

**Psychotherapie-Motivation und subjektives  
Krankheitskonzept bei Patienten  
mit unklaren Synkopen**

**UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF**

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Direktor Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe

**Psychotherapie-Motivation und subjektives  
Krankheitskonzept bei Patienten mit  
unklaren Synkopen**

**Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Debora Nawrath  
Hohler Weg 7  
57072 Siegen

Hamburg 2011

**Angenommen von der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am:**

**21. September 2011**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende:**

**PD Dr. R. Lindner**

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in:**

**PD Dr. med. Dipl.-Psych. U. Lamparter**

**Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in:**

**Prof. Dr. med. H.-P. Schmiedebach**

## **„Chaos, Tränen, Kreischen“**

### **Prüfungsstress verursacht Massenohnmacht in Tansania**

dpa **Nairobi**. Kreischen, Tränenausbrüche, hyperventilierende Mädchen, die reihenweise in Ohnmacht fallen - in Tansania ist dieses Phänomen nicht bei Popkonzerten, sondern bei Schulprüfungen zu beobachten.

In Tabora im Norden des Landes fielen 20 von rund 140 Schülerinnen in Ohnmacht, nachdem sie den ersten Teil der Abschlussprüfungen der achtjährigen Grundschule absolviert hatten. „Es gab Chaos, Tränen, Kreischen“, sagte ein Sprecher der Schulbehörde dem britischen Rundfunksender BBC.

Einige der Teenager hätten erst nach 40 Minuten das Bewusstsein wiedererlangt. Für die Ohnmacht sei ein extra Klassenraum eingerichtet worden, in dem sie später die Prüfung fortsetzen konnten. Midemo Paul Makungo, der Schulinspektor von Taboro, zeigte sich nur vom jugendlichen Alter der Opfer der Massenhysterie überrascht. „Solche Vorfälle sind hier sehr verbreitet“, sagte er. „Aber meist kommen sie bei Mädchen der weiterführenden Schulen vor.“ Warum der Schulstress ausschließlich die Mädchen in die Ohnmacht treibt, konnte Makungo nicht erklären.

dpa-Meldung am Samstag, den 13. September 2008

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>5</b>
1.1	Aufbau und Ergebnisse der Pilotstudie	8
1.2	Fragestellung	11
<b>2</b>	<b>Theoretischer Teil.....</b>	<b>13</b>
2.1	Theorien der Motivationsforschung	13
<b>3</b>	<b>Forschungen zur Psychotherapie-Motivation von Patienten.....</b>	<b>24</b>
3.1	Motive von Psychotherapie-Ablehnern	25
3.2	Psychotherapie-Motivation und Soziodemographie	26
3.3	Der Zusammenhang von Psychotherapie-Motivation und Compliance	30
3.4	Die Bedeutung von Leidensdruck und Krankheitsgewinn bei der Psychotherapie-Motivation	33
3.5	Die Behandlungserwartung und das subjektive Krankheitskonzept des Patienten und ihr Einfluss auf seine Motivation zur Psychotherapie	36
3.6	Der Stellenwert der Patient-Therapeut-Beziehung in der Psychotherapie	41

---

<b>4</b>	<b>Ursache und Diagnostik der Synkope</b> .....	<b>44</b>
4.1	Ursache und Häufigkeit von Synkopen	44
4.2	Diagnostik von Synkopen	46
4.3	Differentialdiagnostik von reflexvermittelten und psychogenen Synkopen sowie von epileptischen Anfällen	47
4.4	Fallbeispiel einer psychogenen Synkope	51
4.5	Kipptisch-Untersuchung zur Synkopendiagnostik	52
4.6	Pathophysiologie der Synkope bei der Kipptisch-Diagnostik	53
4.7	Therapiemöglichkeiten bei psychogener und reflexvermittelter Synkope	53
4.8	Von der unklaren Synkope zum Krankheitsbegriff der „Hysterie“	55
<b>5</b>	<b>Die Geschichte der „Hysterie“</b> .....	<b>58</b>
5.1	Das Krankheitsbild der „Hysterie“ in der Antike – ein gynäkologisches Modell	58
5.2	Die „Hysterie“ – dämonisch und imaginär	60
5.3	Die „Hysterie“ als neurologische Erkrankung	61
5.4	Das 19. Jahrhundert – Die „Blütezeit der Hysterie“	62
5.5	Zum Forschungsstand der „Hysterie“	66
	Die „Hysterie“ in den Klassifikationssystemen	67
	„Hysterie“ im Wandel – eine zeitgebundene Symptomatik	69
	Symptomwandel der „Hysterie“ unter soziokulturellen Aspekten	71
	„Hysterie“ und Weiblichkeit	73
5.6	Aktuelle Kategorien der „Hysterie“ und ihre Kodierung nach dem ICD-10	77
	Konversion	77
	Dissoziation	81
	Die Somatoforme Störung	85

