

Serge K. D. Sulz

Vom psychodynamischen zum kognitiv-behavioralen Verständnis von Funktion und Strategie der Hysterie: Nur auf der Bühne lässt es sich überleben

Cognitive Behavioural Understanding of Function and Strategy of Hysteria:

Only on Stage is there Survival

Gerade weil die Hysterie künftig nicht mehr in ICD und DSM auffindbar ist, erscheint es notwendig, zu verhindern, dass an dieser Stelle ein blinder Fleck bei Psychotherapeuten entsteht. 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. Die Psychotherapie beginnt mit einer sorgfältigen Makro-Verhaltensanalyse: Im Rahmen der Funktionsanalyse wird die im Erwachsenenalter dysfunktional gewordene Überlebensregel und die Reaktionskette zum Symptom erarbeitet und daraus die hysteriespezifischen Therapieziele abgeleitet. Der Therapieprozess pendelt zwischen tiefer emotionaler Erfahrung und metakognitiver Reflexion (Mentalisierung).

Schlüsselwörter

Psychotherapie – Hysterie – Konversion – Dissoziation – histrionische Persönlichkeitsstörung – Verhaltenstherapie – Funktionsanalyse – Überlebensregel – Reaktionskette zum Symptom – Makro-Verhaltensanalyse – Mentalisierung – Affektregulierung – Emotionsregulation – primärer und sekundärer Selbstmodus – Entwicklungsmodus

Precisely because, in the future, hysteria will not be found in ICD and DSM it seems necessary to prevent psychotherapists from developing a blind spot in its place. Starting from psychiatric and psychodynamic descriptions of hysterical phenomena, the histrionic personality (hysterical character), conversion syndromes as a special case of somatisation through to non-trauma related dissociations we attempt to reach a cognitive behavioural understanding. The development-impeding relationship offered by the parents during the first years of a child's life urge the child to use a survival strategy which might later appear as hysterical.

Only by way of inventing conversion or dissociative syndromes can the rule of survival be maintained in symptom-triggering situations. Of special note is the dramaturgical configuration of the personality traits on the one hand and the conversion syndrome on the other hand. Psychotherapy begins with a careful macro behaviour analysis: In the course of the functional analysis the rule of survival, which has become dysfunctional in adulthood, and the reaction chain up to the symptom are compiled enabling the therapist to deduce hysteria-specific therapeutic goals. The therapeutic process varies between deep emotional experience and metacognitive reflexion (mentalisation).

Keywords

psychotherapy – hysteria – conversion – dissociation – histrionic personality disorder – behaviour therapy – functional analysis – rule of survival – reaction chain up to the syndrome – macro behaviour analysis – mentalisation – affect regulation – emotion regulation – primary and secondary self-mode – development mode

Hysterie und hysterischer Charakter

Scherer-Renner (2015, in diesem Band) spricht vom blinden Fleck der heutigen psychiatrischen Diagnostiker bezüglich hysterischer Phänomene. Würde heute das Lehrbuch von Kraepelin (1915) neu aufgelegt werden, so müsste es um 147 Seiten dünner sein, da das umfassende Hysterie-Kapitel fehlen würde. Denn Hysterie gibt es in der psychiatrischen Nomenklatur nicht mehr.

Die historisch-psychiatrische Sicht der Hysterie wird von Weber anhand des hundert Jahre alten Lehrbuchs von Kraepelin beschrieben. Weber (2015, in diesem Band) berichtet, dass Kraepelin (1915) davon ausging, dass sich zwischen die auslösenden „psychischen Reize“ und die beobachtbaren Krankheitserscheinungen „noch unbekannte Zwischenglieder“ einschieben, die sie zu einer „Krankheit von ausgesprochener Eigenart“ mache. Sie kennzeichne sich durch „außerordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit der Gemütsbewegungen nicht nur das gesamte Seelenleben beeinflussen, sondern auch mannigfaltige körperliche Krankheitserscheinungen hervorbringen“. Wie Briquet sah er die Hysterie auf pathologischen affektiven Reaktionen aufbauend. Er beobachtet einen „gestörten Parallelismus zwischen Reizgröße und Empfindung“. Bei ungestörtem Gedächtnis hätten Hysteriker eine Neigung „zur Erdichtung von geschlechtlichen und räuberischen Angriffen“. Geistig regsam komme es zu starker allgemeiner Erregbarkeit, und häufig seien „wetterwendische“ Stimmungsschwankungen zu beobachten. Typisch sei die „unwillkürliche Übertreibung der Ausdrucksbewegungen“ und eine „unvermittelte Heftigkeit ihrer Gemütsregungen“ sowie „launenhafte Eigenwilligkeit“. Neben diesen persönlichen Merkmalen findet Weber in Kraepelins Lehrbuch von 1915 die Darstellung der pseudoneurologischen Symptome wie Lähmung, Blindheit, An- und Hyperästhesien, Hyperalgesien, Stimmlosigkeit. Bei Ohnmachtsanfällen falle auf, dass unwillkürliche stützmotorische Reaktionen ernsthafte Verletzungen verhindern. Stottern sei nicht selten. Pseudoepileptische Anfälle waren schwer von der Epilepsie zu unterscheiden. Dissoziationen entsprächen Gemütsbewegungen, „die eben erfahrungsgemäß die Beziehungen zwischen Bewusstsein und Außenwelt zu lockern vermögen“.

Als Auslöser beobachtete Kraepelin insbesondere „Enttäuschungen und Gemütsbewegungen durch Liebesverhältnisse, Auflösung von Beziehungen“ (zitiert nach Weber, a.a.O.). Zwei Zitate von Weber über die Behandlung geben weiteren Aufschluss über Kraepelins Verständnis der Hysterie:

Der Arzt habe „dem Kranken die Herrschaft über sein Gefühlsleben und dessen bewusste und unbewusste Äußerungen zu verschaffen“ (Kraepelin, 1915, S. 1702).

Dazu müsse er sich „das unerschütterliche Vertrauen und damit die unerlässliche Macht über die Kranken verschaffen“.

Zaudig (2015, in diesem Band) zitiert zwei weitere historische Perspektiven:

„... 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 Kranken erregt, wenn sie damit nicht reißieren, sich verlassen und nicht beachtet sehen. Ihre Bosheit und Rachsucht kennt dann keine Grenzen ...“ (Krafft-Ebing, 1883).

„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“ (Karl Jaspers, 1973, S. 370).

Aus neuerer Zeit führt Zaudig eine Umschreibung von Chodoff und Lyons (1958) an: „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). In ICD-9 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1978) gab es noch die Hysterische Neurose (300.1) als polysymptomatische Erkrankung im Sinne des Briquet-Syndroms (1859):

Bei diesen psychischen Störungen erzeugen gewisse 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 dringhaften Weglaufens (fugue). Im Verhalten kann der Patient eine Psychose nachahmen oder, besser gesagt, seine Vorstellung von einer Psychose.

In DSM-III (1978) blieb nur noch die histrionische Persönlichkeitsstörung:

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 gegen andere*
3. *Eitel und fordernd*
4. *Abhängig, hilflos, ständig nach Bestätigung suchend*
5. *Zu manipulativen Suiziddrohungen, -gesten, oder -versuchen neigend*

Konversionssyndrome

Konversionssyndrome und Dissoziation wurden in DSM-III als eigene Krankheitsgruppe ohne Bezugnahme auf die Hysterie kategorisiert (Abb. 1).

