenschaftlichen Kriterien genügen könne.

Michael Noll-Hussong geht auf die neurobiologischen Grundlagen der Hysterie ein, wobei durch die Aufgabe des Hysterie-Konzeptes 1968 die gerade aufkeimende neurobiologische Forschung zeitgenössischer Prägung einen Bezugspunkt zur störungsspezifischen Klassifikation verlor. Da bis heute ein überzeugend konsistentes und allgemein akzeptiertes Krankheitsmodell hysterischer Phänomenologie fehlt, beziehen sich aktuelle Bildgebungsbefunde in ihrer primär korrelativen Natur zumeist auf somatoforme dissoziative oder konversionsneurotische Partialvorgänge. Die bisher erzielten Ergebnisse lieferten nicht zuletzt aufgrund variierender Methodik, Heterogenität der klinischen Präsentation, komorbider Zuflüsse (wie Angst- und depressiver Störungen) und kleiner Fallzahlen z. T. widersprüchliche Ergebnisse, die vom Charakter ihrer schillernden Deutung her manche Analogie zum Störungsbild selbst aufweisen mögen.

Rudolf Klußmann erklärt die Konversion als psychosomatische Erkrankung. Ein Konversionssymptom entsteht, wenn ein Triebwunsch mit einer inneren Norm in Konflikt gerät, zu einer „unverträglichen Vorstellung“ wird, aus dem Bewusstsein verdrängt werden muss und in eine Körperreaktion umgewandelt wird. Schon früh wurde beobachtet, dass die beschriebene ödipale Symptomatik als Ursache des Konversionsprozesses nicht ausreicht. Vielmehr ist sie eingebettet in Störungen der frühen Mutter-Kind-Beziehung aus präverbaler Zeit, in der der Säugling seine Empfindungen körperlich ausdrückt. Wird der Prozess des Spracherwerbs und damit die Symbolisierungsmöglichkeit durch einen erfahrenen Mangel an empathischer Zuwendung behindert, so wird in späteren angstauslösenden Konfliktsituationen auf frühkindliche Erfahrungen zurückgegriffen mit der Folge, dass ein körperliches Symptom entsteht.

Annegret Eckhardt-Henn befasst sich mit den dissoziativen Störungen, was Klinik, Neurobiologie und Psychodynamik und therapeutische Aspekte betrifft. Dissoziative Störungen des Bewusstseins gelten gegenwärtig als spezifische Folgestörungen nach schweren, meist chronischen Traumatisierungen. Aber auch unabhängig davon können dissoziative Bewusstseinsstörungen auftreten. Die Dissoziation kann nach neueren Konzepten als eine spezifische Abwehrfunktion und gleichzeitig als ein Folgezustand nach schweren, belastenden Ereignissen verstanden werden. Neben psychodynamischen haben neurobiologische Ursachen ätiopathogenetische Bedeutung. Spezifische Behandlungstechniken werden angewendet.

Ursula Mayr geht auf „false memories“ als ein eventuell hysterisches Phänomen ein. Dies wird anhand des von hysterisch strukturierten Patientinnen im Rahmen von Therapien berichteten sexuellen Missbrauchs dargestellt. Aufgrund der szenischen Inszenierung des Dargebotenen und Gegenübertragungsreaktionen kann sich beim Therapeuten ein Gefühl von Ungläubigkeit, Misstrauen und des Verstricktwerdens in eine Inszenierung einstellen, und es erhebt sich die Frage, ob es sich – wie Freud nach Verwerfen seiner Verführungstheorie vermutete – um ödipale Wunschphantasien handeln könnte. Auf der Basis des geschilderten Fallmaterials wird die Hypothese erhoben, dass diese Phantasien überwiegend der narzisstischen Restitution dienen und weniger dem reifen, ödipalen Bereich zuzuordnen sind. Es werden weitere Phänomene im Bereich der „false memories“ diskutiert sowie ihre topologische Einordnung in das unbewusste System.

