

Michael Zaudig

Entwicklung des Hysteriekonzepts und Diagnostik in ICD und DSM bis DSM-5

Development of the Concept of Hysteria towards DSM-5 and ICD-10

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 im 19. Jh. und Charcot, Freud und Janet entwickelten ätiopathogenetische Theorien zur Hysterie, die immer mehr Symptomatik auf sich vereinigte und damit kaum noch eindeutig definiert werden konnte. Im Lauf des 21. Jh., 1980, wurde der Begriff der Hysterie oder hysterischen Neurose im Rahmen der Entwicklung des 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.

Schlüsselwörter

Hysterie – Hypochondrie – Konversion – Dissoziation – somatoforme Störungen – histrionische Persönlichkeitsstörung – DSM-5 – ICD-10

From the time of Egyptian-Greco-Roman medicine, the uncertain nature of hysterical illness has been a fertile source of controversy; diverse ideas have related hysteria to both the uterus and psychological and physiological causes. Hysteria has generated the most heated debates among physicians from antiquity to the present day. From Sydenham in the 17th century to Briquet in the 19th century and Charcot, Freud and Janet in the 20th century theories fluctuated between neurological and psychological origin of hysteria. Hysteria and hysterical neurosis correspond to the actual categories of dissociative and somatoform disorders and hysterical personality disorder. Still in line with Janet's theories on hysteria, the term hysteria has been omitted from DSM-III (1980) in order to emphasize the role of trauma and dissociation. Dissociative disorder and somatoform disorders (formally subsumed under the umbrella term "hysteria") probably represent the two faces of the same coin, displaying mental and behavioral phenomena. It is interesting to see how the denomination of hysteria was amended from the DSM-III to DSM-5 and ICD-10. The term hysteria was still in use in DSM-III, with the denomination of "Briquet's syndrome or hysterical neurosis". Histrionic personality disorder was defined in DSM-III and "survived" until the most recent version of DSM-5 (2013). In this classification an alternative model of personality disorder was suggested, omitting the category of histrionic personality disorder.

Keywords

hysteria – hypochondria – conversion disorder – dissociative disorder – somatoform disorder – histrionic personality disorder – DSM-5 – ICD-10

Historische Entwicklung des Hysteriekonzeptes und deren Diagnostik

Die ältesten Beschreibungen der Hysterie (aus dem Griechischen: hystera = uterus, Gebärmutter; hysterikos: Frauen mit einer Erkrankung des Uterus und entsprechender Symptomatik) finden sich in den altägyptischen Fragmenten des Kahun-Papyrus aus der Zeit um 1900 v.Chr. unter einem Kapitel über Erkrankungen des Uterus (Fischer-Homberger, 1969).

Die Ursache dieser Störungen wurde im alten Ägypten in einer Veränderung der Position der Gebärmutter gesehen, welche, durch sexuelle Abstinenz hungrig geworden, auf der Suche nach Befriedigung die Reise durch den Körper antrat und auf ihrem Weg andere Organe in Unordnung brachte. Die Symptome der Hysterie würden sich durch sexuelle Abstinenz oder aufgrund von Besessenheit durch Dämonen entwickeln. Platon beschreibt im „Timaios“ (447–327 v. Chr.): „Die Gebärmutter ist ein Tier, das glühend nach Kindern verlangt. Bleibt dasselbe nach der Pubertät lange unfruchtbar, so erzürnt es sich, durchzieht den ganzen Körper, verstopft die Luftwege, hemmt die Atmung und drängt auf diese Weise den Körper in die größten Gefahren und erzeugt allerlei Krankheiten.“ Der Begriff der Hysterie, durch Hippokrates von Kos (460–370 v.Chr.) geprägt, wurde von ihm mit abdominellen und Unterleibsbeschwerden bei Frauen in Verbindung gebracht, insbesondere bei Frauen, die einen unerfüllten Kinderwunsch hatten. Die Hysterie gilt als die älteste aller beobachtbaren psychischen Störungen.

Galenus von Pergamon (131–215 n. Chr.) hat als Erster schriftlich die Doktrin von der freien Mobilität des Uterus verworfen.

Das Mittelalter sah in der Hysterie vor allem Besessenheit durch den Teufel oder andere Dämonen, die Symptome wurden als „Stigmata diaboli“ bezeichnet und entstanden durch Berührungen des Teufels. Paracelsus (1493–1541) widersprach dieser „Diabolisierung“ der Hysterie und sah sie als medizinisches Phänomen an.

Symptome, die im 19. Jh. als „hysterisch“ diagnostiziert wurden, bezeichnete man im 17. und 18. Jh. als „Furor uterinus“ oder „Mutterwuth“. Mit der Feststellung von „Mutterwuth“ wurde in der Zeit der Aufklärung mit der sich etablierenden Gerichtsmedizin die Zurechnungsfähigkeit von Frauen bei Delikten wie Brandstiftung und Mord infrage gestellt.

Der englische Arzt Thomas Sydenham (1624–1689) widersprach der Vorstellung einer wandernden Gebärmutter. Die zuvor im Unterleib verorteten Krankheiten Hypochondrie und Hysterie führte er auf „gereizte Nerven“ zurück. Sydenham sah einen Zusammenhang zwischen der Hysterie und der Hypochondrie, beide Erkrankungen sah er als identisch an, wobei diese beim Mann Hypochondrie und bei der Frau Hysterie genannt werden sollte (Zaudig, 2014 a; Fischer-Homberger, 1970). Die Begriffe Hysterie und Hypochondrie wurden bis Ende des 18. Jh. synonym gebraucht. Im Lauf des 18. Jh. wurde die Hypochondrie zur Modekrankheit und von der damaligen Fachwelt als Nervenkrankheit definiert (Bilger, 1990).

Exkurs: Hypochondrie, Neurasthenie, Psychasthenie

Anfang des 19. Jh. war die Hypochondrie (die Hysterie der Männer) extrem verbreitet, das Krankheitslabel sehr begehrt, sie war eine Modekrankheit geworden. Als Ursachen wurden ausgemacht: Müßiggang, Schwelgerei, sitzende Tätigkeit, Onanie oder auch der ehelose Stand über das 25. Lebensjahr hinaus. Sigmund Freud bedauerte, sich nicht mit der Hypochondrie beschäftigt zu haben, und schrieb am 18. März 1912 an seinen ungarischen Schüler Ferenczi, er habe „das Dunkel in der Hypochondriefrage“ immer als eine schwere Schande für unsere Bestrebungen empfunden.

Mitte des 19. Jh. wurde die bei Männern typische Neurose (Hypochondrie) allmählich altmodisch. Aber ein neues Krankheitssyndrom trat an ihre Stelle, es erschien erstmalig unter der Bezeichnung „Wear and Tear Syndrome“ (Abnutzungssyndrom). Der englische Arzt James Johnson (1831) weist nach Veith (1961) darauf hin, dass dies eine für Engländer typische Erkrankung sei. Er beschreibt ein heute unter Burnout firmierendes Syndrom, das stressbedingt sei und wies nachdrücklich auf die Rolle hin, die Überarbeitung sowie Mangel an Bewegung und frischer Luft spielten. Die Fortsetzung dieses Syndroms beschrieb erstmals 1869 George M. Beard in den Vereinigten Staaten und nannte sie Neurasthenie. Typischerweise klagten Patienten über Kopfschmerzen, Neuralgien, hohe Empfindlichkeit gegen Wetter, Lärm, Licht usw., Schlafmangel, Empfindlichkeit, Muskelzittern usw. Auch die von Beard beschriebene Neurasthenie erinnert sehr an die heutige Burnout-Symptomatik. Die Neurasthenie wurde zur Krankheit der Akademiker und der Schwerarbeiter und wurde neben der Hysterie zur Neurose des modernen Lebens am Ende des 19. Jh. Die Hysterie wurde hauptsächlich als Neurose der Frauen gesehen, die Neurasthenie als eine Neurose der Männer.

Die Ende des 19. Jh. von allen Forschern (Möbius, Freud, Breuer, Janet) erkannte und beschriebene Strukturlabilität der Persönlichkeit hysterischer Menschen findet sich u. a. auch bei Janet: Er erkennt bei zu Hysterie neigenden Personen im allgemeinen Sinne eine seelische Schwäche, die er „Psychasthenie“ nennt, d. h. eine Abschwächung der psychischen Synthese. Dennoch seien Hysterie und Psychasthenie zwei unterschiedliche Neurosen. Er gab das Wort „Neurasthenie“ auf, da es auf einer neurophysiologischen Theorie basierte, für die es seiner Ansicht nach keine Beweise gab. Er prägte daher den Begriff Psychasthenie, subsumierte darunter z. B. Zwangsneurosen, Phobien und andere neurotische Manifestationen (Ellenberger, 1973). Er unterstellte dem Hysteriker auch eine Art unbewusste Existenz, die sich in Anfällen und durch andere hysterische Erscheinungen zeige. Die „hysterische Persönlichkeit“ habe auch immer „eine Einengung des Bewusstseinsfeldes“. Janets Gegenüberstellung der zwei Hauptneurosen, Hysterie und Psychasthenie, wurde von C. G. Jung weiterentwickelt, der sie zu Prototypen der extravertierten und introvertierten Persönlichkeit machte (Ellenberger, 1973).

Die Psychasthenie wird aber ähnlich definiert wie die Neurasthenie von Beard (1881). Beide dominieren am Anfang des 20. Jh. zusammen mit der Hysterie die Neurosendebatte. Die Hypochondrie wurde mehr und mehr unter die Neurasthenie/Psychasthenie subsumiert.