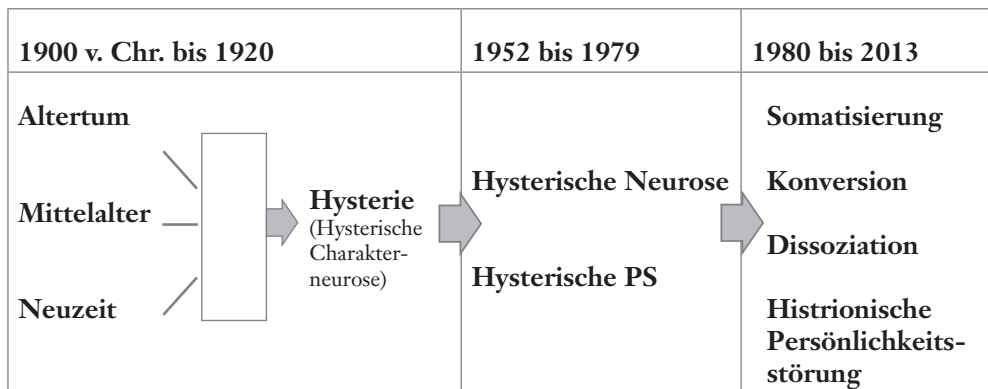


Abbildung 1: Historische Entwicklung der Konzepte von Hysterie, Konversion, Dissoziation und histrionischer Persönlichkeitsstörung (aus Zaudig, 2015, in diesem Band)

Klußmann zitiert Engels (1976) Aufzählung vielfältiger Konversionssyndrome:

Motorisch: Lähmung oder Schwäche; Krämpfe, generalisiert oder lokalisiert; Tic; Tremor oder andere abnorme Bewegungen; abnorme Haltungen; Torticollis; Pseudokontrakturen; Steife; Gangstörungen; Atasie, Abasie; Aphonie; Dysphonie; Heiserkeit; Mutismus; Blepharospasmus; Ptosis; Augenmuskellähmung.

Sensorisch: Schmerz an irgendeiner Stelle; Anästhesie, Hypästhesie, Dysästhesie; Blindheit, tubuläres Sehen; Taubheit; Wärme- und Kälteempfindungen.

Oberer Verdauungstrakt: Globus hystericus; Dysphagie; Nausea, Erbrechen; Heißhunger; Anorexie; Hyperphagie; Polydipsie; abdominale Blähungen.

Unterer Verdauungstrakt: Inkontinenz; Verstopfung; Durchfall.

Respirationstrakt: Hyperventilation; Dyspnoe; Seufzeratmung; Husten; Atemanhalten; Gähnen.

Herz-Kreislauf: Herzneurose

Harnwege: Drang; Häufigkeit; Dysurie; Inkontinenz; Retention.

Genitale: Anästhesie von Vagina und Penis; Dyspareunie. Gewisse Formen von Impotenz und Frigidität.

Haut: Erröten; Erblassen; hämorrhagische Stigmata.

Bewusstsein und psychische Funktionen: Synkopen; Narkolepsie (Schlafanfälle); Amnesien; Schwäche, Müdigkeit; Energiemangel, z.B. Lähmung des Willens; gespaltene Persönlichkeit; Pseudodemenz (Ganser) (Klußmann, 2015, in diesem Band).

Gemeinsam ist ihnen, dass sie willkürlich innerviert sind, also Bestandteil von Handlungsmustern sein können bzw. dass sie Bestandteil der Sinneswahrnehmung sind. Das Konversionssyndrom blockiert also potentiell Handlung oder Wahrnehmung und damit Interaktion. Dies unterscheidet Konversionssymptome von anderen Somatisierungen.

Das Konstrukt der Konversion war zunächst Freuds psychodynamische Erklärung der vielfältigen Körpersymptome, die er ausschließlich der Hysterie zuschrieb: „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 & Breuer, 1895, S. 63).

Das ursprüngliche psychoanalytische Triebmodell der Konversion liest sich so: „Den unbewußten Wunsch in die Tat umzusetzen kann einerseits dazu führen, (in der Realität und/oder intrapsychisch) vom Objekt zurückgewiesen zu werden, während dies nicht zu tun andererseits bedeutet, die in der Objektbeziehung innewohnende Befriedigung aufzugeben. Anstatt den unbefriedigenden Wunsch aufzugeben und eine neue Lösung zu suchen, drängt der Wiederholungszwang ... einen Kompromiß auf, nämlich den unbewußten Wunsch durch eine symbolische Gebärde zu ersetzen, die in körperlichen Begriffen den Wunsch und die Blockierung seiner Erfüllung in der Realität präsentiert. Dies ist die Konversionsreaktion“ (Engel, 1976, S. 406).

Dabei geht es, wenn Verdrängung nicht ausreichend angstfrei macht, in einem zweiten Schritt der Abwehr darum, einen konflikthaften Affekt aus der Psyche zu entfernen und in das Somatische zu verlagern. Der Körper ist schließlich die wichtigste Bühne für die Affekte (Damasio, 2004). Während Freud von einem ödipalen Konflikt ausging, wird heute die Objekt-Beziehungs-Theorie zugrunde gelegt.

Klußmann formuliert das heutige Verständnis der Konversion so: „Das Symptom ist Ausdruck eines Wunsches, verbunden mit der Abwehr desselben, und basiert auf körperlicher Erfahrung aus präverbaler Zeit“ (Klußmann, 2015, in diesem Band). Er hält den Begriff der Konversion auch künftig für hilfreich für das Verständnis von Somatisierungen: „Der

Konversionsbegriff sollte umfassender als „Körpersprache“ verstanden werden. Zum Verständnis psychosomatischen Krankheitsgeschehens ist es wünschenswert, dass der Begriff der Konversion bleibt, wissend, dass Konversionsgeschehen nur ein Ausschnitt aller psychosomatischen Störungen und Krankheiten ist“ (Klußmann, 2015, in diesem Band). Der Bezug zur Hysterie bleibt erhalten, wenn man die Konversion als eine Abwehrtechnik (Fairbairn, 1952) oder Bestandteil eines hysterischen Modus (Mentzos, 1980) bzw. als komplexe Abwehrformation im Sinne eines „pseudoödipalen Mythos“ (Rupprecht-Schampera, 1997) bezeichnet, der in allen Entwicklungsphasen eingesetzt werden kann und nicht an die ödipale Phase gebunden ist und auch nicht der kompromisshaften Lösung ödipaler Konflikte dient. Konversion dient ganz allgemein der Lösung eines unbewussten Konflikts zwischen Trieb- und Abwehrseite. Das körperliche Symptom drückt sowohl den Trieb als auch die Abwehr aus.

Dissoziationen

Die dissoziativen Phänomene sind oft pseudoneurologische Störungen, bei denen ebenfalls postuliert wird, dass sie dazu dienen, die Psyche zu entlasten. Wo die Dissoziation in ein körperliches Symptom mündet, überlappen sich die Kategorien Konversion und Dissoziation.

Eckhardt-Henn beschreibt Dissoziation so: „Dissoziative Störungen werden subjektiv oder auch von Beobachtern als eine Unterbrechung oder Diskontinuität der normalen Integration des Bewusstseins, der Erinnerung, der Identität, der Emotionalität, der Wahrnehmung, der Körperrepräsentation, der motorischen Kontrolle und des Verhaltens empfunden und beschrieben. Jedes Gebiet des psychologischen und körperlichen Funktionierens kann davon potentiell betroffen sein. Ein klinischer Erklärungsversuch ... unterscheidet zwischen fehlenden Funktionen, wie z.B. Erinnerungen, Gefühlszuständen, Körperempfindungen. Das normale bewusste Funktionieren wird aufgrund dieser dissoziativen Funktionsstörungen unterbrochen. Davon abgegrenzt werden „positive dissoziative Symptome“, die sich durch ein nicht steuerbares, als intrusiv erlebtes „Zuviel“ charakterisieren lassen. Hierzu gehören plötzlich auftretende Flashbacks, als überwältigend erlebte und willentlich nicht beeinflussbare Gefühle, plötzliche visuelle Bilder, intrusive Gedanken oder Erinnerungen und auch Erinnerungen auf körperlicher Ebene, die sich in Form von somatischen Beschwerden äußern, auftreten“ (Eckhardt-Henn, 2015, in diesem Band).

Die wichtigsten klinischen Störungen des Spektrums dissoziativer Syndrome sind nach ICD-10 (siehe Dilling, Mombour & Schmidt, 2005, siehe Eckhardt-Henn, 2015):

- Dissoziative Amnesie
- Dissoziative Fugue
- Dissoziativer Stupor
- Trance und Besessenheitszustände
- Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung
- Dissoziative Bewegungsstörung
- Dissoziative Krampfanfälle
- Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen

- Ganser-Syndrom
- Multiple Persönlichkeit(dissoziative Identitätsstörung)
- Hinzu kommen Depersonalisation und Derealisation.