---

	Die Histrionische Persönlichkeit	91
	Der Einfluss neurobiologischer Forschung	95
<b>6</b>	<b>„Hysterie“ - Versuch einer kritischen Betrachtung. . . . .</b>	<b>98</b>
<b>7</b>	<b>Methodik und Material. . . . .</b>	<b>101</b>
7.1	Übersicht über die verwendeten Erhebungsinstrumente	103
	Darstellung der Messinstrumente	103
	Statistik	109
7.2	Probleme bei der Durchführung der Studie	110
<b>8</b>	<b>Ergebnisse . . . . .</b>	<b>111</b>
8.1	Psychotherapie-Motivation in der Verteilung der Gesamtstichproben	111
	Psychotherapie-Motivation von Patienten der Untersuchungs- und klinischen Vergleichsgruppe im Vergleich	112
	Unterschiede in der Psychotherapie-Motivation bei männlichen und weiblichen Patienten	114
	Psychotherapie-Motivation und Alter	117
	Psychotherapie-Motivation und Schulbildung	119
	Behandlungsvorstellungen in den Probandengruppen und ihr Einfluss auf die Psychotherapie-Motivation	120
	Allgemeine Lebenszufriedenheit der Probanden in Bezug auf Alter, Geschlecht und Schulbildung	122
	Vergleich der psychischen Belastung von Patienten der Untersuchungsgruppe und der Vergleichsgruppe	125
<b>9</b>	<b>Diskussion und Schlussfolgerung . . . . .</b>	<b>131</b>
9.1	Probleme der Psychotherapie-Motivation und Ansätze zu ihrer Verbesserung	131
9.2	Motivation von Probanden der Untersuchungs- und klinischen Vergleichsgruppe im Vergleich	135
9.3	Psychotherapie-Motivation von Männern und Frauen	137

---

9.4	Alter und Psychotherapie-Motivation	138
9.5	Psychotherapie-Motivation und Schulbildung	140
9.6	Die Behandlungserwartung und das subjektive Krankheitskonzept der Patienten	141
9.7	Die Lebenszufriedenheit der Patientengruppen und ihr Einfluss auf die Psychotherapie-Motivation	143
9.8	Die Beziehung psychischer Patientenbelastung zur Psychotherapie-Motivation	144
<b>10</b>	<b>Schlussbetrachtung</b> .....	<b>146</b>
<b>11</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>149</b>
<b>12</b>	<b>Fragebögen</b>	

# 1 Einleitung

Von Hippokrates (n. Haynes, Taylor und Sackett, 1982) ist die Bemerkung überliefert, dass Patienten oft lügen, wenn sie sagen, dass sie ihre Medizin eingenommen haben. Das Problem der Therapie-Motivation von Patienten ist also keine Erscheinung der Neuzeit. Dabei gilt die Motivation heute als die wichtigste Determinante des Therapieerfolgs bei psychisch erkrankten Menschen. Zahlreiche Studien konnten belegen, dass solche Patienten, die stärker motiviert sind und ein eher psychisch orientiertes Krankheitskonzept besitzen, nachhaltiger von der psychotherapeutischen Behandlung profitieren als die weniger Motivierte, mit eher somatischem Konzept (z.B. Nickel, Kettler, Tritt et al., 2005).

Die Praxis zeigt jedoch immer wieder, dass gerade Patientengruppen mit psychosomatischen Erkrankungen für psychotherapeutische Maßnahmen nur schwer zu gewinnen sind, weil gerade bei ihnen ein somatisches Krankheitskonzept besteht. Trotz bestehender Indikation hegen viele Patienten Ressentiments gegen Therapieansätze, sei es, dass die Notwendigkeit einer Therapie nicht ernst genommen wird, sei es, dass der Patient die Augen vor der Diagnose verschließt, weil er die Konsequenzen einer solchen fürchtet.