Die Neurasthenie engt sich etwa ab 1900 begrifflich zunehmend auf Reizbarkeit, Ermüdbarkeit, Erschöpfbarkeit ein. Bleuler bemerkte dazu (1972): „Wer den Neurosezweck durch Darstellung des Zusammenklappens mit objektiv unscheinbaren Symptomen zu erreichen sucht, ist ein Neurastheniker.“

Im 18. Jh. kam eine neue Theorie zur Ursache von weiblichen Beschwerden und damit verbunden auch eine neue Bezeichnung auf, nämlich „Vapeurs“. Meyers Konversationslexikon von 1909 erklärt die Bedeutung wie folgt: „Früher Bezeichnung einer Modekrankheit der Damen, vermeintlich durch zum Gehirn aufsteigende Blähungen verursachte Beschwerden und darauf gegründete hysterische Launen.“ Es verwundert daher nicht, dass der Uterus als Ursache der Hysterie wieder medizinisch ins Gespräch kam.

So prägte der französische Mediziner Philippe Pinel (1745 – 1826) den Begriff der „Uterinneurose“. Demnach hatte die Frau im Gegensatz zum Mann ein wenig solide gebautes Nervensystem und erkrankte daher eher an Hysterie (Veith, 1993). Im Verlauf des 19. Jh. verlor sich dann die Uterus-Genese der Hysterie wieder und hysterische Erkrankungen wurden zunehmend auf erbliche und erworbene Störungen im zentralen Nervensystem zurückgeführt.

Aus dem bisherigen Überblick wird klar, dass man die Hysterie fast 4000 Jahre lang als eine typisch weibliche Krankheit mit einer riesigen Anzahl von Symptomen, die unzusammenhängend und unverständlich schienen, ansah. Erst mit dem 17. Jh. änderte sich die Meinung insofern, als einige Ärzte annahmen, der Sitz der Hysterie sei im Gehirn und komme auch bei Männern vor (Sydenham).

Tabelle 1: Ätiologie der Hysterie aus historischer Sicht

Altertum Hippokrates	Mittelalter Sydenham	Neuzeit Briquet, Charcot, Freud, Janet
<ul style="list-style-type: none"> • somatisch • umherschweifender Uterus, sexuelles Unbefriedigtsein • weibliches Problem 	<ul style="list-style-type: none"> • somatisch (weiblich) • verhext (weiblich) • nervlich bedingt (Sydenham) • männliche Ausprägung = hypochondrisch, weiblich = hysterisch 	<ul style="list-style-type: none"> • multiple somatische Symptome • quasi neurologisch (hyst. Anfall), somatische Ursache • Konversion • Dissoziatio • psychogen, ödipal • keine Geschlechtszuordnung

Pierre Briquet (1796 – 1881)

Eine wirklich objektive und systematische Untersuchung der Hysterie beginnt erst mit dem französischen Arzt Pierre Briquet, dessen berühmter „Traité de l’hystérie“ 1859 veröffentlicht wurde. Der Internist war zum Chef einer Abteilung mit hysterischen Patienten am Hôpital de la Charité ernannt worden (Zaudig, 2014 a). Bald darauf entdeckte er, dass diese Patienten anders waren, als man glaubte, und er stellte fest, dass die Hysterie nie richtig erforscht worden war. Innerhalb von 10 Jahren untersuchte er mithilfe seiner Mitarbeiter 430 Patienten mit Hysterie. Er definierte Hysterie als eine Neurose des Gehirns, die sich hauptsächlich in einer Störung derjenigen Handlungen manifestiert, die mit dem Ausdruck von Gefühlen und Leidenschaft zu tun haben. Er fand heraus, dass auf 20 Fälle weiblicher Hysterie ein Fall von männlicher Hysterie kam. Briquet lehnte die damals verbreitete Ansicht ganz entschieden ab, die besagte, die Ursachen dieser Krankheit seien erotisches Begehren und erotische Frustrationen. Er beschrieb ein buntes, klinisch polysymptomatisches Erscheinungsbild, ein Zustandsbild mit Hyperästhesien, Parästhesien, Anästhesien, Spasmen, Kataplexien, Paresen, Paraplegien, abnormer Veränderung

in Muskelkontraktion, Respiration und Sekretion. Typischerweise handelte es sich um junge Frauen mit affektivem, suggestiblem Temperament, positiver Familienanamnese der Hysterie, niederer sozialer Klasse, Migration, gestörter Sexualität, Situationsproblemen, schlechter körperlicher Gesundheit.

Charcot, Freud, Breuer, Möbius, Janet

Der führende französische Neurologe des ausgehenden 19. Jh., Jean Martin Charcot (1825 -1893), hielt sich trotz seiner Beobachtungen und Erfahrungen bzgl. der Suggestibilität hysterischer Symptome und Auslösung durch die Hypnose an die im Prinzip somatische (neurologische) Genese der Hysterie und bezeichnete 1872 die Hysterie als eine quasi neurologische Erkrankung (Charcot, 1886).

Er übernahm Briquets Theorie, nach der die Hysterie eine bei konstitutionell prädisponierten Individuen auftretende Neurose des Gehirns ist und durch Hypnose und Suggestion ausgelöst werden könne.

Mit der Auffassung von Hysterie als Nervenkrankheit in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts war auch das Denken an männliche Hysterie möglich geworden. Auf die männliche Hysterie wurden die Mediziner erstmals durch die Veröffentlichung Charcots über 61 Fälle männlicher Hysterie aufmerksam. Die herrschende Lehrmeinung war eine somatische Genese der Hysterie.

Sigmund Freud (1856 – 1939), Josef Breuer (1842 – 1925) und Paul Julius Möbius (1853 – 1907) brachen mit dem somatischen Paradigma und führten eine psychologische Betrachtungsweise der Hysterie ein.

Breuer setzte sich in den Studien über Hysterie, die er gemeinsam mit Freud im Jahre 1892 publiziert hatte, mit der von Möbius (1894) entwickelten Definition der Hysterie auseinander und stimmte mit der von ihm erarbeiteten Definition der Hysterie überein: „Sehr viele der hysterischen Phänomene, wahrscheinlich mehr als wir heute wissen, sind idiogen“ (Freud & Breuer, 1892/1990). Übergeordnetes Merkmal der Hysterie war damals das Fehlen somatischer Ursachen. Der wesentliche Unterschied zwischen dem Modell der im Unbewussten wirkenden „Vorstellung“ von Möbius und der Lehre Freuds war, dass Freud die „verdrängten Vorstellungen“ mit sexuellen Erlebnissen in Verbindung brachte und somit der Hysterie eine explizit sexuelle Ätiologie gab.

Darüber hinaus wies Freud in seiner psychoanalytischen Deutung von Hysterie erstmals explizit auf den Einfluss sozialer Beziehungen hin. Möbius hingegen hatte die im Unbewussten wirkenden „Vorstellungen“ nicht konkretisiert. Während Möbius noch mit Hypnose und Suggestion arbeitete, wandte Freud die gemeinsam mit Breuer entwickelte „Kathartische Methode“ an, mit der er gemeinsam mit seinen hysterischen Patientinnen die vergessenen Erinnerungen vom Unterbewusstsein in das Bewusstsein zurückführte. Heute ist der Name Sigmund Freud untrennbar mit der Psychotherapie/-analyse verbunden, während Möbius' Beitrag zur Geschichte der Psychotherapie in Vergessenheit geraten ist, obwohl seine Definition der Hysterie um 1900 Eingang in die deutsche psychiatrische Debatte über Hysterie fand.

Hysterie galt um 1900 als eine undefinierbare Krankheit. Hysterie wurde als funktionelle Neurose angesehen, d. h. als Nervenkrankheit, ohne nachweisbare organische Ursachen.

1895 definierte der Psychiater Tucek Hysterie folgendermaßen: „Die Hysterie ist eine Neurose, welche sich auf der Grundlage eines geschwächten Nervensystems entwickeln kann. Allen Hysterischen gemeinsam ist die hochgradige Suggestibilität. Die Beeinflussbarkeit durch Vorstellungen. Als Erkrankung im Gebiet der Vorstellungen ist sie eigentlich eine Geisteskrankheit. Es fehlt den Hysterischen die Fähigkeit, ihre Lust- und Unlustgefühle zu beherrschen, sie sind deshalb die Sklaven ihres Allgemeinbefindens. Sie sind wechselnd, labil in der Stimmung, oft theatralisch, und erregen dadurch den Verdacht der Übertreibung ... Vielfach leiden sie auch an Sensibilitätsstörungen aller Art (Nolte, 2003).“ Aus Tuceks Ausführungen lässt sich der starke Einfluss des Leipziger Neurologen Paul Julius Möbius (1853 – 1907) ersehen.

Die Ätiologie der hysterischen Erscheinungen wurde von ihm neu definiert: „Hysterisch sind alle diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers, die durch ‚Vorstellungen‘ verursacht sind.“ Möbius trennte die Hysterie (ebenso wie Charcot) gedanklich vom weiblichen Geschlecht. Kraepelin lobte Möbius und dessen Definition der Hysterie als bahnbrechend. Paul-Julius Möbius ist zu Unrecht vergessen; er gehörte aufgrund seiner wichtigen Arbeiten zur Hysterie aber auch zur Basedow'schen Krankheit und zur Tabes dorsalis zu den bedeutendsten deutschen Neurologen seiner Zeit. Weitgehend unbekannt ist auch, dass die Differenzierung psychiatrischer Erkrankungen in exogene und endogene auf ihn zurückgeht, die fälschlicherweise Emil Kraepelin zugeschrieben worden war. Beinahe jeder deutsche Mediziner um 1900, der sich mit Hysterie beschäftigte, kannte die von Möbius entwickelte Definition.