Schwere dissoziative Bewusstseinsstörungen sind in der Regel komplexe Traumafolgestörungen, wobei die erste Traumatisierung oft in der frühen Kindheit stattfand (Eckhardt-Henn & Hoffmann, 2004). Ein sich steigendes Stress-Erleben führt zu einem Spannungszustand, der differenzierte Gefühle übertönt, so dass diese nicht mehr wahrgenommen werden. Darauf kommt es zur Dissoziation. Nimmt die Spannung nicht ab, wird eventuell zur Selbstverletzung übergegangen.

Neben situativ auftretender Dissoziation beschreiben van der Hart, Nijenhuis & Steele (2008) in ihrer „Theorie der strukturellen Dissoziation“ zwei zur Struktur gewordene gesplante Modalitäten, zum einen „Anscheinend Normale Persönlichkeitsanteile“ (ANP) und zum anderen die „Emotionalen Persönlichkeitsanteile“ (EP). Die ANP helfen Patienten, „anscheinend normal zu funktionieren“. Sie sind ich-synton, während die EP als desintegrierte Erlebensmodi ich-dyston sind.

Eckhardt-Henn weist auf das Konzept der „konkretistischen Fusion“ von Henningsen (2008) hin, das von einer „Verschmelzung mit dem Objekt, die einen nicht mentalisierbaren und somit auch nicht symbolisierbaren Aspekt der traumatischen Erfahrung enthalten, die an das Objekt gebunden bleibt“ (Eckhardt-Henn, 2015, in diesem Band).

Bezüglich der Psychogenese schreibt die Autorin an anderer Stelle: „Sexuelle und andere körperliche Misshandlungen durch einen Elternteil, andere Familienangehörige oder nahestehende Menschen bedeuten immer einen zerstörerischen Angriff auf das basale und lebensnotwendige Bedürfnis, einem Menschen zu vertrauen, ihm nahe zu sein, sich von ihm abhängig zu fühlen, sich einzulassen und zu binden. Dabei ist besonders die fatale Verbindung von Schmerz und Zuwendung, von Grenzverletzung, Ausbeutung und Zärtlichkeit dafür verantwortlich, dass eine unerträgliche, verrücktmachende Verwirrung im Kind entsteht und das Kind in ein unaushaltbares inneres Dilemma bringt. Je nach der spezifischen Dynamik in der Beziehung zwischen Opfer und Täter erleben die Betroffenen, dass Menschen, die sie versorgen, die sie lieben, sie gleichzeitig verraten, verletzen und existenziell bedrohen. Es kommt zu einer traumatischen Erfahrung in Form eines Bruchs der Selbst-Objekt-Verbindungen zwischen dem Kind und den Eltern. Das Trauma unterbricht die Verbindung zwischen dem Selbst und dem empathischen Anderen. Insbesondere der psychische Verlust der missbrauchenden Figur, der enorme Verrat, den der Betroffene empfindet, die Hilflosigkeit und die Ohnmacht, die traumatische Sexualisierung und Überstimulation (Shengold) überfordern die Bewältigungsmöglichkeiten des Opfers“ (vgl. Eckhardt-Henn, 2011, S. 687 ff.).

Die Funktionalität der Dissoziationen lässt sich so festhalten: „Die Patienten schützen sich damit vor plötzlich auftretenden, nicht differenzierbaren und als unkontrollierbar erlebten Emotionen und Affekten. Wesentlich ist es anzuerkennen, dass diese Mechanismen möglicherweise das Überleben des Patienten gesichert haben und im Moment die für ihn ‚bestmögliche Lösungsstrategie‘ darstellen“ (Eckhardt-Henn, 2015, in diesem Band).

Die Psychoanalyse fügt hinzu, dass diese nicht aushaltbaren Affekte bei den nicht trauma-bezogenen, nicht strukturellen, umgrenzten Dissoziationen durch einen unbewussten Konflikt angestoßen werden.

Pathogenese der Hysterie aus der Sicht der Psychoanalyse

Mentzos (1980 und 2001) sieht als Gemeinsamkeit hysterischer Phänomene die fast pathognomonische Gegenübertragungsreaktion des Behandlers: „das in ihm erzeugte Gefühl des ‚Theatralischen‘ zusammen mit einer zunehmend wachsenden Abneigung und Aversion, welche allerdings meistens erst nach einer initialen kurzen Phase der Faszination für das scheinbar Originelle und ‚Erfrischende‘ erfolgt“ (Mentzos, 2001, S. 159). Nicht die Intensität des Affekts des Patienten führe zu dieser Gegenübertragung, sondern der Eindruck des Inszenierten, der Übertreibung und der künstlichen dramatischen Darstellung vor dem Zuschauer, der Phantasie eines Regisseurs entspringend. Der künstliche, übertriebene und beeindruckende Affekt ist eine gelungene Abwehr des Gegenteils: eine große innere Not voll Angst und schmerzlicher Gefühle, vor allem Scham und Schuldgefühle, aber auch von unbefriedigenden Bedürfnissen. Sie ist der primäre Gewinn, zusammen mit der Kompromissbildung, bei der doch der echte Teil zur Geltung kommt, d.h., eine gewisse Bedürfnisbefriedigung erfährt, wenn auch versteckt – einem präödpalen Triangulierungsdefizit entspringend. Das versteckt Befriedigende ist an dem lebendigen bis leidenschaftlichen Vortrag zu erahnen, aber auch an der belle indifférence. Diese kompromisshafte Befriedigung findet in der Interaktion mit dem Zuschauer statt, ist ein Beziehungsgeschehen. Im „hysterischen Modus der Konfliktverarbeitung“ versetzt sich der Hysteriker in einen Zustand, *„der ihn sich selbst quasi anders erleben und in den Augen der umgebenden Personen anders, als er ist erscheinen lässt“* (1980, S.75).

Ute Ruprecht-Schampera (2015, in diesem Band) fasst ihr pathogenetisches Modell der Hysterie so zusammen: „Mithilfe einer differenzierenden und kritischen Anwendung von Separations- und Triangulierungskonzepten entwickelt die Autorin ein psychodynamisch einheitliches Modell für die reiche Phänomenologie weiblicher und männlicher Hysterie. Sie bietet eine Erklärung für das Zusammenwirken präödpaler und ödipaler Faktoren bei der Hysterie und geht 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 dem gegengeschlechtlichen Elternteil verwendet, um die ursprünglich fehlende (frühe) Triangulierung nun auf der ödipalisierten Beziehungsebene zu erzwingen (weibliche Hysterie) oder sie funktional zu ersetzen (männliche Hysterie). Mit dieser progressiven Abwehrtechnik (Fairbairn, 1952) versucht der Hysteriker, die verschiedensten frühen Konflikte zu überbrücken und schließlich auch die psychische Separation von der Mutter zu erreichen.“

Einerseits geht sie vom Scheitern der frühen Triangulierung aus und andererseits von den ständigen Verstrickungen des Hysterikers in Dreiecksverhältnissen. Sie stellt sich die Frage, ob ödipale Dreiecke präödipale Dreiecke reparieren sollen. Denn um den Prozess der Separation und Individuation nach Mahler abschließen zu können, benötigt das Kind ein trianguläres Beziehungsangebot beider Eltern.

Sie schreibt weiter: „Die Ausgangssituation ist also, dass das Kind, das später eine hysterische Entwicklung nehmen wird, in einer bereits stark konflikthaft gewordenen frühen Mutter-Kind-Beziehung steckt und den Vater in seiner triangulären Hilfsfunktion nicht ausreichend zur Verfügung hat oder ihn als nicht ausreichend verfügbar erlebt, so dass die Separation von der Mutter und damit der ganze Separations-Individuations-Vorgang als kaum lösbare Entwicklungsaufgabe erscheint. Deshalb nimmt das Kind (in einer progressiven Abwehrbewegung) Zuflucht zu einem forcierten und verfrühten Werben um den ödipalen Dritten, also zu einem erotisierten Umwerben des gegengeschlechtlichen Elternteils, um dessen Interesse, Zuwendung und Wertschätzung zu sichern und um sich auf dieser Basis der notwendigen Entwicklungsaufgabe stellen zu können, psychische Eigenständigkeit und Getrenntheit von der (frühen) Mutterbeziehung herzustellen und ertragen zu können“ (a.a.O., in diesem Band).