Erschwerend kommt hinzu, dass Patienten bereits Laien-Ätiologie über die Art ihrer Erkrankung mitbringen können oder sogar konkrete Behandlungswünsche äußern. Auch hört man immer wieder von Therapeutenseite über die geringe Inanspruchnahme begonnener Therapien und mangelndes Durchhaltevermögen seitens der Patienten (vgl. z. B. die Pilotstudie von R. Ventura et al. (2001), in der deutlich wird, wie wenig empfänglich für entsprechende Therapien solche Patienten waren, denen eine psychische Ursache für ihr Leiden attestiert worden war). Nicht selten setzen Patienten in kritischen Phasen die Therapie aus oder brechen sie endgültig ab. Etwa fünf Prozent aller Psychotherapien scheitern deswegen (Mayr, 2004). Hinzu kommt, dass der psychogene Ursprung einer Krank-

heit oft gar nicht oder erst sehr spät erkannt wird. Die Nachteile dieser Umstände liegen auf der Hand: Zum einen können in den langen Zeiträumen, die darüber vergehen, die Leiden nicht nur chronifizieren, es laufen auch immense Kosten auf, z. B. wegen anfallender Behandlungen oder Ausfall am Arbeitsplatz. Andererseits entwickelt der Patient ein eher somatisches Krankheitskonzept, was einen Zugang zu psychotherapeutischen Krankheitskonzepten verschlechtern kann (Egle, 2003).

Im theoretischen Teil der vorliegenden Studie (vgl. Kapitel 2) legen wir die maßgeblichen Theorien der Motivationsforschung dar und erörtern das Gewicht der wesentlichen Einflussgrößen auf die Therapie-Motivation, wie Leidensdruck, Compliance, Krankheitsgewinn, Behandlungserwartung, verschiedene soziodemographische Faktoren sowie den Stellenwert der Patient-Therapeut-Beziehung. Schließlich werden Ansätze zur Verbesserung der Therapie-Motivation behandelt.

Die Arbeit richtet ihre Aufmerksamkeit aber nicht allgemein auf die Psychotherapie-Motivation, sondern sie untersucht den Krankheitsbegriff der Synkope und das subjektive Krankheitskonzept sowie das Motivationsverhalten von Patienten, die an unklaren Synkopen leiden.

Die Psychotherapie-Motivation stellt allgemein formuliert das Resultat unterschiedlicher Prozesse dar, die zueinander in einer komplexen Wechselwirkung stehen. In der Untersuchungsgruppe der Kipptisch-Patienten wurde nach den verschiedenen somatischen Untersuchungen keine fachärztliche Indikation zu einer psychotherapeutischen Behandlungsform gestellt. Zudem wurde diese Patientengruppe über die Notwendigkeit einer psychischen Behandlung mit Nutzen-Risiko-Abwägungen nicht informiert. Wir verstehen in unserer Untersuchung den Begriff der Psychotherapie-Motivation eingebettet in eine Vielzahl von Variablen kognitiver und affektiver Natur. Sie sollte daher auch in diesem Kontext nicht isoliert betrachtet werden. Der Begriff der Psychotherapie-Motivation hat in unserer klinischen Vergleichsgruppe eine andere Bedeutung als in der Untersuchungsgruppe der Kipptisch-Patienten. Die klinische Vergleichsgruppe hatte im Gegensatz zur Untersuchungsgruppe bereits ein Erstgespräch in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bei Prof. Stuhr und somit einen ersten Kontakt zu Psychotherapie. Wir können daher davon ausgehen, dass die klinische Vergleichsgruppe, bedingt durch den Prozess des Erstinterviews, ein deutlich realitätsorientierteres Bild von einer psychothera-

peutischen Behandlung hat als die uninformierten Patienten der Untersuchungsgruppe.

Neben einem Abschnitt über Ursache und Diagnostik der Synkope (Kipptisch-Untersuchung) nimmt das Thema „Hysterie“<sup>1</sup> einen wichtigen Platz in den folgenden Ausführungen ein. Synkopen mit psychogenem Ursprung werden heute als eine mögliche Variante der historischen „Hysterie“ interpretiert (z. B. Mentzos, 1980). Die Darstellung der geschichtlichen Entwicklung der „Hysterie“ ist uns ein wichtiges Anliegen, ebenso ihre vier grundlegenden Erscheinungsformen, die eine wichtige Auswahl aktueller Krankheitsbilder der historischen „Hysterie“ liefern – Konversion, Dissoziation, Somatoforme Störung und Histrionische Persönlichkeit (Hoffmann und Hochapfel, 1999). Ebenfalls erörtert wird der Forschungsstand zum Thema „Hysterie“, Probleme ihrer Klassifizierung in den gängigen Systemen ICD und DSM sowie der Einfluss neurobiologischer Faktoren.