Freud definierte den Begriff „Hysterie“ neu, in betonter Abkehr von Charcot, und führte den Begriff der Konversion (Studien über Hysterie, 1895) ein in der Annahme, damit einen Modus der Symptombildung zu beschreiben, der spezifisch für die bei der Hysterie auftretenden psychogenen körperlichen Symptome sei. „Bei der Hysterie erfolgt die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch, dass deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird, wofür ich den Namen der Konversion vorschlagen möchte“ (Freud, 1895, S. 63).

Mehr oder weniger zeitgleich legte Pierre Marie Felix Janet (1859 – 1947) 1884 eine Theorie der Hysterie vor, in der er den Begriff der Dissoziation in den Mittelpunkt stellte. Ebenso wie Freud ging Janet von der Bedeutung nicht bewusster psychischer Vorgänge für die Entstehung hysterischer Symptome aus, verstand diese nicht bewussten Prozesse jedoch nicht dynamisch - Unbewusstes als Resultat von Verdrängung -, sondern im Sinne seelischer „Automatismen“, die in der Folge von Traumatisierung abgespalten wurden. In seinem Buch „L'automatisme psychologique“ von 1889 erklärt Janet die Entstehung einer Dissoziation dadurch, dass verschiedene Faktoren – und zwar ganz besonders real erlebtes Trauma – die integrative Funktion des Bewusstseins blockieren und sich zu „Idées fixes“ weiterentwickeln können. Aufgrund seiner Rivalität mit Janet vermied Freud den Begriff der Dissoziation indem er den der Verdrängung in den Vordergrund stellte.

Um 1900 hatte sich der Begriff der Hysterie oder Hysterischen Charakterneurose etabliert und enorm aufgebläht. Die Erscheinungsformen dessen, was man hysterisch nannte, waren extrem unterschiedlich, eine einheitliche Definition der Hysterie gab es nicht. Dem Krankheitsbild Hysterie wurde noch eine ganze Reihe unspezifischer Symptome

zugeschrieben, wie z. B. Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Rückenschmerzen, Herzrasen, psychische Störungen wie Zwangsvorstellungen, Halluzinationen und Angstzustände. Der Psychiater Otto Binswanger (1852 – 1929) bezeichnete die Hysterie als „Schmerzskind der Nervenpathologie“, da sich ihre ständig wechselnden Erscheinungsformen einer eindeutigen medizinwissenschaftlichen Einordnung entzogen (Binswanger, 1904). Selbst Kraepelin (1913) schrieb: „Unter Krankheitsbegriffen, mit denen wir tagtäglich arbeiten, ist kaum einer nach Inhalt und Umgrenzung so strittig wie derjenige der Hysterie ... Sobald es sich jedoch um eine Begriffsbestimmung der Hysterie handelt, beginnt sofort der Widerstreit der Anschauungen.“

Die historische Entwicklung des Konzeptes der „hysterischen Persönlichkeit“

Die Merkmale des „hysterischen Charakters“ wurden um 1900 in Schriften über Hysterie wie folgt aufgelistet: theatralisches und posenhaftes Benehmen, Boshaftigkeit, Rachsucht, ausgeprägtes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, Eigensinn, Neigung zu Intrigen, Lügen und Verleumdung. Mit dem Konzept des hysterischen Charakters wurde die Hysterie quasi als Steigerung des weiblichen Geschlechtscharakters festgeschrieben bzw. hysterischen Männern weibliche Eigenschaften zugewiesen.

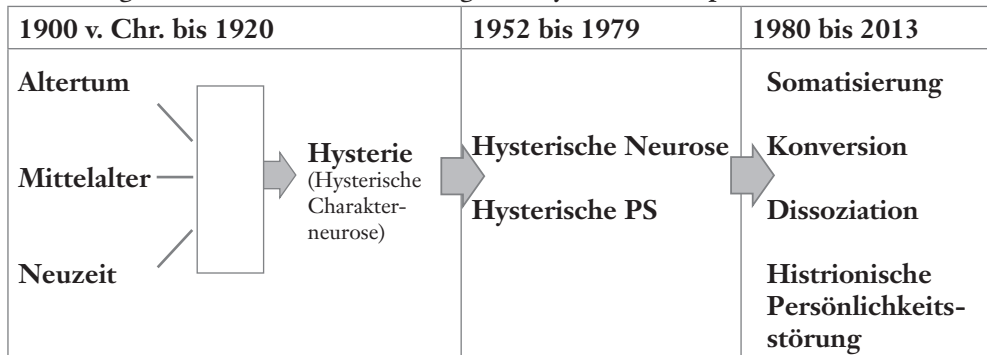
Richard von Krafft-Ebing (1840 – 1902) beschrieb Hysterikerinnen als: „... sich selbst um jeden Preis interessant machend, wobei ihre krankhaft gesteigerte Phantasie gute Dienste leistet und ihre geschwächte Sittlichkeit vor keinem Betrug und keiner Lüge zurückschreckt. Am heftigsten werden die Affekte solcher Kranker erregt wenn sie damit nicht reüssieren, sich verlassen und nicht beachtet sehen. Ihre Bosheit und Rachsucht kennt dann keine Grenzen ...“ (Krafft-Ebing, 1883).

Bereits Kraepelin beschreibt hysterische Menschen, Kurt Schneider (1923) verwendet für die hysterische Persönlichkeit den Begriff des „geltungsbedürftigen Psychopathen“, dem er Eigenschaften wie Extraversion, Geltungsbedürfnis, übersteigerte Phantasie bis hin zur Pseudologie zuordnet. Karl Jaspers (1973) stellte bereits 1913 das theatralische Element in den Vordergrund:

„Anstatt sich mit den ihr gegebenen Anlage und Lebensmöglichkeiten zu bescheiden, hat die hysterische Persönlichkeit das Bedürfnis, vor sich und anderen mehr zu scheinen, als sie ist, mehr zu erleben, als sie erlebensfähig ist. Anstelle des ursprünglichen, echten Erlebens mit seinem natürlichen Ausdruck tritt ein gemachtes, geschauspielertes, erzwungenes Erleben; aber nicht bewusst gemacht, sondern mit der Fähigkeit ... ganz im eigenen Theater zu leben, im Augenblick ganz dabei zu sein und daher mit dem Schein des Echten ... Der hysterischen Persönlichkeit ist schließlich gleichsam der Kern ganz verloren gegangen. Sie besteht nur noch aus wechselnden Schalen. Ein Schauspiel löst das andere ab“ (Jaspers, 1913/1973, S.370).

Jaspers ist auch kritisch gegenüber dem Freud'schen und Breuer'schen Verständnis der Hysterie: „Die Verdrängung als solche macht noch keine Hysterie, sie gelingt normalen Menschen häufig ohne Störungen“. Insgesamt gab es nur wenig Forschung zur hysterischen Persönlichkeit, alles drehte sich um das Konzept der Hysterie/hysterischen Neurose (Abb. 1). Bis in die zweite Hälfte des 20. Jh. hinein glich die Hysterie einer Hydra mit vielen Köpfen, d. h. einer großen Vielfalt an Phänomenen, die zum Teil somatisch erschienen, zum

Abbildung 1: Historische Entwicklung des Hysteriekonzeptes



Teil psychogen. Die unterschiedlichsten Ätiologien, ausgehend von Freuds Vorarbeiten, geisterten durch die wissenschaftliche und psychoanalytische Fachwelt. Zwischen 1920 und 1960 war auch innerhalb der Psychoanalyse keine einheitliche Begriffsbestimmung mehr möglich. Beispielsweise beschrieb Abraham (1921) zwei weibliche hysterische Typen. Zum einen die phallische, hysterische Frau als Rachetyp, deren Leitmotiv die kastrierende Rache am Mann ist, und zum anderen die hysterische Frau vom Wunscherfüllungstyp, die in übertriebener Weise Männlichkeit zur Schau stellt und nach ihrem infantilen Wunsch lebt, dem Manne gleich zu sein. Er beschrieb auch mehrere männliche hysterische Typen, z. B. die Extremform des phallischen Narzissten, die auch von Reich aufgegriffen wurde (1933/1971).

Es kam zur Krise des Hysteriebegriffes. Auch die Trennung der Erscheinungsbilder der Symptom- und Charakterneurose Hysterie verwischte sich immer mehr (Fenichel, 1931; Mentzos, 1980, 2001).