Ein ausgeprägtes hysterisches Erscheinungsbild entsteht aber erst, wenn der erste Schritt der Abwehr – die Erotisierung und Sexualisierung der Beziehung zum gegengeschlechtlichen Elternteil – eine erneute Enttäuschung erfährt. Die ebenfalls charakteristische Abwehrform der Verdrängung ist notwendig, um die sexualisierende Komponente des Beziehungsangebots aus dem Bewusstsein fernzuhalten. Da die Enttäuschung z.B. des Mädchens durch den Vater ebenfalls nicht erkannt werden darf, unterliegt sie der Abwehrform der Verleugnung. Die Regression ins Kindlich-Infantile kann schließlich als weitere Abwehr die Beziehungskonstellation entschärfen. Gelingt es mit diesen Abwehrformen nicht, die zugehörigen schmerzlichen Affekte aus dem Bewusstsein fernzuhalten, muss zur Dissoziation und/oder Konversion als Abwehr gegriffen werden. In Verbindung mit der Dissoziation kann ein Konversionsgeschehen erfolgen mit Symbolisierung durch ein Körpersymptom.

Diese komplexe Abwehrformation nennt die Autorin den „pseudoödipalen Mythos“ (Rupprecht-Schampera, 1997 und 2015, in diesem Band).

Der Weg, der in der Therapie zurückzulegen ist, wird von ihr so beschrieben: „Dies heißt z.B. für die hysterische Frau, dass sie erst dann einer eigenen Identitätsbildung zuwenden kann, wenn sie versteht, dass sie die idealisierten Väter sucht, um ihre ungesicherte Identität und um ihre unsichere Abgrenzungsfähigkeit zu vertuschen. Dann wird sie auch auf die krasse Idealisierung des Vaters und auf das extreme Feindbild der ödipalen Mutter verzichten können. Sie wird dann auch – entgegen der früheren Idealisierung – ihre verborgene Enttäuschung am Vater spüren, der nicht zur Verfügung stand, als er dringend als Helfer für die schwierige Mutterbeziehung benötigt und gesucht war. Darüber wird sie zu der Dramatik der Ängste und Konflikte aus der frühen Mutterbeziehung vorstoßen, und dann erst wird der Weg frei zur Trauer über die unbeschützte und fragile Entwicklung ihres Selbst“ (Rupprecht-Schampera, 2015, in diesem Band).

Das Charakteristische der Konversion zeigt sich im Vergleich mit der Hypochondrie: „Der *Hypochonder* verknüpft also typischerweise die funktionelle Störung mit angstvol-

len Phantasien über Krankheit und Tod, während der *Hysteriker* die Funktionsstörung nicht zur Anklammerung, sondern (manchmal sogar triumphierend) zur Verwirrung, zur Ablenkung und als Bollwerk zwischen sich und dem Anderen nutzt. Der Hysteriker zeigt darüber keine Angst, im Gegenteil, der Analytiker sieht sich beim hysterischen Körpersymptom oft mit einer „belle indifférence“ konfrontiert!

Man kann zwar sagen, dass Hysteriker und Hypochonder ihren Körper symbolisch an die Stelle des fehlenden personalen Dritten (des Vaters) setzen. Der Hysteriker führt den Körper jedoch zur Distanzierung und „triumphierend“ ein, worin die Idealisierung des Vaters aufscheint, während der Hypochonder den Körper als bedroht und tödlich geschwächt beklagt und sich an den Analytiker anklammert, damit tendenziell das Dreieck „zusammenfallen lässt ... Wenn also bei Patienten mit aktuellen Schmerzsymptomen oder aktuellen Funktionsstörungen Angst keine wichtige Rolle spielt, sondern über das Körpersymptom vorwiegend Ärger, Ohnmacht oder Verwirrung hervorgerufen wird, handelt es sich vermutlich nicht um eine Hypochondrie, sondern um eine Konversionshysterie“ (Rupprecht-Schampera, 2015, in diesem Band)

Kognitiv-behaviorale Sicht hysterischer Phänomene: Funktion und Strategie

Zur Therapie der histrionischen Persönlichkeit sind mehrere Publikationen erschienen, u.a. Allen (1977), Fleming (1995), Horowitz (1997), Kay (1997), Sachse (2000), Sulz (1999, 2010), bei denen auch kognitive Heuristiken eine Rolle spielen. Während die Betrachtungen von Sulz (1999, 2010) von einer kognitiven Perspektive ausgingen und schließlich eine Annäherung an psychodynamische Denkmodelle darstellten, soll hier versucht werden, von oben beschriebenen psychodynamischen Modellen aus eine Brücke zur Verhaltenstherapie zu bauen – mit einer begrenzten Auswahl von Bauelementen für diese Brücke.

Die Verhaltenstherapie hat in der Funktionsanalyse auf verhaltensdiagnostischer Makroebene schon seit vielen Jahren einen Verstehenshorizont, der eine Parallele zur psychodynamischen Diagnose darstellt (Sulz, 1994, 2003a, 2003b, 2012). Funktionsanalyse bedeutet, nach der Funktion des Symptoms für den Patienten in seiner Beziehungs- und Selbstregulation zu fragen. Wozu benötigt der Patient das Symptom? Inwiefern ist es Rettung oder Schutz für ihn mit seinen wichtigen Bezugspersonen?

Das lässt sich gut für einige Angsterkrankungen und Depressionen ableiten: Wer sich als allein nicht lebensfähig definiert und die Entscheidung treffen muss, ein selbstständiges Leben zu beginnen, kann der Bedrohung der Autonomie eventuell nur entkommen, wenn er eine Agoraphobie entwickelt und fortan ohne beschützende Personen nicht mehr aus dem Haus geht. Wer überzeugt ist, dass seine wütende Durchsetzung zentraler Anliegen zu Beziehungs- oder Liebesverlust führen würde, rettet sich in eine Depression. Das gilt nicht allgemein, sondern kann im Einzelfall so sein.

Die Funktionsanalyse klärt solche individuellen Zusammenhänge auf. Für Hysterie und Konversionssyndrome müsste dies auch möglich sein.

Allerdings sind die kognitiv-behavioralen Denkmodelle begrenzter bzw. theoretisch sparsamer. Wichtig ist auch, wo der Konflikt im kognitiv-behavioralen Denken versteckt ist. Wir können diesen in der dysfunktionalen Überlebensregel (Sulz, 1994; vgl. auch Dührssen,

1981) finden, die auf nichtbewusster Ebene der Psyche vorgibt, wie sie denken, fühlen und handeln muss, damit sie emotional überlebt. Und ebenso, was sie nicht denken, fühlen und tun darf, weil sonst zentrale Bedürfnisse unbefriedigt bleiben und zentrale Bedrohungen eintreten. Gebot (Nur wenn ich immer in dieser Weise handle) und Verbot (und wenn ich niemals in jener Weise handle) sind die zwei Seiten des individuellen Konflikts.

Die Überlebensregel gibt also vor, wie in konflikthaften Situationen und Begegnungen zu verfahren ist. Und sie droht mit nicht zu verkraftenden Folgen, wenn ihr entgegengehandelt wird. Das alltägliche Leben kann so ganz gut bestritten werden. Aber in sehr schwierigen, wichtigen Momenten (symptomauslösende Situation) mit sehr wichtigen Bezugspersonen kann es sein, dass die vorhandenen Impulse und Affekte auf diese Weise nicht mehr abgewehrt werden können. Es muss die Notbremse per Symptombildung gezogen werden.