Wolfgang Schmidbauer beschreibt die männliche Hysterie, die erst beschrieben werden konnte, nachdem die Ursache hysterischer Phänomene aus der Domäne der Frauenärzte in die der Neurologen wechselte. Der Autor untersucht die zeitbedingten Veränderungen der Zusammenhänge zwischen den hysterisch genannten Symptomen und der narzisstischen Problematik der sexuellen Rollen in einer individualisierten Gesellschaft. Das wachsende Bedürfnis nach Aufmerksamkeit als gesellschaftliches Thema hat die Hysterie-Diagnose so populär gemacht, dass sie in manchen klinischen Nomenklaturen nicht mehr auftaucht; so wird gerade die männliche Hysterie zu einem Paradigma der sozialen Einflüsse auf psychiatrische Diagnosen.

Ute Rupprecht-Schampera beschreibt die Hysterie als einen missglückten Separationsversuch, wobei die Autorin ein psychodynamisch einheitliches Modell für die reiche Phänomenologie weiblicher und männlicher Hysterie entwickelt. Sie geht dabei für die Entstehung der charakteristischen Abwehrformation bei malignen wie benignen Hysterien von einem gleichen ungelösten Entwicklungskonflikt aus: Er besteht darin, dass angesichts gravierender früher Konflikte mit der Mutter und bei gleichzeitig als mangelnd empfundener früh-triangulierender Hilfe durch die Vaterfigur für das Kind die notwendige Entwicklungsaufgabe der Separation/Individuation zu einer unlösbaren Aufgabe wird. Es nimmt deshalb zu einer progressiven Abwehr Zuflucht, in der es die ödipale Triangulierung im Rahmen einer sexualisierten Beziehungsform mit gegengeschlechtlichem Elternteil verwendet, um die ursprüngliche fehlende (frühe) Triangulierung nun auf der ödipalisierten Beziehungsebene zu erzwingen (weibliche Hysterie) oder sie fördernd zu ersetzen (männliche Hysterie).

Serge Sulz zeichnet den Weg von der psychodynamischen zum kognitiv-behavioralen Verständnis von Funktion und Strategie der Hysterie nach: Nur auf der Bühne lässt es sich überleben. Ausgehend von psychiatrischen und psychodynamischen Beschreibungen hysterischer Phänomene, von der histrionischen Persönlichkeit (hysterischer Charakter) über die Konversionssyndrome als Spezialfall der Somatisierung bis zu den nicht traumabedingten Dissoziationen wird versucht, zu einem kognitiv-behavioralen Verständnis zu gelangen. Das entwicklungshemmende Beziehungsangebot von Mutter und Vater in den ersten Lebensjahren nötigt dem Kind eine Überlebensstrategie ab, die später eventuell als hysterisch imponiert. In symptomauslösenden Situationen kann die Überlebensregel nur mithilfe der Erfindung eines Konversionssyndroms oder eines dissoziativen Syndroms eingehalten werden. Das Besondere ist die dramaturgische Ausgestaltung einerseits der Persönlichkeitszüge und andererseits des Konversionssyndroms.

Christian Algermissen und Nina Rösser gehen vom Krankheitsbild der Hysterie aus und kommen zum evidenzbasierten Behandlungsansatz: Affektive Kognitiv-Behaviorale Therapie (ACBT) von somatoformen Störungen und Somatisierungsstörungen. Die ACBT wird charakterisiert als zeitgemäßer, moderner und ausgeprägt integrativer Therapieansatz mit Gültigkeit für die gesamte Gruppe der somatoformen Störungen. Begründet in einem spezifischen und vielschichtigen Störungsmodell werden das Grundprinzip, die Behandlungsstrategie und die wesentlichen therapeutischen Interventionen der ACBT dargestellt. Eine Kombination von Kognitiver Verhaltenstherapie mit einem Fokus auf Affekt und erfahrungsbedingte therapeutische Techniken erweist sich als erfolversprechend und ist bei der Behandlung von somatoformen Störungen möglicherweise besser wirksam als die Kognitive Verhaltenstherapie allein.