Fenichel weist insgesamt auf die Notwendigkeit hin, zwischen monosymptomatischer Konversion und Organneurose zu unterscheiden, und vollzieht damit eine Trennung zwischen hysterischer Neurose und psychosomatischer Erkrankung. Reich (1933/1971) befasst sich mit dem hysterischen Charakter. Alexander (1950) grenzt konversionsneurotische Symptombildungen von den funktionellen Störungen vegetativer Neurosen ab und verweist auf den wichtigen Unterschied, dass der symbolische Ausdruck beim Konversionssymptom gedeutet werden kann. Ende der 1950er Jahre wird auch auf der Basis empirischer Untersuchungen festgestellt, dass Konversionsneurose und hysterischer Charakter als relativ unabhängig voneinander gesehen werden müssen (Rangell, 1959). Einige Studien beschäftigten sich nun intensiver mit der Typologie und Phänomenologie der Hysterie, z. B. die Studien von Chodoff und Lyons (1958), Lazare und Klerman (1968). Fast alle Untersucher finden übereinstimmend typische charakteristische Eigenschaftsgruppen der hysterischen Persönlichkeit. 1958 beschreiben Chodoff und Lyons die hysterische Persönlichkeit wie folgt:

„Der Terminus ‚hysterische Persönlichkeit‘ kann auf Personen angewandt werden, die eitel und egozentrisch sind, die eine labile und reizbare, auch oberflächliche Affektivität zeigen, deren dramatisches, Aufmerksamkeit heischendes, theatralisches Verhalten bis hin zu den Extremen des Lügens und der Pseudologie gehen kann, die von sexuellen Dingen sehr eingenommen sind, sich sexuell provokativ verhalten, jedoch selbst frigide sind und die

in den zwischenmenschlichen Beziehungen abhängig und fordernd sind“ (1958, S. 736). Diese vorliegende Beschreibung entspricht nahezu vollständig dem später (1980) entstehenden Konzept der histrionischen Persönlichkeitsstörung im DSM-III (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 3. Auflage). Aufgrund ihrer Verlaufsuntersuchung schrieben Slater (1965) und Slater und Glithero (1965), es gebe keinen Hinweis, dass Patienten, die die Diagnose Hysterie erhielten, unter medizinischen Kriterien etwas anderes als eine Zufallsselektion darstellten! Nach Hoffmann (1986) musste spätestens zu diesem Zeitpunkt die „Omnibus-Hysterie“ als endgültig überladen angesehen werden. Als hysterisch wurde eine Vielfalt somatischer Symptome bezeichnet, bestimmte Störungen des Erlebens und der Sexualität, zahlreiche Bewusstseinsveränderungen, ein unpräzise gefasstes Charakter- bzw. Persönlichkeitsbild, phobische Angstphänomene (Freud: Angsthysterie), Konversionssymptome usw.

Die diagnostische Bezeichnung Hysterie war mit einer erheblichen Mehrdeutigkeit behaftet. Eine diagnostische Übereinstimmung bzgl. der Hysterie war nahezu nicht vorhanden, und diese sehr niedrige Reliabilität wurde noch deutlicher, als man durch die Einführung der psychiatrischen Klassifikationssysteme DSM-III (1980) und später ICD-10 (1992) versuchte, der Hysterie gerecht zu werden, was letztlich dazu führte, dass der Hysteriebegriff abgelöst wurde. Die frühere hysterische Charakterneurose wurde in die Histrionische Persönlichkeitsstörung umbenannt (Abb. 1).

Die Entwicklung des Hysteriekonzeptes nach DSM-I (1952) und DSM-II (1968)

1952 erschien das erste unabhängige terminologische Standardwerk für Psychiater, das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen – DSM-I. In diesem Klassifikationssystem spiegelte sich die damals herrschende Philosophie der Zeit wider – fast 50 % des Terminologiekomitees für DSM-I war von psychoanalytischen Psychiatern geprägt. Die Definition „Psychoneurotische Störungen“ des DSM-I entsprach vollständig der Freud'schen Beschreibung. „Das Hauptmerkmal dieser Störungen ist Angst, die sowohl unmittelbar empfunden und ausgedrückt als auch unbewusst und automatisch durch den Einsatz unterschiedlicher psychischer Abwehrmechanismen (Depression, Konversion, Verschiebung) kontrolliert werden kann“ (DSM-I, 1952). Die Gruppe der psychoneurotischen Störungen wurde u. a. unterteilt in dissoziative Reaktion und Konversionsreaktion.

Der Begriff der hysterischen Neurose findet sich erst in DSM-II (1968) wieder. 6 der 10 Verfasser (60 %) waren psychoanalytischer Ausrichtung. „Psychoneurotische Störungen“ wie in DSM-I wurden im DSM-II nun nicht mehr als „Reaktionen“, sondern als „Neurosen“ aufgeführt. Die Konversionsreaktion und dissoziative Reaktion wurden durch den Begriff der Hysterie (hysterische Neurose) ersetzt. Die Hysterie bestand aus Symptomen, die in einer „emotional aufgeladenen Situation“ zutage treten und „Symbolcharakter“ für die zugrunde liegenden Konflikte“ haben. DSM-II brachte also vor allem die Unterscheidung zwischen Neurosen und Persönlichkeitsstörung, im Bezug auf die Hysterie die Differenzierung zwischen hysterischer Neurose und hysterischer Persönlichkeit. Wegweisend waren dabei die Arbeiten von Chodoff und Lyons (1958). „Verpackt“ in den Terminus „Hysterische Neurose“ blieben die beiden Subtypen, nämlich die Konversionsreaktion und die dissoziative Reaktion, gegenüber DSM-I unverändert bestehen.

Die Entwicklung des Hysteriekonzeptes nach ICD-6 (1948), ICD-7 (1955), ICD-8 (1972) und ICD-9 (1978)

Aus der ICD-5 (1938) wurde 1948 die ICD-6 und 1955 die ICD-7, beide mehr oder weniger identisch. In ICD-6/ICD-7 wurde die Kategorie der „psychoneurotischen Störungen“ definiert, u. a. mit den Unterkategorien Psychoneurose mit somatischen Symptomen (somatische Reaktion) und die Unterkategorie hysterische Reaktion ohne Angstreaktion“. Weitere Erwähnungen des Hysteriekonzeptes finden nicht statt. In ICD-8 (1972) und ICD-9 (1978) wird unterschieden in „hysterische Neurose“ und hysterische Persönlichkeit. Unter hysterischer Neurose werden auch die Konversionshysterie und dissoziative Reaktionen subsumiert (Tab. 2).

Tabelle 2: Definition der hysterischen Neurose nach ICD-8/9

300.1 Hysterische Neurose

Bei diesen psychischen Störungen erzeugen gewissen Motive, deren sich der Patient nicht bewusst zu sein scheint, entweder eine Einengung des Bewusstseinsfeldes oder motorische oder sensorische Funktionsstörungen, die einen psychologischen Vorteil (Krankheitsgewinn) oder eine symbolische Bedeutung zu haben scheinen.

Diese Neurose kann durch Konversionssymptome oder hysterische Dämmerzustände charakterisiert sein. In der konversionsneurotischen Form sind die Haupt- oder einzigen Symptome psychogene Körperfunktionsstörungen, z. B. Lähmung, Tremor, Blindheit, Taubheit oder Anfälle. Bei den Dämmerzuständen ist der hervorstechendste Zug eine Einengung des Bewusstseinsfeldes, die einem unbewussten Zweck zu dienen scheint, und im Allgemeinen begleitet sie oder folgt ihr eine selektive Amnesie. Dramatische, aber im Wesentlichen oberflächliche Persönlichkeitsveränderungen können auftreten, manchmal in Form eines dranghaften Weglaufens (fugue). Im Verhalten kann der Patient eine Psychose nachahmen oder, besser gesagt, seine Vorstellung von einer Psychose.

Auszuschließen:

Psychosomatische Störungen (305)
Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten (307)
Hysterische Persönlichkeit (301.5)
Anorexia nervosa (306.5)

Dazugehörige Begriffe:

Funktionelle Astasie
Funktionelle Abasie
Entschädigungsneurose
Konversionshysterie
Dämmerzustand (dissociative reaction or state)
Hysterisches Ganser-Syndrom
Nicht näher bezeichnete Hysterie
Alternierende Bewusstseinszustände

Die Entwicklung des Hysteriekonzeptes nach DSM-III (1980)

Einen dramatischen Einschnitt in die gesamte nosologische Klassifikation stellte die Publikation von DSM-III (1980) dar, federführend war Robert Spitzer.

Robert Spitzer war eine Art abtrünniger Analytiker und beschäftigte sich ab 1959 nur noch mit Klassifikation. Andere Klassifikationsbegeisterte und stark wissenschaftlich orientierte Psychiater waren Eli Robbins, Samuel Guze, George Vinokur, Paula Clayton, John Feighner und Robert Woodruff, der sich insbesondere der Erforschung der biologischen Ursachen für Hysterie widmete. Nach Shorter (2003) verschwor sich diese Gruppe zu einer

Einheit, der es schließlich gelingen sollte, eine psychiatrische Konterrevolution gegen die Psychoanalyse in Gang zu setzen. Sie wurden unter dem Namen „Neo-Kraepelinianer“ berühmt. 1972 stellte die St.-Louis-Gruppe unter der Leitung John Feighners erstmals operationalisierte diagnostische Kriterien vor, die sogenannten Feighner-Kriterien (Feighner et al., 1972) oder später von Spitzer, Endicott und Robbins (1975) überarbeitet und umbenannt in Research Diagnostic Criteria (RDC). Diese operationalisierten Kriterien waren die Vorläufer, sozusagen ein Probelauf für das kommende DSM-III.

In den sog. Feighner-Kriterien (Feighner et al., 1972) und den nachfolgenden „Research Diagnostic Criteria“ – RDC von Spitzer et al. (1975) fanden sich erstmals operational definierte Diagnosen. Das DSM-III war das erste vollständige operational definierte Klassifikationssystem, das auf den Vorarbeiten der o.g. Kriterien basierte. Samuel Guze und Mitarbeiter (Guze, 1975; Guze et al., 1972) unterschieden in ihren Arbeiten bei der Hysterie den polysymptomatischen Typ der Hysterie – das Briquet-Syndrom, die pseudoneurologischen Konversionssymptome, die Dissoziation und die hysterische Persönlichkeit. Diese Störungsbilder wurden in die Feighner-Kriterien und später in den RDC (Research Diagnostic Criteria) erstmals operational definiert (Lipowski, 1988). Aus der hysterischen Neurose des DSM-II wurden die o.g. Störungsbilder, aus der hysterischen Persönlichkeitsstörung des DSM-II wurde die histrionische Persönlichkeitsstörung (s. Tab. 4), um eine eher nicht diskriminierende Bezeichnung zu finden.