Die Funktionsanalyse folgt also häufig einem Konfliktmodell und arbeitet den aktuellen Konflikt heraus. Sowohl die kognitive Theorie von Beck (1979) als auch die affektiv-kognitive Entwicklungstheorie von Sulz (1994) gehen davon aus, dass der aktuelle Konflikt und der habituelle Umgang mit diesem aus der Lerngeschichte des Patienten hervorgehen. Die im Erwachsenenalter dysfunktional gewordene Überlebensregel wurde in der Beziehung zu den Eltern des Klein- oder Kindergartenkindes gebildet – entsprechend einfach ist auch das darin enthaltene Selbst- und Weltbild und entsprechend unpräzise und selbstbezogen die logischen Schlussfolgerungen.

Die Verhaltensanalyse auf Makroebene kann die einzelnen Glieder einer Reaktionskette erarbeiten inkl. der zunächst nichtbewussten internen Prozesse, die den Ablauf bis zur Symptombildung beschreibt, eventuell auch erklärt:

frustrierende Situation → primärer Affekt → primärer Handlungsimpuls → dessen Prüfung durch die Überlebensregel → deren Vorhersage existenziell bedrohlicher Folgen → gegensteuerndes sekundäres Gefühl (z.B. Schuld, Scham, Angst) → vermeidendes Verhalten → Symptombildung (falls die Impuls-Seite durch die bisherigen Aktionen nicht auszubremsen ist)

Diese beiden Komponenten eines funktionsanalytischen Modells können wir nun auf hysterische Phänomene übertragen - von den oben beschriebenen psychodynamischen Modellen ausgehend.

Wir müssen bei den Kindheitsbeziehungen beginnen und bei den durch Vater und Mutter frustrierten Bedürfnissen sowie den von diesen ausgehenden Bedrohungen.

Frustrierendes Elternverhalten bestand oft schon von Geburt an darin, dass die Mutter emotional missbrauchend war. Statt dem Kind ohne Wenn und Aber zu geben, was diesem zusteht und dieses braucht, nimmt sie dem Kind Stabilität, Geborgenheit und Schutz. Der Vater fehlt als kraftvolles oder ausgleichendes Gegenüber, das der Mutter Grenzen setzt und das dem Kind gibt, was die Mutter nicht geben kann. Das Kind ist deshalb der Mutter ausgeliefert. Statt deren Geborgenheit zu suchen, versucht es, ihr zu entkommen. In den ersten zwei Lebensjahren herrscht noch viel Dichotomie in der psychischen Verarbeitung vor: Die Mutter ist ganz böse, der Vater ganz gut. Wenn es gelingt, in seine Arme zu flüchten, ist die Rettung da. Er ist zwar viel zu wenig präsent, wird aber trotzdem idealisiert. Zunehmend macht das Kind die Erfahrung, dass es ihn herbeilocken kann, ihn auf sich aufmerksam machen, seine rettende Zuwendung her-

beiführen kann. Das Bedürfnis, gesehen zu werden, so wie ich bin und ohne etwas dafür tun zu müssen, wird zum Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Beachtung – und „das hole ich mir, koste es, was es wolle“. Dieser Erfolg führt immer mehr zu einem frühen Aufbau von charmantem, gefallendem, gewinnendem Verhalten, das auch in der Vorschulzeit kindlich Erotisches enthalten kann. Dieses Verhalten wird doppelt verstärkt, positiv durch die Befriedigung des Bedürfnisses nach Aufmerksamkeit und Beachtung, negativ durch die gelingende Flucht aus der Macht der negativen Mutter. Da aber die Bedrohung von mütterlicher Seite anhält und die Befriedigung beim Vater nur passager ist, muss unentwegt weitergemacht werden. Die Beziehung zur Mutter verschlechtert sich durch diese Strategie, und der Vater lässt nach in seiner Zuwendung. Durch die väterliche Enttäuschung folgt das Kind dem Motto „mehr desselben“ und steigert seine Überlebensstrategie, übersteigert sie ins künstlich, gespielt, unecht Wirkende. Es wird später hysterisch und wirkt so auf die anderen Menschen. Es kann aber auch sein, dass in Kindheit und Jugend der Eindruck des Hysterischen noch nicht da ist, weil genügend Bedürfnisbefriedigung ohne Übersteigerung erzielt werden kann. Und dass sich erst im Erwachsenenalter für den idealisierten Vater keine Nachfolger finden lassen, so dass die Beziehungssuche ins Hysterische übersteigert werden muss.

Ein Verhalten, das doppelte Funktion hat – einerseits Bedrohung abzuwenden und andererseits Bedürfnisbefriedigung herbeizuführen –, hat größte Chancen, in den Vordergrund des Verhaltensrepertoires eines Menschen zu gelangen. Der Thrill des Gerade-noch-davongekommen-Seins wird verbunden mit der Lust der Wunscherfüllung. Es ist gelungen, weit genug entfernt vom Abgrund zu bleiben und es sich dabei noch gut gehen zu lassen – manchmal.

Dabei verliert sich das Bewusstsein um die Bedrohung immer mehr und verschwindet schließlich ganz. Hinzu kommt, dass ohnehin für die ganz frühen Ereignisse von der Geburt bis zum Alter von drei Jahren normalerweise keine Erinnerung vorhanden ist. Nur die hysterischen Besonderheiten lassen ahnen, dass es um mehr geht als um den Profit der Aufmerksamkeit. Eine sehr große Not, ein wahrhaftiger emotionaler Überlebenskampf führt dazu, dass z.B. die Wahrheit unwichtig wird, dass Phantasiertes der Realität den Rang abläuft, dass Affekte ins Schrille übersteigert werden müssen, dass Flirts zu sehr erotisiert oder sexualisiert werden. Da aber Hingabe Ausgeliefertsein bedeutet, kann eine liebende Beziehung nicht entstehen. Zudem ist der Vater der falsche Adressat für die Beziehungsbedürfnisse, um deren Befriedigung so heftig gekämpft wird. Wenn von ihm Befriedigung kommt, so ist das nur Kompensation. Die Mutter wäre zuständig dafür gewesen. Die verfrühte Abwendung von der Mutter verhindert aber, dass dies möglich wird. Die Abwendung selbst erfolgte, weil die Mutter das Benötigte nicht geben konnte. Es ist ein Kampf, der mit großer Energie geführt wird. Es wird größte Kraft aufgewendet, um vom Mann (Vater) zu bekommen, was zum emotionalen Überleben unbedingt gebraucht wird. Diese riesige Sehnsucht, diese unendlich große Not macht die Enttäuschung zu einer empörenden Frustration, die extreme Wut erzeugt. Diese Wut führt nicht einfach zu einer ungezielten Explosion – die heftigen Affektausbrüche sind nur der kleinere Teil der Wut. Die Wut kann sich zur Vernichtungswut und zum Hass steigern. Und was die schlimmsten Auswirkungen haben kann, ist die Fähigkeit, sie in wohlüberlegte und geplante Kampfaktionen münden zu lassen. Keine primitive Handgreiflichkeit. Und

mit einer Szene, „die sich gewaschen hat“, werden nur die weniger wütend machenden Frustrationen bedient. Die große Wut zielt auf Vernichtung dessen, was dem anderen Menschen am wichtigsten und wertvollsten ist: der gute Ruf, die Unbescholtenheit, materielle Werte. Und das ist manchmal nur durch sehr raffinierte Manöver zu erreichen. In Kinofilmen, die sich mit der Rosenkriegsthematik befassen, wird die Rachsucht und der Genuss der Genugtuung nach erfolgter Rache anschaulich zum Ausdruck gebracht. Man kann auch in das Wort falsch beim Begriff des falschen Gedächtnisses (Mayr, 2015, in diesem Band) eine Gemeinheit hineininterpretieren, deren Gelingen Genugtuung verschafft – unbewusst oder bewusstseinsfähig. Dabei darf nicht vergessen werden, dass es nicht um eine charakterliche Boshaftigkeit geht, sondern um eine anders nicht zu verkraftende Frustration zentraler Bedürfnisse. Befriedigung dieser Bedürfnisse wäre das wirksamste Mittel, diese Wut überflüssig zu machen – nachdem die Bezugsperson anerkannt hat, dass die Wut berechtigt war und dass das Ausmaß der Wut verständlich ist. Therapeutisch gehört dazu die Aufgabe, der Wut Raum in der Beziehung zu geben.