Tabelle 4: Histrionische Persönlichkeitsstörung in DSM-III

Diagnostische Kriterien der Histrionischen Persönlichkeitsstörung

Das Folgende charakterisiert die gegenwärtigen und überdauernden Verhaltensweisen des Individuums, ohne auf Krankheitsepisoden beschränkt zu sein. Es werden dadurch entweder deutliche Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Bereich oder subjektive Beschwerden verursacht.

A. Das Verhalten ist übermäßig dramatisch, reaktiv und stark expressiv, nachgewiesen durch mindestens drei der folgenden Merkmale:

1. Selbstdramatisierung, z. B. übertriebener Ausdruck von Emotionen
2. ständige Versuche, die Aufmerksamkeit auf sich selbst zu lenken
3. starkes Verlangen nach Aktivitäten und Aufregungen
4. Überreaktion auf kleinere Ereignisse
5. irrationale, zornige Ausbrüche oder Wutanfälle

B. Charakteristische Beeinträchtigungen der zwischenmenschlichen Beziehungen, angezeigt durch mindestens zwei der folgenden Merkmale:

1. von anderen als oberflächlich und unecht wahrgenommen, auch bei äußerlicher Wärme und Charme
2. egozentrisch, mit sich selbst beschäftigt, wenig rücksichtsvoll mit anderen
3. eitel und fordernd
4. abhängig, hilflos, ständig nach Bestätigung suchend
5. zu manipulativen Suiziddrohungen, -gesten, oder -versuchen neigend

Anzumerken ist dabei, dass die „histriones“ Schauspieler im alten Rom waren, dem Sklavenstand entstammten und einen schlechten Ruf hatten. Die Frauen galten als Flittchen, die Männer als Verführer der römischen Damenwelt. „Ihr Name, der zu keiner Zeit einen

guten Leumund verhiel, ist sicher wenig zur Rehabilitierung der Hysteriker geeignet“ (Hoffmann & Eckhardt-Henn, 2000). Darüber hinaus stammt das lateinische Wort „histrion“ aus dem griechischen „oistros“ (die Brunst), also aus derselben Wurzel, aus der die Medizin lange davor das Wort Östrogen abgeleitet hat. Somit war man wiederum ungewollt bei der Sexualität der Frau angelangt!

Es besteht kein Zweifel daran, dass sowohl Psychiatrie als auch Psychoanalyse am Ende des 20. Jh., also nahezu 100 Jahre nach Freuds Entdeckung der Psychogenese und Psychodynamik der Hysterie, den über 2000 Jahre bestehenden Begriff aufgrund niedriger Reliabilität und auch Validität infrage stellten. Übrig blieb allerdings die Histrionische Persönlichkeitsstörung (Tab. 4). Zugunsten einer deskriptiven atheoretischen Klassifikation schafften die Autoren des DSM-III auch den Begriff der Neurose ab. Eine wesentliche Veränderung der nosologischen Gliederung des Hysteriekomplexes bestand darin, dass die Dissoziative Störung aus dem Kontext der Hysterischen Neurose (DSM-II) gelöst wurde und die Dissoziativen Störungen den Rang einer eigenständigen diagnostischen Kategorie/Störungsgruppe erhielten. Die Dissoziative und die Konversionsstörung standen nun nicht mehr auf derselben Ebene, die Konversionsstörung wurde als Subgruppe den Somatoformen Störungen zugeordnet. Die Konversionsstörung wurde in DSM-III (aber auch in den nachfolgenden Überarbeitungen bis DSM-5) auf der Symptomebene von den Somatisierungsstörungen zum einen und von den Somatoformen Schmerzstörungen zum anderen abgegrenzt. Die Konversionsstörung wird als pseudoneurologische Symptomatik den anderen somatoformen Symptomausprägungen gleichgestellt. Die Dissoziativen Störungen werden in multiple Persönlichkeitsstörungen, psychogene Fugue, psychogene Amnesie und Depersonalisierungsstörung unterteilt. Anders ausgedrückt, könnte man sagen, dass das Janet'sche Konzept der Dissoziation der Konversion à la Freud den Rang abgelaufen hat.

Abbildung 2: Diagnosevergleich: Somatoforme Störungen vs. Somatische Belastungs- und Verwandte Störungen nach DSM-5

DSM-I (1952)	DSM-II (1968)	DSM-III (1980)
<p>Psychoneurotische Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dissoziative Reaktion • Konversions-Reaktion <p>Persönlichkeitsstörungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personality trait disturbance • emotional instable personality [entspricht nur annähernd der hysterischen PS] 	<p>Hysterische Neurose</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>Hysterische Persönlichkeit</p>	<p>Somatoforme Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somatisierungssyndrom • Konversionssyndrom • psychogenes Schmerzsyndrom • hypochondrische Neurose <p>Dissoziatives Syndrom [eigener Abschnitt]</p> <p>Histrionische Persönlichkeitsstörung (10 Items)</p>

Aus der „Konkursmasse“ der Hysterie lassen sich erstmals im DSM-III und später auch im DSM-III R/DSMIV/DSM-5 vier Typen gut herauslesen, wobei der polysymptomatische Typ (Briquet-Typ) und der Konversionstyp bei den Somatischen Störungen eingeordnet wurden, die Dissoziativen Störungen auf Augenhöhe mit den Somatoformen Störungen stehen und die histrionische Persönlichkeit findet sich wie alle anderen Persönlichkeitsstörungen auch auf Achse II wieder (Abb. 2).

Leicht modifiziert wurde das Briquet-Syndrom unter der Bezeichnung Somatisierungsstörung in das damals neuartige Klassifikationssystem DSM-III (1980) übernommen. Der Ausdruck Somatisierung wird im DSM-III bis DSM-IV-TR mit der Bedeutung assoziiert, dass sich Gefühle in körperlicher Form ausdrücken. Heute und auch in DSM-5 und ICD-10 wird der Begriff jedoch überwiegend synonym mit dem Ausdruck „somatoform“ verwendet. Somatisierung bedeutet heute Entwicklung von Körpersymptomen ohne nachweisbare organische Ursache! Dies wurde ja bereits von Charcot, Möbius, Breuer, Freud und Janet für die Hysterie postuliert (Zaudig, 2014 a).

Wie im historischen Teil schon erwähnt, postulierte Sydenham im 17. Jh., dass männliche Hysterie mit ihrer Monosymptomatik Hypochondrie genannt werden sollte; über die Neurasthenie, Psychasthenie fand die Hypochondrie wieder einen Stellenwert im Kontext der Somatoformen Störungen, quasi als monosymptomatische Form einer männlichen Hysterie.

Aus der singulären Somatisierungsstörung in DSM-III (s. Abb. 2) wurde in allen weiteren Auflagen bis DSM-IV-TR und auch ICD-10 die Somatisierungsstörung und die undifferenzierte Somatisierungsstörung (Zaudig, 2014 a). Im Unterschied zu ICD-10 wird in DSM-IV/DSM-IV-TR die somatoforme autonome Funktionsstörung nicht erwähnt, die Schmerzstörung nicht als grundsätzlich chronisch definiert und ebenfalls anders als in der ICD-10 die Konversionsstörung zu den Somatoformen Störungen gerechnet (in ICD-10 bilden sie die eigene Kategorie F44). Unterschiedlich ist auch noch die Zahl der Symptome bei der Somatisierungsstörung: Nach ICD-10 werden 14 somatische Beschwerden aufgelistet, nach DSM-IV/DSM-IV-TR ist die Liste der somatoformen Symptome mit insgesamt 33 Symptomen wesentlich umfangreicher (Tab. 5).

In DSM-5 gibt es statt Somatoformer Störung einen neuen Oberbegriff: Somatische Belastungs- und Verwandte Störungen („somatic symptom and related disorders“). In Tab. 6 zeigt sich, dass in DSM-5 die Somatisierungsstörung, die undifferenzierte Somatisierungsstörung und die Schmerzstörung zu einer einzigen Kategorie zusammengefasst werden: Somatische Symptombelastungsstörung („somatic symptom disorder“). Aus dem ursprünglichen aus der Hysterie abgeleiteten Briquet-Syndrom wird nun über einige Umwege von DSM-III bis DSM-5 wieder eine umfassende polysymptomatische Störung (Tab. 6).