In einem dimensionalen Persönlichkeitsmodell ist der hysterische Charakter bzw. die histrionische Persönlichkeit nur graduell anders. Die Symptombildung ist dagegen stets ein qualitativer Sprung, sei es ein hysterisches oder ein anderes Symptom. Neben dem qualitativ Neuen bedarf es aber noch des für die Hysterie Spezifischen, das wir z.B. bei schweren dissoziativen Störungen nicht vorfinden. Diese sind einfach eine traumabedingte Notfallreaktion der Psyche. Wenn es hingegen um das geht, was früher neurotisch bezeichnet wurde, die bekannten hysterischen Funktionsstörungen wie Blindheit, Lähmung, Amnesie und weitere Konversionssyndrome ohne vorausgehendes Trauma, dann kann es sein, dass wir diesen Symptomen eine typisch hysterische Funktion zuschreiben können. Lässt sich der Vorgang der Konversion in einem kognitiven Modell funktionsanalytisch so fassen, dass das Spezifikum der Hysterie erhalten bleibt? Dazu müsste die Funktionsanalyse der Reaktionskette zum Symptom spezifiziert werden. Im Unterschied zu anderen Somatisierungen ist die Konversion im engeren Sinne:

1. eine Funktionsstörung z.B. eines willkürlich innervierten motorischen Bereichs (Lähmung, Tremor, Anfälle) oder eines den aktiven Wahrnehmungsprozess durchführenden Organs (Blindheit, Taubheit). Dazu könnte man Amnesie und Stupor ebenfalls zählen, sie werden jedoch eher als Dissoziation verstanden;
2. körperlicher Ausdruck eines Konflikts, der auf psychischer Ebene nicht lösbar ist;
3. ein Kompromiss zwischen Wunsch und Verbot, zwischen Bedürfnisbefriedigung und Bedürfnisfrustration;
4. als Körpersprache ein dialogisches Geschehen, eine Interaktion in einer Beziehung;
5. symbolischer Ausdruck des Vorgangs der Bedürfnisbefriedigung und deren Scheitern.

So wie der Traum eine aktive Komposition ist, die wesentliche psychische Konstellationen in einer verdichteten Form szenisch abbildet, so ist auch das Konversionssyndrom eine Komposition. Sie folgt den obigen fünf Dramaturgie-Regeln. Es ist also nicht nur ein vollständiges Verschieben der emotionalen Energie aus der Psyche in den Körper, so dass z.B. ein schmerzlicher Affekt zu einem körperlichen Schmerz wird, ohne dass das, was psychisch schmerzt noch erkenntlich ist. Vielmehr finden wir eine Rezeptur bzw. ein Drehbuch. Bei einem Drehbuch geht es nicht in erster Linie darum, am Ende des Schauspiels an einem bestimmten Punkt anzukommen. Vielmehr geht es darum, das

Thema beeindruckend darzustellen. Das Drama in seiner vollständigen Darstellung soll Wirkung erzielen. Die Psyche ist durch die Leistung der Darstellung so sehr okkupiert samt der Zufriedenheit, dass die Darstellung gelingt, dass fast nichts mehr übrig bleibt für das Fühlen des dargestellten Leids. Der Schauspieler bzw. die Schauspielerin stellt das Leiden, z.B. die Lähmung, überzeugend dar. Man hat aber nicht den Eindruck, dass er/sie selbst leidet, so dass auch keine Empathie beim Beobachter für den Schauspieler ausgelöst wird. Empathie würde aber verräterisch sein: der leidende, in Not befindliche, extrem bedürftige Mensch würde zu erkennen sein. Und durch die empathische Zuwendung wäre die Gefahr groß, sich klein und schwach und hilfsbedürftig zu fühlen, so dass mütterliche, warmherzige Zuwendung dringend gebraucht wird. Diese innere Wahrheit muss verborgen bleiben, von ihr wird abgelenkt. Die Lähmung ruft stattdessen nach einem Rollstuhl und nach jemandem, der diesen schiebt.

„Sieh her, so schlimm ist es, dass ich nicht mehr gehen kann.“ Wir könnten, in die Biographie zurückgehend, hinzufügen: „Ja, dass du nicht mehr zur Mutter gehen kannst und sie dir das geben kann und muss, was du von ihr brauchst und worauf du ein Recht hast.“ Und: „Ja, dass du nicht mehr zur Mutter gehen kannst und ihr deine Wut und deinen Zorn zeigen kannst und sie verstehen kann, auf welche Weise und wie sehr sie dich frustriert hat.“ Das Gleiche gilt für den Vater, dessen Präsenz gebraucht worden wäre und der so sehr enttäuschte, dass es unendlich viel Energie braucht, um die Idealisierung trotzdem aufrechtzuerhalten.

Heute – zum Zeitpunkt der Symptombildung – richten sich Bedürfnisse und Affekte z.B. bei einer gelähmten Frau auf den zunächst idealisierten Mann, der sie verlassen hat wegen einer Frau, die er wirklich liebt und die seine Liebe auch erwidern kann.

Oder bei einem stummen Mann könnte die Botschaft sein: „So schlimm ist es, dass ich meine Stimme nicht mehr erheben kann.“ Und: „Ich kann nicht mehr sagen, was ich brauche. Ihr müsst euch jetzt bemühen, um es herauszukriegen.“ Wäre die Stummheit nicht eingetreten, dann hätte die unterdrückte bedürftige Seite doch sagen müssen, dass bildlich gesprochen die Vase, in der der bunte Blumenstrauß steckt, der allen so gefallen hat und zu dem alle hinschauen mussten, kein Wasser mehr hat, dass der Blumenstrauß schon am Verdorren ist und dass nur eine warmherzige Mutter das Wasser hat, das er zum Überleben braucht.

Das alles bleibt bewusstseinsfern mithilfe der Konversion. Es wäre alles gut, wenn nicht die Lähmung wäre oder die Blindheit etc. Die Psyche ist durch das Konversionssymptom weitgehend entlastet. Die Überlebensregel wurde nicht verletzt. Die Gebots-Seite hat sich durchgesetzt. Die Bedürfnis-Wunsch-Seite bleibt verboten. Nur über das Symptom darf sie sich teilweise etwas Befriedigung holen.

Nun können wir versuchen, eine Reaktionskette zum Konversionssyndrom zu formulieren (Tab. 1).

Tabelle 1: Reaktionskette von der frustrierenden Situation zur Symptomauslösung

Kette der Reaktionen	bei einem Konversionssyndrom
<i>zentrale Bedürfnisse</i>	Willkommensein, Geborgenheit, Schutz, Liebe, Gesehenwerden
<i>frustrierende Situation</i>	Enttäuschung, Zurückweisung, Trennung, Scheitern, Ignoriertwerden
<i>primärer Affekt</i>	verletzt, verzweifelt, wütend
<i>primärer Handlungsimpuls</i>	wehren, angreifen, aber auch flehentlich bitten
<i>dessen Prüfung durch die Überlebensregel</i>	Nur wenn ich immer fröhlich auf andere zugehe und wenn ich mich niemals schwach und bedürftig zeige, bewahre ich mir Willkommensein und Beachtung und verhindere, allein zu sein und zugrunde zu gehen
<i>deren Vorhersage existenziell bedrohlicher Folgen</i>	Wenn ich jetzt impulsiv handle (meine Bedürftigkeit offenlege oder die aus der Frustration entstandene Wut unmittelbar zeige) wird erkennbar, wie klein und schwach und unscheinbar ich bin, oder ich verliere die Zuwendung und Zuneigung völlig
<i>gegensteuerndes sekundäres Gefühl (z.B. Schuld, Scham, Angst)</i>	Schuldgefühl, Beschämung
<i>vermeidendes Verhalten</i>	emotionale Not nicht zeigen, Ärger unterdrücken
<i>Symptombildung (falls die Impuls-Seite durch die bisherigen Aktionen nicht auszubremsen ist)</i>	psychogene Lähmung, Stummheit, Blindheit etc.
<i>Was ich wegen des Symptoms nicht mehr machen kann</i>	Ich kann nicht zu meiner Bezugsperson gehen, um mir zu holen, was ich brauche. Oder: Ich kann nicht sagen, wie sehr ich das brauche. Oder ich kann nicht mehr sehen, wo es das gibt, was ich brauche. Ich kann aber auch nicht mehr diejenigen sehen, die nicht fähig und bereit sind, mir das zu geben
<i>Die beiden Seiten des Konflikts:</i>	Auf der einen Seite Bedürfnisse und Wut spüren, auf der anderen Seite weiterhin kompetent inszenieren