Tabelle 5: Diagnosevergleich der Somatoformen Störungen nach ICD-10 und DSM-IV-TR mit dem neuen DSM-5-Konzept der Somatischen Belastungs- und Verwandten Störungen

ICD-10	DSM-IV/DSM-IV-TR	DSM-5
Somatoforme Störungen <ul style="list-style-type: none"> • Somatisierungsstörung • Undifferenzierte Somatisierungsstörung • Hypochondrische Störung • Körperdysmorphie Störung • Somatoforme autonome Funktionsstörung • Anhaltende Schmerzstörung • Sonstige Somatoforme Störungen • Somatoforme Störung n.n.b. 	Somatoforme Störungen <ul style="list-style-type: none"> • Somatisierungsstörung • Undifferenzierte somatoforme Störung • Konversionsstörung • Schmerzstörung • Hypochondrie • Körperdysmorphie Störung • Somatoforme Störung n.n.b. 	Somatic Symptom and Related Disorders <ul style="list-style-type: none"> • Somatic Symptom Disorder • Illness Anxiety Disorder • Konversionsstörung • Psychologische Faktoren, die eine medizinische Krankheit beeinflussen • Vorgetäuschte Störung • Andere näher bezeichnete/n.n.b. SBVS

Tabelle 6: Diagnosevergleich – Entwicklung der Somatisierungsstörung von ICD-10 – DSM-IV-TR – DSM-5

	ICD-10	DSM-IV-TR	DSM-5
Briquet-Syndrom	Somatoforme Störungen <ul style="list-style-type: none"> • Somatisierungsstörung • Undifferenzierte Somatisierungsstörung • Anhaltende Schmerzstörung 	Somatoforme Störungen <ul style="list-style-type: none"> • Somatisierungsstörung • Undifferenzierte somatoforme Störung • Schmerzstörung 	Somatic Symptom and Related Disorders <ul style="list-style-type: none"> • Somatic Symptom Disorder

DSM-III-R (1987)

Die histrionische Persönlichkeitsstörung nach DSM-III-R wies eine Verringerung der Persönlichkeitsmerkmale auf 8 Items auf, im Vergleich dazu waren es in DSM-III noch 10 Persönlichkeitsmerkmale (s. Tab. 4). Neu ist in DSM-III-R das Persönlichkeitsmerkmal Nr. 8 (s. Tab. 7): Es wurde der „übertriebene impressionistische Sprachstil“ als Merkmal eingeführt, und das Merkmal „Manipulative Suiziddrohungen“ dafür weggelassen, da sich zeigte, dass dies zu Verwechslungen mit der Borderline-Symptomatik führte.

Tabelle 7: DSM-III-R

Diagnostische Kriterien der Histrionischen Persönlichkeitsstörung (301.50)

Ein durchgängiges Muster übermäßiger Emotionalität oder ein übermäßiges Verlangen nach Aufmerksamkeit. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung manifestiert sich in den verschiedensten Lebensbereichen. Mindestens vier der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

Der Betroffene:

- (1) verlangt ständig von anderen Bestätigung, Anerkennung und Lob
- (2) ist übertrieben attraktiv und verführerisch im Äußeren und im Gehabe
- (3) ist übertrieben besorgt um sein Äußeres
- (4) zeigt übertrieben seine Emotionen, umarmt z. B. flüchtige Bekannte übertrieben bei der Begrüßung, schluchzt unkontrolliert in einer wenig sentimental Situation, hat Wutausbrüche
- (5) fühlt sich unwohl in Situationen, in denen er nicht im Mittelpunkt steht
- (6) zeigt rasch wechselnde und oberflächliche Emotionen
- (7) ist stark egozentrisch, das Handeln ist auf unmittelbare Befriedigung ausgerichtet, Frustration durch Belohnungsaufschub wird schwer ertragen
- (8) hat einen übertrieben impressionistischen Sprachstil, der keine Details kennt. Bei der Beschreibung der eignen Mutter heißt es z. B. nur: „Sie war eine wunderbare Frau.“

Das Konzept der Hysterie in ICD-10 (1992)

Die Histrionische Persönlichkeitsstörung wird durch 6 Kriterien definiert und weist einige Ähnlichkeit mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung nach DSM-III-R und DSM-IV auf (Tab. 8).

Tabelle 8: Histrionische Persönlichkeitsstörung nach ICD-10

F60.4 histrionische Persönlichkeitsstörung

A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.

B. Mindestens vier der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:

1. dramatische Selbstdarstellung, theatrales Auftreten oder übertriebener Ausdruck von Gefühlen
2. Suggestibilität, leichte Beeinflussbarkeit durch andere Personen oder durch äußere Umstände
3. oberflächliche, labile Affekte
4. ständige Suche nach aufregenden Erlebnissen und Aktivitäten, in denen die betreffende Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht
5. unangemessen verführerisch in Erscheinung und Verhalten
6. übermäßige Beschäftigung damit, äußerlich attraktiv zu erscheinen

Kommentar: Egozentrik, Genussucht, dauerndes Verlangen nach Anerkennung, fehlende Bezugnahme auf andere, leichte Verletzbarkeit der Gefühle und andauerndes manipulatives Verhalten vervollständigen das klinische Bild, sind aber für die Diagnose nicht erforderlich.

Anders als in ICD-8/ICD-9 taucht der Begriff der Hysterie in der ICD-10 (Internationale Klassifikation Psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V [F], klinisch diagnostische Leitlinien. 1. Auflage [1992]) nicht mehr auf. Sie wird – ähnlich wie in DSM-III - in die Somatoforme Störung, Konversionsstörung und Histrionische Persönlichkeitsstörung aufgegliedert.

Unter dem Begriff „Dissoziativ“ werden die Störungen zusammengefasst, die früher (ICD-9) „hysterisch, vom dissoziativen oder Konversionstyp“ genannt wurden. Patienten mit dissoziativen und Konversionsstörungen haben häufig eine Reihe gemeinsamer anderer Symptome. Oft treten beide Störungsformen gleichzeitig auf. Nachteilig ist allerdings der neue Terminus: „Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)“. Im Unterschied zu DSM-III bis DSM-5 wird also die Konversionsstörung nicht den Somatoformen Störungen (polysymptomatischer Typ der Hysterie) zugeordnet. Das Depersonalisations- und Derealisationssyndrom nach ICD-10 wird in der Kategorie „andere neurotische Störungen (F48.8) zusammen mit der Neurasthenie (F48.0) aufgelistet und definiert. Dies steht im Gegensatz zur DSM-Klassifikation; dort wird die Depersonalisationsstörung der Dissoziationsstörung zugeordnet. Im Unterschied zum DSM-System wird in der ICD-10 auch an der klassischen Neurasthenie-Definition von Beard und Janet festgehalten. Diese Definition steht auf Augenhöhe mit den „Dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen)“ (F44) nach ICD-10 (Tab. 9).

Tabelle 9: Vergleich der „Posthysterie“-Kategorien nach ICD-10, DSM-IV-TR und DSM-5

ICD-10	DSM-IV-TR	DSM-5
Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	Dissoziative Störungen, u. a. • Depersonalisationsstörung	Dissoziative Störungen, u. a. • Depersonalisationsstörung /Derealisationsstörung
Somatoforme Störungen, u. a. • Somatisierungsstörung • undifferenzierte Somatisierungsstörung • Hypochondrie • somatoforme autonome Funktionsstörung • anhaltende Schmerzstörung	Somatoforme Störung, u. a. • Somatisierungsstörung • undifferenzierte Somatisierungsstörung • Konversionsstörung • Hypochondrie	Somatic Symptom and Related Disorders, u. a. • Somatic Symptom Disorder • Illness Anxiety Disorder (Hypochondrie) • Conversion Disorder
Andere neurotische Störungen • Neurasthenie • Depersonalisations- und Derealisationssyndrom		

<p>Histrionische Persönlichkeitsstörung</p>	<p>Histrionische Persönlichkeitsstörung</p>	<p>Histrionische Persönlichkeitsstörung</p> <p>In Sektion II unverändert aus DSM-IV-TR übernommen</p> <p>In Sektion III wird ein Alternativmodell für Persönlichkeitsstörung vorgestellt, hier gibt es die Kategorie „Histrionische Persönlichkeitsstörung“ nicht mehr, sie ist abgeschafft und nur noch als merkmalsbasierte Persönlichkeitsstörung zu definieren.</p>
---	---	---

Histrionische Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000) und DSM-5

Die Kriterien für Histrionische Persönlichkeitsstörung haben sich von DSM-IV bis DSM-5 nicht verändert, sie sind identisch (Tab. 10).

Tabelle 10: Die DSM-IV-, DSM-IV-TR- und DSM-5-Definitionen für Histrionische Persönlichkeitsstörung sind identisch

<p>301.50 Histrionische Persönlichkeitsstörung</p> <p>Ein tiefgreifendes <i>Muster</i> übermäßiger Emotionalität oder Strebens nach Aufmerksamkeit. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und tritt in den verschiedensten Situationen auf. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. fühlt sich unwohl in Situationen, in denen er/sie nicht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht 2. die Interaktion mit anderen ist oft durch ein unangemessen sexuell verführerisches oder provokantes Verhalten charakterisiert 3. zeigt rasch wechselnden und oberflächlichen Gefühlsausdruck 4. setzt durchweg die körperliche Erscheinung ein, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken 5. hat einen übertrieben impressionistischen, wenig detaillierten Sprachstil 6. zeigt Selbstdramatisierung, Theatralik und übertriebenen Gefühlsausdruck 7. ist suggestibel, d. h. leicht beeinflussbar durch andere Personen oder Umstände 8. fasst Beziehungen enger auf, als sie tatsächlich sind
--

Die Kriterien nach DSM-III enthalten noch 10 Persönlichkeitsmerkmale, die sich deutlich von den 8 DSM-III-R-Persönlichkeitsmerkmalen unterscheiden, diese wiederum von den 8 DSM-IV-/DSM-IV-TR- und DSM-5-Persönlichkeitsmerkmalen (Tab. 11).

Tabelle 11: Vergleich der unterschiedlichen DSM-Auflagen bzgl. histrionischer Persönlichkeitsstörung

DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV/IV-TR/5
<ul style="list-style-type: none"> • Selbstdramatisierung • Aufmerksamkeit auf sich lenken • starkes Verlangen nach Aktivität • Überreaktion auf kleine Ereignisse • irrational zornige Ausbrüche • affektiv oberflächlich und unecht • egozentrisch • eitel, fordernd • Bestätigung suchend • Suiziddrohungen 	<ul style="list-style-type: none"> • verlangt Bestätigung, Anerkennung • übertrieben attraktiv, verführerisch • besorgt um Äußeres • übertriebene Emotionalität • muss im Mittelpunkt stehen • Labilität und oberflächliche Emotionen • egozentrisch • impressionistischer Sprachstil 	<ul style="list-style-type: none"> • muss im Mittelpunkt stehen • unangemessen sexuell verführerisch • oberflächlicher Gefühlsausdruck • setzt körperliche Erscheinung ein, um Aufmerksamkeit zu bekommen • übertriebener impressionistischer Sprachstil • Selbstdramatisierung, Theatralik • suggestibel • fasst Beziehungen enger auf, als sie sind

Vergleicht man die ICD-10-Kriterien mit den DSM-IV-Kriterien für Histrionische Persönlichkeitsstörung, ergibt sich eine Übereinstimmung von 50 %.