Wir können diese Betrachtungen noch zum besseren Verständnis durch Modelle wie State of Mind (Horowitz, 1987) oder Selbstmodus (Sulz, Gräff-Rudolph, Hoenes, Richter-

Benedikt & Sichort-Hebing, 2013) ergänzen und als Denkmodell annehmen, dass zwei Personen innerlich im Widerstreit sind. Mal beherrscht die eine das bewusste Denken, Fühlen und Handeln, mal die andere. Sie stehen für die beiden Seiten des Konflikts.

Obwohl Hysteriker relativ gute interaktionelle Kompetenzen haben und relativ gut ihre Gefühle steuern können, solange dies zur Zielverfolgung notwendig ist und solange die Zielerreichung möglich erscheint, ist ihre emotionale Entwicklung dennoch defizitär (Sulz, 2011). Ihre Fähigkeit zur Affektregulierung und Mentalisierung (Fonagy & Bateman, 2010, siehe auch Sulz, Richter-Benedikt & Hebing, 2012) ist nicht wirklich entwickelt (denn angelernt ist nicht entwickelt). Das bedeutet aber auch, dass ihre zentralen Bedürfnisse denen einer frühen Entwicklungsstufe entsprechen: Nicht Beachtung und Wertschätzung sind notwendig zum emotionalen Überleben, sondern Willkommensein, Geborgenheit und Schutz – also die Bedürfnisse der ersten beiden Lebensjahre. Das ist die primäre, unverstellte Seite des Menschen, das ist sein primärer Selbstmodus oder wenn wir das Entwicklungsmodell zu Hilfe nehmen, sein Entwicklungsmodus (Sulz et al., 2013). Zu ihm gehören neben den genannten zentralen Bedürfnissen (Sulz, 1994) auch eine zentrale Angst (im Sinne von Blanck & Blanck, 1980) und eine entwicklungstypische Wutform. Die Bedrohungen dieses frühen Alters sind Vernichtung und Trennung/Alleinsein. Die charakteristischen Wutformen sind Vernichten und Trennen.

D. h., der authentische primäre Selbstmodus braucht Willkommensein, Geborgenheit, Schutz, fürchtet Vernichtung/Existenzverlust und Trennung und würde bei extrem großer Wut am liebsten vernichten und den andern verlassen. Dieser Selbstmodus ist emotional nur lebensfähig durch die Verfügbarkeit einer „mütterlichen“ Bezugsperson, die dafür Raum gibt und zugleich diesen Raum schützend begrenzt, also auch z. B. der Wut Raum gibt und sie wohlwollend und bestimmt begrenzt. Diese Aufgaben sollten sich in dieser Zeit Mutter und Vater teilen.

Wenn die Mutter diese Bedürfnisse nur unzureichend befriedigt, die Frustration mangels kompensierender Präsenz des Vaters extrem anwächst und extreme Wut macht und daraus extreme Angst entsteht – auch weil die Mutter die Wut des kleinen Kindes mit heftiger Wut beantwortet, dann muss aus dieser Überlebensnot ein sekundärer Selbstmodus entwickelt werden. Als ob es ein ganz anderer Mensch wäre, hat dieser keine Geborgenheitsbedürfnisse, will eher weg von der Mutter als hin zu ihr. Damit gibt es auch keine Frustration und keine Wut mehr. Ein Kind, das in dieser Hinsicht pflegeleicht ist, das Freude macht. So einem Kind wendet sich auch der Vater gerne zu – jedoch nicht genug, weshalb bildhaft gesprochen die Blume besonders betörend duften muss und besonders gefallen muss, damit die Biene sie besucht. Die interaktive Kompetenz besteht darin, dass durch erfolgreiche Steuerung eigener Gefühle und Bedürfnisse das Annäherungsverhalten der Bezugsperson gesteuert wird. Deren Aufmerksamkeit und Beachtung muss gewonnen werden. Eine mit viel Aufwand gelernte Fähigkeit ist also, sich und das Gegenüber im Griff zu haben, die Situation unter Kontrolle zu haben. Daraus entspringt die zentrale Angst des Kontrollverlusts und der Angst vor Hingabe. Bevorzugte Wutform ist entsprechend auch das (psychische) Quälen bis zum Hörigmachen, abwechselnd mit explosiver Wut. Dieser sekundäre hysterische Selbstmodus ist der Gegenspieler des primären bedürftigen Selbstmodus als Ergebnis systematischer Vermeidung bzw. Abwehr.

Wenn dem Patienten die Existenz des unterdrückten Selbstmodus ausreichend vorstellbar und glaubhaft wurde, können zwei Stühle aufgestellt werden, für den primären Selbstmodus und den sekundären Selbstmodus. Der Patient soll sich auf den Stuhl setzen, der gerade in seinem Bewusstsein dominiert und aufstehen und sich auf den anderen Stuhl setzen, sobald sich das ändert (Sulz et al., 2013). Daraus ergibt sich ein tiefes Verständnis seiner Konfliktseiten.

Damit kommen wir zu den Therapiezielen. Diese stecken in der Logik des Störungsmodells der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT); Sulz (2014), Hauke (2012). Mit der beschriebenen Stuhlarbeit haben wir uns dem ersten Ziel schon angenähert.

1. Mentales Verständnis des zugrunde liegenden Konflikts und dessen biographischer Herkunft
2. Metakognitive Reflexion des konflikthaften Geschehens anhand der Heuristik des primären und sekundären Selbstmodus
3. Immer öfter den primären Selbstmodus ins Bewusstsein lassen
4. Korrigierende Beziehungserfahrungen, die ein emotionales Überleben auch ohne den sekundären Selbstmodus ermöglichen (nicht nur in der therapeutischen Beziehung)
5. Entwicklung der Affektregulierung und der Mentalisierung und damit auch der Fähigkeit zu reifer Konfliktlösung (Sulz, 2012)
6. Ersatz der hysterischen Interaktionskompetenz durch authentische Beziehungskompetenz (Entwicklung vom egozentrischen zum sozialen Wesen mit einer guten Balance zwischen empathischer Beziehungspflege und Selbstfürsorge)
7. Ergebnis ist, dass das Symptom seine Funktionalität verloren hat und nicht mehr benötigt wird.

Das praktische therapeutische Vorgehen beinhaltet

- a) Störungsspezifische Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung
- b) Erarbeitung der dysfunktionalen Überlebensregel
- c) Erarbeitung der Reaktionskette zur Symptomauslösung
- d) Erarbeitung der konflikthaften Selbstmodi
- e) Tiefe emotionale Erfahrung angesichts des kindlichen Schicksals des primären bedürftigen Selbstmodus
- f) Wutarbeit
- g) Ideale Eltern-Erfahrung in der Imagination
- h) Neuer Umgang mit authentischen Gefühlen (Affektregulierung)
- i) Neuer Umgang mit Beziehungen (Empathiefähigkeit)
- j) Balance zwischen Selbst und Beziehung herstellen können
- k) Umgang mit Rückfällen, indem dem Symptom seine Funktionalität genommen wird

Das konkrete Vorgehen wird beschrieben in Sulz und Hauke (2009) sowie in Sulz (2011, 2012, 2014) und Hauke (2012) und Sulz et al. (2012), Sulz et al. (2013) und Sulz und Hoenes (2014).