Tabelle 12: Vergleich ICD-10 und DSM-IV/IV-TR/5 bei histrionischer Persönlichkeitsstörung (stark verkürzte Darstellung)

ICD-10	DSM-IV/IV-TR/5
<ul style="list-style-type: none"> • Dramatische Selbstdarstellung • Suggestibilität • oberflächlich, labil • im Mittelpunkt stehen • unangemessen verführerisch • übermäßige Beschäftigung, äußerlich attraktiv zu sein 	<ul style="list-style-type: none"> • muss im Mittelpunkt stehen • unangemessen sexuell verführerisch • oberflächlicher Gefühlsausdruck • setzt körperliche Erscheinung ein, um Aufmerksamkeit zu bekommen • übertriebener impressionistischer Sprachstil • Selbstdramatisierung, Theatralik • suggestibel • fasst Beziehungen enger auf, als sie sind

Interessanterweise ist auch der Unterschied der verschiedenen DSM-Versionen sehr groß (Tab. 12). Beispielsweise gibt es eine Übereinstimmung zwischen DSM-III und DSM-III-R von nur 30 % (!), im Vergleich DSM-III-R vs. DSM-IV genauso wie zum Vergleich mit ICD-10 von 50 %. Alleine diese Vergleiche weisen natürlich darauf hin, dass die Kompatibilität der Kriterien für die histrionische Persönlichkeitsstörung bzgl. DSM und ICD gering ist.

Es ist daher nicht weiter verwunderlich, dass es den Autoren von DSM-5 nicht gelang, plausible und valide Studien über die histrionische Persönlichkeitsstörung zu generieren;

dies war auch mit ein Punkt, die histrionische Persönlichkeitsstörung in dem Alternativen Konzept für Persönlichkeitsstörung (Sektion III des DSM-5) nicht mehr als eigenständige Kategorie aufzuführen.

DSM-5 und die Histrionische Persönlichkeitsstörung

Das DSM-5 weist einige bedeutende Veränderungen auf, wie z.B. die Aufhebung der Achsenstruktur, keine Altersbeschränkung mehr für die Persönlichkeitsstörung. Die prägnanteste Veränderung ergab sich jedoch für den Bereich der Persönlichkeitsstörung (PS; Zaudig, 2014 b). Zum einen wurden die schon im DSM-IV-TR beschriebenen Kategorien für Persönlichkeitsstörung (PS) unverändert übernommen (Sektion II) (auch die Kriterien der Histrionischen Persönlichkeitsstörung), andererseits wurde in einer Art zweigleisiges Vorgehen ein neues „Alternatives Modell“ für Persönlichkeitsstörung definiert mit der Absicht, sowohl den dimensionalen wie auch den kategorialen Bereich zu integrieren. Das Alternative Persönlichkeitsstörungsmodell wurde in Sektion III des DSM-5 eingefügt, es ist eine experimentelle Kategorie, die aber weiter ausgebaut werden und durch künftige Studien validiert werden soll. Die zentrale Innovation des „Alternativen Modells“ besteht darin, dass es eine neue Definition der Allgemeinkriterien für Persönlichkeitsstörungen gibt, die sowohl kategoriale als auch dimensionale Ansätze aufweist. Die größte Bedeutung haben die Kriterien A und B (Tab. 13; Zaudig, 2014 b).

Tabelle 13: Allgemeinkriterien des Alternativen Modells für Persönlichkeitsstörung nach DSM-5

Kriterium A	eine mittlere oder höhere Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit hinsichtlich Selbst und interpersonellen Bereich, gemessen mit SEFP und
Kriterium B	mindestens eine Domäne problematischer Persönlichkeitsmerkmale oder spezifische Persönlichkeitsfacetten aus allen 5 Domänen (negative Affektivität, Bindungsschwäche, Antagonismus, Hemmungsschwäche, Psychotizismus), gemessen wird Kriterium B mit dem PID-5
Kriterium C	Die Beeinträchtigung im Persönlichkeitsniveau und die Darstellung der Persönlichkeitsmerkmale sind relativ unflexibel (tiefgreifend) und durchgängig in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen
Kriterium D	Die Beeinträchtigungen im Persönlichkeitsfunktionsniveau sind relativ stabil über die Zeit, daneben kann der Beginn zumindest bis zur Adoleszenz oder bis zum frühen Erwachsenenalter zurückverfolgt werden
Kriterium E	Die Beeinträchtigungen im Persönlichkeitsniveau können nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden
Kriterium F	Die Beeinträchtigungen im Persönlichkeitsfunktionsniveau und die Darstellung der individuellen Persönlichkeitsmerkmale gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück
Kriterium G	Die Beeinträchtigungen im Persönlichkeitsniveau und die Darstellung der individuellen Persönlichkeitsmerkmale können nicht besser als normal für eine individuelle Entwicklungsphase oder als soziokulturelle Umgebung verstanden werden

In diesem Hybridmodell wurde u. a. auch eine neue Definition für 6 spezifische Persönlichkeitsstörungsdiagnosen eingeführt: Antisoziale PS, Vermeidende PS, Borderline-PS, Narzisstische PS, Zwanghafte PS, Schizotype PS. Die nicht im Alternativen Modell aufgeführten spezifischen Diagnosen der paranoiden, schizoiden, histrionischen und dependenten Persönlichkeitsstörung werden durch die Diagnose einer merkmalsbasierten Persönlichkeitsstörung repräsentiert, d. h., sie erfüllen zwar die Allgemeinkriterien (Tab. 13), aber nicht die Kriterien für die 6 spezifischen Persönlichkeitsstörungen und werden dann durch die relevante Kombination von Persönlichkeitsmerkmalen oder Domänen detailliert beschrieben (Tab. 13, Tab. 14). D. h., die histrionische Persönlichkeitsstörung kann kategorial nicht als solche beschrieben werden, sondern nur aufgrund spezifischer Merkmale, wie z. B. Neigung zur Manipulation, emotionale Labilität, Suche nach Aufmerksamkeit, die dann evtl. den Kliniker an eine histrionische Persönlichkeitsstörung erinnern. Diese drei Merkmale stammen z. B. aus zwei Domänen (von insg. 5), und aus den restlichen drei Domänen müsste mindestens ein Merkmal ebenfalls noch vorliegen, dann könnte eine merkmalsbasierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. Ausführlich dazu Zaudig (2014 b).

Tabelle 14: Persönlichkeitsstörung, Merkmalspezifiziert – PS-MS (APA 2013) (verkürzte Darstellung)

<p>Kriterium A:</p> <p>Mittelgradige oder stärkere Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit, welches sich in Schwierigkeiten in mindestens zwei der folgenden Merkmalsbereiche manifestiert:</p> <p>1. Identität, 2. Selbststeuerung; 3. Empathie; 4. Nähe</p>
<p>Kriterium B: Mindestens eine Domäne problematischer Persönlichkeitsmerkmale ODER spezifische Persönlichkeitsfacetten aus allen der folgenden Domänen:</p>
<p>1. Negative Affektivität (vs. emotionale Stabilität): Häufiges und intensives Erleben einer weiten Bandbreite von starken negativen Emotionen (z. B. Angst, Depression, Schuld/Scham, Besorgnis, Ärger) und ihrer behavioralen (z. B. Selbstverletzung) und zwischenmenschlichen (z. B. Abhängigkeit) Manifestationen</p>
<p>2. Bindungsschwäche (vs. Extraversion): Vermeidung sozioemotionaler Erfahrung, sowohl durch Rückzug aus zwischenmenschlichen Interaktionen von gelegentlichen, täglichen Interaktionen über Freundschaft bis hin zu intimen Beziehungen als auch durch eingeschränkte affektive Erfahrung und affektiven Ausdruck, besonders durch begrenzte Fähigkeit zur Freude</p>
<p>3. Antagonismus (vs. Verträglichkeit): Ein Verhalten, das andere Menschen gegen die Person aufbringt, einschließlich einer übertriebenen Vorstellung der eigenen Wichtigkeit und der damit einhergehenden Erwartung einer Sonderbehandlung als auch einer hartherzigen Abneigung anderen gegenüber, die sowohl zu mangelnder Berücksichtigung der Bedürfnisse und Gefühle anderer führt als auch zu einer Bereitschaft, andere zugunsten einer Selbsterhöhung zu benutzen</p>
<p>4. Hemmungsschwäche (vs. Gewissenhaftigkeit): Ausrichtung auf sofortige Belohnung, die zu impulsivem, durch momentane Gedanken, Gefühle und externale Stimuli gesteuertem Verhalten führt, ohne Berücksichtigung früherer Lernerfahrungen oder zukünftiger Konsequenzen</p>

5. Psychotizismus (vs. Adäquatheit):

Auftreten einer weiten Bandbreite von kulturell inadäquaten, eigenartigen, exzentrischen oder ungewöhnlichen Verhaltensweisen und Gedanken, sowohl in formaler (z. B. Wahrnehmung, Dissoziation) als auch in inhaltlicher Hinsicht (z. B. Überzeugungen)

Es ist also sehr wohl möglich, dass einige Merkmale einer histrionischen Persönlichkeit auch in der merkmalspezifizierten Persönlichkeitsstörung auftauchen, aber das Konzept der traditionellen histrionischen Persönlichkeitsstörung ist nur noch auf der Kombination von Einzelmerkmalen nachvollziehbar (Zaudig, 2014 b).

In DSM-5 findet sich also die „Konkursmasse“ der Hysterie wieder als somatische Symptombelastungsstörung (somatic symptom disorder), in der Konversionsstörung, der Krankheitsangststörung (vormals Hypochondrie), der Dissoziationsstörung (als eigene Kategorie); die Histrionische Persönlichkeitsstörung gibt es als solche weiterhin im traditionellen „Gewand“ der DSM-IV und DSM-IV-TR, übernommen in DSM-5, nicht jedoch im Alternativen Modell für Persönlichkeitsstörung.

Zusammenfassung

Im 4. Jh. vor Christus wurde durch Hippokrates erstmalig der Begriff Hysterie als typisch weibliche Krankheit beschrieben. Im 17. Jh. widersprach der Arzt Thomas Sydenham der Vorstellung einer uterusbezogenen weiblichen Erkrankung. Er führte die Hysterie auf gereizte Nerven zurück, ebenso auch die Hypochondrie, die er als „Hysterie der Männer“ ansah. Im 19. Jh. wurde der Begriff der Hysterie, später der hysterischen Neurose enorm „aufgebläht“. Nahezu alle Symptome, die nicht somatisch ausgelöst waren, nannte man hysterisch, eine einheitliche Definition der Hysterie gab es nicht. Erst Mitte des 21. Jh. durch Einführung operational definierter Kriterien für die unterschiedlichsten Störungsbilder in DSM-III (1980) wurde der Hysteriebegriff aufgesplittet in einen polysymptomatischen Typ der Hysterie (Briquet-Syndrom), ab DSM-III Somatisierungsstörung genannt, ferner in pseudoneurologische Konversionssymptome (Konversionssyndrom), Dissoziation und in die hysterische Persönlichkeitsstörung, die später histrionische Persönlichkeitsstörung hieß. Die neuen Störungsbilder („Konkursmasse der Hysterie“) wurden mehr oder weniger unverändert bis zur Publikation von DSM-5 beibehalten, allerdings wurde im Alternativen Modell der Persönlichkeitsstörung in DSM-5 (optional) die Kategorie einer Histrionischen Persönlichkeitsstörung nicht mehr aufgegriffen, d. h., nach über 2000 Jahren ist der Begriff histrionisch/hysterisch obsolet geworden.

Literatur

- Abraham, K. (1921). Äußerungsformen des weiblichen Kastrationskomplexes. In K. Abraham (Hrsg.), *Psychoanalytische Studien* (Bd. II; S. 69-99). Frankfurt/M.: Fischer.
- Alexander, F. (1971). *Psychosomatische Medizin* (Bd. 2). Berlin: DeGruyter. (Original veröffentlicht 1950).
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd Ed. – DSM-III. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Ed. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Ed. – DSM-5. Arlington VA: American Psychiatric Association.
- Beard, G.M. (1869). *Neurasthenia or Nervous Exhaustion*. Boston Medical and Surgical Journal. New Series, 3 ,217-221.
- Beard, G.M. (1881). *Die Nervenschwäche (Neurasthenia). Ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung*. Leipzig: Vogel.
- Bilger, S. (1990). *Üble Verdauung und Unarten des Herzens: Hypochondrie bei Johann August Unzer (1727-1799)*. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Binswanger, O. (1904). *Die Hysterie*. Wien: Alfred Hölder.
- Bleuler, E. (1972). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris : Baillière.
- Charcot, J. (1892). *Leçons du mardi à la Salpêtrière*. Paris : Bataille.
- Charcot, J.M. (1886). *Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie*. Übersetzung: Sigmund Freud. Leipzig, Wien: Toeplitz & Deuticke.
- Chertok, L. (1975). "Hysteria vs. Briquet's Sndrome". *American Journal of Psychiatry*, 132, 1087.
- Chodoff, P. & Lyons, H. (1958). *Hysteria and the Hysterical Personality and Hysterical Conversion*. *American Journal of Psychiatry*, 114, 734-740.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1992, 2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 1. bis 9. Aufl. Bern: Huber.
- Ellenberger, H. (1973). *Die Entdeckung des Unbewussten (2 Bände)*. Bern: Huber.
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Vinokur, G. & Munoz, R. (1972). *Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research*. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Fenichel, O. (1974). *Hysterien und Zwangsneurosen (Bd. 3)*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft (S. 153-174). (Original veröffentlicht 1931).
- Fischer-Homberger, E. (1969). *Hysterie und Misogynie – ein Aspekt der Hysteriegeschichte*. *Gesnerus*, 26 (1), 117-127.
- Fischer-Homberger, E. (1970). *Hypochondrie. Melancholie bis Neurose: Krankheiten und Zustandsbilder*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- Freud, S. & Breuer, J. (1990). *Studien über Hysterie*. Unveränderte Neuauflage (S. 153). Frankfurt/M. (Original veröffentlicht 1892).
- Freud, S. & Breuer, J. (1895). *Studien über Hysterie*. Leipzig und Wien: Deuticke. Reprint Frankfurt, 1995: S. Fischer.
- Gress, H. (2001). *Über die soziale Botschaft der Hysterie*. In G.H. Seidler (Hrsg.), *Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels* (S. 329-356). Gießen: Psychosozial-Verlag.(kein Zitat im Text)
- Guze, S.B. (1975). *The Validity and Significance of the Clinical Diagnosis of Hysteria (Briquet's Syndrome)*. *American Journal of Psychiatry*, 132, 138-141.
- Guze, S.B., Woodruff, R.A. & Clayton, P.J. (1972). *Sex, Age and the Diagnosis of Hysteria (Briquet' s Syndrome)*. *American Journal of Psychiatry*, 129, 745-748.
- Hoffmann, S.O. (1986). *Psychoneurosen und Charakterneurosen*. In K.P. Kisker, H. Lauzer, J.E. Meyer & C. Müller, I. Strömgen. *Psychiatrie der Gegenwart 1. Neurosen, psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer.
- Hoffmann, S.O. & Eckhardt-Henn, A. (2000). *Von der Hysterie zur Histronischen Persönlichkeitsstörung: Ein historischer und konzeptueller Überblick*. *Persönlichkeitsstörungen*, 4, 125-176.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Janet, P. (1894). *État mental des hystériques*. Paris: Rueff.

- Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie* (9. unveränd. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Johnson, J. (1831). *Change of Air, Or the Pursuit of Health*. London: S. Highley, T. u. G. Underwood.
- Kraepelin, E. (1913). Über Hysterie. *Zeitschrift für gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 18, 261-279.
- Krafft-Ebing, R. von (1883). *Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende* (Bd. 1). Stuttgart: Enke.
- Lazare, A. & Klerman, G.L. (1968). Hysteria and Depression: The Frequency and Significance of Hysterical Personality Features in Hospitalized Depressed Women. *American Journal of Psychiatry*, 124, 48-56.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization – the Concept and it's Clinical Application, *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- Mentzos, S. (1980). Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen. Frankfurt/M.: S. Fischer.
- Mentzos, S. (2001). Affektaktualisierung innerhalb der hysterischen Inszenierung. In G.H. Seidler (Hrsg.), *Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Möbius, P.J. (1894). Über den Begriff der Hysterie. *Neurologische Beiträge* 1, Leipzig, 1-7.
- Nolte, K. (2003). *Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*. Frankfurt/M.: Campus
- Rangel, L. (1959). Die Konversion. *Psyche*, 2, 121-147.
- Reich, W. (1971). *Charakteranalyse* (Bd. 3). Berlin: k u. w. (Original veröffentlicht 1933).
- Schneider, K. (1923). *Die Psychopathischen Persönlichkeiten*. Leipzig: Franz Deuticke.
- Slater, E. (1965). Diagnosis of "Hysteria". *British Medical Journal*, 1, 1395-1399.
- Slater, E. & Glithero, E. (1965). A Follow up of Patients Diagnosis Suffering from "Hysteria". *Journal of Psychosomatic Research*, 9, 9-13.
- Spitzer, R.L., Endicott, J. & Robbins, E. (1975). Clinical Criteria for Psychiatric Diagnosis and DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1187-1192.
- Veith, I. (1961). The Wear and Tear Syndrome. *Modern Medicine*, December 1961, 97-107.
- Veith, I. (1993). *Hysteria. The History of a Disease*. London: Northwale NJ.
- WHO (1948). *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* (6th Revision). Geneva: World Health Organization.
- WHO (1972). *ICD-8. Deutsche Ausgabe der Internationalen Klassifikation der WHO. International Classifications of Diseases. 8th Rev. (Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten ICD-8. 4., korr. und erweit. Aufl. 1975)*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- WHO (1978). *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the 9th Revision of the International Classification of Diseases. World Health Organization, Geneva, ICD-9 (Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, 5. Aufl., korr. nach der 9. Revision der ICD)*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Zaudig, M. (2014 a). Historische Entwicklung, Diagnostik und Klassifikation der Somatoformen Störungen – Vergleich von ICD-10, DSM-IV-TR und DSM-5. *Die Psychiatrie*, 11, 149-155.
- Zaudig, M. (2014 b). Das Alternativmodell für Persönlichkeitsstörung nach DSM-5. *Persönlichkeitsstörungen (PTT)*, 18, 2-5.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Michael Zaudig
Psychosomatische Klinik Windach