Die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) ist eine Variante der gegenwärtig in ihrer Wirksamkeit in der Behandlung von Somatisierungen empirisch am besten belegten Therapie in der Psychosomatischen Medizin – der ACBT (Affective-Cognitive Behavior Therapy; Woolfolk & Allen, 2013), die von Algermissen (2015, in diesem Band) vorgestellt wird.

Literatur

- Algermissen, C. (2015). Affective-Cognitive Behavior Therapy of Somatizations ACBT. *Psychotherapie*, Bd. 20-1 (in diesem Band).
- Allen, D.W. (1977). Basic treatment issues. In M. Horowitz (Ed.), *Hysterical personality*. New York: Jason Aronson.
- Beck A.T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose*. München: Pfeiffer.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Edition – DSM-III*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Blanck, R. & Blanck, G. (1980). *Ich-Psychologie II*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris : Baillière.
- Chodoff, P. & Lyons, H. (1958). Hysteria and the Hysterical Personality and Hysterical Conversion. *American Journal of Psychiatry*, 114, 734-740.
- Damasio, A.R. (2004). *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List.
- Dilling H., Mombour, W. & Schmidt, M. (2005): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (5. Aufl.)*. Bern: Huber.
- Dührssen, A. (1981). Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Eckhardt-Henn, A. & Hoffmann, S.O. (2004). *Dissoziative Bewusstseinsstörung. Theorie, Symptomatik, Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Eckhardt-Henn, A. (2011). Klinik, Differentialdiagnose und Psychodynamik bei dissoziativen Anfällen. *PID*, 4, 298-304.
- Eckhardt-Henn, (2015). *Dissoziative Störungen. Klinik – Neurobiologie und Psychodynamik – therapeutische Aspekte*. *Psychotherapie Bd. 20-1 (in diesem Band)*.
- Engel, G.L. (1976). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock Publications, Routledge & Kegan.
- Fleming, B. (1995). Die Histrionische Persönlichkeitsstörung. In A.T. Beck, A. Freeman, J. Pretzer, D.D. Davis, B. Fleming, R. Ottaviani, J. Beck, K.M. Simon, C. Padesky, J. Meyer & L. Trexler (Hrsg.), *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen (3. Aufl.; S. 183-204)*. Weinheim: Beltz/PVU
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2010). Bindung, Mentalisierung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Psychotherapie (S. 235-250)*. München: CIP-Medien.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895). *Studien über Hysterie*. Leipzig und Wied: Deuticke. Reprint S. Frankfurt: Fischer.
- Hauke G. (2012). *Strategisch-Behaviorale Therapie. Von der Bindungserfahrung zur Strategie der Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Henningens F. (2008) Konkretistische Fusion, Agieren und Symbolisieren. *Zum psychoanalytischen Prozess bei schwerem frühkindlichen Trauma. Psyche* 62, 1148-1169
- Horowitz, M.J. (1987). *States of mind: Configurational analysis of individual psychology (2nd ed.)*. New York: Plenum Press
- Horowitz M.J. (1997): *Psychotherapy of histrionic personality disorder. Journal of Psychotherapy Practice and Research* 1997, 6, 93-104
- Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie*. (9. unveränd. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

- Kay, J. (1997). Psychotherapy for histrionic personality disorder: Comment. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 105-107.
- Klußmann, R. (2015). Konversion als Psychosomatische Erkrankung. Zum Verständnis der Konversion heute. *Psychotherapie*, Bd. 20-1 (in diesem Band).
- Kraepelin, E. (1915). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (8. Aufl., Bd. 4, Teil 3). Leipzig: Barth.
- Krafft-Ebing, R. von (1883). *Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende*, Bd. 1, Stuttgart: Enke.
- Mayr, U. (2015). Sexuell missbraucht, von Aliens entführt, rituell missbraucht ... „False Memories“ – ein hysterisches Phänomen? *Psychotherapie*, Bd. 20-1 (in diesem Band).
- Mentzos, S. (1980). *Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen*. Frankfurt/Main: S. Fischer.
- Mentzos, S. (2001). Affektaktualisierung innerhalb der hysterischen Inszenierung. In G.H. Seidler (Hrsg.), *Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels*. (S. 159-180). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Rupprecht-Schampera, U. (1997). Das Konzept der „frühen Triangulierung“ als Schlüssel zu einem einheitlichen Modell der Hysterie. *Psyche*, 51, 637-664.
- Rupprecht-Schampera, U. (2015). Hysterie – ein missglückter Separationsversuch. Eine Zusammenfassung meiner Hysterietheorie mit Fallillustrationen. *Psychotherapie*, 20 (in diesem Band).
- Sachse, R. (2000). Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung: Der Beitrag der Gesprächstherapie zur Modellbildung und Intervention. *Psychotherapie*, 5, 282-292.
- Scherer-Renner, R. (2015). Der blinde Fleck – Diagnostik und Therapie hysterischer Symptomatik. *Psychotherapie*, Bd. 20-1 (in diesem Band).
- Sulz, S. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (1999). Histrionische Persönlichkeitsstörung – Verständnis und Therapie. In H. Katschnig, U. Demal, G. Lenz & P. Berger (Hrsg.), *Die extrovertierten Persönlichkeitsstörungen. Borderline, Histrionische, Narzißtische und Antisoziale Lebensstrategien* (S 37-53). Wien: Facultas.
- Sulz, S. (2003a): Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In E. Leibing, W. Hiller & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Bd. 3: Verhaltenstherapie*, 25-48.
- Sulz, S. (2003b): Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien. In E. Leibing, W. Hiller & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Bd. 3: Verhaltenstherapie*, 103-122.
- Sulz, S. (2010). Hysterie I: histrionische Persönlichkeitsstörung. Eine psychotherapeutische Herausforderung. *Nervenarzt*, 81, 879-888.
- Sulz, S. (2011). *Therapiebuch III: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2012). Makro-Verhaltensanalyse. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie-Manual*. Berlin: Springer.
- Sulz, S. (2014). (Hrsg.). *Strategische Therapien SKT, SBT, SJT, PKP – Forschung – Entwicklung – Praxis*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Hauke, G. (Hrsg.). (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie. Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Hoenes, A. (2014). „Ich liebe dich“ – „Ich mich auch“. Strategische Psychotherapie des narzisstischen Selbstmodus. In S. Sulz & T. Bronisch (Hrsg.), *Verständnis und Psychotherapie der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung* (S. 107-124). München: CIP-Medien.
- Sulz, S., Richter-Benedikt, A.J. & Hebing, M. (2012). Mentalisierung und Metakognitionen als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie. In S. Sulz & W. Milche (Hrsg.), *Mentalisierungs- und Bindungsentwicklung in psychodynamischen und behavioralen Therapien* (S. 133-150). München: CIP-Medien.

- Sulz, S., Gräff-Rudolph, U., Hoenes, A., Richter-Benedikt, A.J. & Sichort-Hebing, M. (2013). Spieler, Gegenspieler und der neue Regisseur: Primärer versus sekundärer Selbstmodus und die Entwicklung des tertiären Selbstmodus in der Therapie. *Psychotherapie*, Bd. 18-2, 35-64.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R. & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.
- Weber, M.M. (2015). Das Hysterie-Konzept der deutschen Psychiatrie um 1900 im Lehrbuch von Emil Kraepelin. *Psychotherapie* Bd. 20-1 (in diesem Band).
- 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 (Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, 5. Aufl., korr. nach der 9. Revision der ICD). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Woolfolk, R.L. & Allen, L.A. (2013). *Wirksame Behandlung von somatoformen Störungen und von Somatisierungsstörungen*. München: CIP-Medien.
- Zaudig, M. (2015). Entwicklung des Hysteriekonzepts und Diagnostik in ICD und DSM bis DSM-5. *Psychotherapie*, Bd. 20-1 (in diesem Band).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Serge Sulz
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Praxisadresse | Nymphenburger Str. 155 | 80634 München
serge.sulz@ku-eichstaett.de