Den Ansatzpunkt für unsere Überlegungen bot uns eine Pilotstudie zur Problematik der unklaren Synkope. Sie wurde von Ulrich Stuhr von der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und von Rodolfo Ventura vom Universitären Herzzentrum durchgeführt. In „Psychiatric Conditions in Patients with Recurrent Unexplained Syncope“ (2001) machen sie auf die ungenügende Akzeptanz ihrer Patienten für psychotherapeutische Behandlungskonzepte aufmerksam. Die niedrige Therapie-Motivation, die sie bei ihren unter unklaren Synkopen leidenden Patienten wahrgenommen haben, und deren schwache Compliance trotz eindeutiger Hinweise auf einen psychischen Ursprung ihres Leidens haben uns bewogen, eigene Betrachtungen in diesem Bereich anzustellen. Lediglich 52 Prozent der von uns angesprochenen Patienten erklärten sich bereit, an der Evaluation teilzunehmen (vgl. Kapitel 1.1).

Die Psychotherapie-Motivation bleibt ein wichtiger Moment in der Arbeit des Psychotherapeuten mit seinen Patienten. Eine Verbesserung dieser Situation wird sich nach unserem Dafürhalten nur erreichen lassen, wenn wir die Mechanismen, die zur Aufnahme einer erfolgreichen Behandlung führen, ebenso gut kennen wie die Faktoren, die bei Patienten den Abbruch eines entsprechenden Therapieangebotes bewirken.

---

1. „Hysterie“ ist ein nicht mehr zeitgemäßer, aber historischer Begriff. Er wird deshalb von uns in Anführungszeichen gesetzt.

## 1.1 Aufbau und Ergebnisse der Pilotstudie

Die Vermutung, dass wiederkehrende unklare Synkopen bei Patienten durch psychosomatische Erkrankungen ausgelöst werden können, lässt sich durch die Ergebnisse einer Pilotstudie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf erhärten. Die Studie von *Stuhr*, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, und *Ventura*, Universitäres Herzzentrum, mit dem Titel „Psychiatric Conditions in Patients with Recurrent Unexplained Syncope“ (2001) weist nicht nur auf die Zusammenhänge zwischen Synkope und psychosomatischer Beeinträchtigung hin, sie macht außerdem auf die schlechte Empfänglichkeit dieser Patientengruppe für psychotherapeutische Maßnahmen aufmerksam. Die Studie bestätigt eindrucksvoll, dass Vorbehalte gegen psychiatrische Untersuchungen und gegen Psychotherapie bei diesen Patienten stark ausgeprägt sind. Die niedrige Therapie-Motivation, die *Stuhr* und *Ventura* bei den Patienten vorfanden, und ihre schlechte Compliance bildeten den Anknüpfungspunkt für die vorliegende Arbeit. Lediglich 52 Prozent erklärten sich bereit, an der Evaluation teilzunehmen, 48 Prozent der Patienten lehnten die Untersuchung ab.

Zunächst waren in der Kreislaufambulanz des Universitären Herzzentrums des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf Patienten mit wiederkehrenden Synkopen von *Ventura* routinemäßig untersucht worden. Neben der körperlichen Untersuchung wurden Laborwerte ermittelt, 24-Stunden-EKG, Carotis-Sinus-Massage, Schellong-Test, zweidimensionales Echokardiogramm, Carotisdopplertest, Herz-CT, Kipptisch-Untersuchung sowie ein neurologisches Screening durchgeführt. Patienten mit Präsynkopen, Vertigo, Schocksymptomatik, komatösen Zuständen oder anderen Bewusstseinsveränderungen waren von der Studie ausgeschlossen.

Nach Ablauf der oben beschriebenen Untersuchungen entschlossen sich *Ventura* und *Stuhr*, 50 Patienten, die sich zur Evaluation bereit erklärten, ohne somatischen Befund gesondert zu untersuchen. Hierbei handelte es sich um 35 weibliche und 15 männliche Probanden im Alter von 14 bis 83 Jahren. Als Aufnahmekriterium legte man eine Häufigkeit von mindestens zwei Synkopen in der Patientenvita während der vergangenen sechs Monate fest. Unter dem Hinweis, die Ursache ihrer Synkopen könne möglicherweise psychischer Herkunft sein, bot man den 50 Patienten an, in der damaligen Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Medizin II ein diagnostisches Erstgespräch mit ihnen zu führen. Wenn im sogenannten Erst-Interview psychische Befunde als Ursache der

Synkopen infrage kamen, empfahl man den Betroffenen daraufhin die Aufnahme einer Psychotherapie. Die Probanden wurden ferner dazu angehalten, jedes Wiederauftreten einer Ohnmacht den Behandlern mitzuteilen. Nach sechs Monaten traf man sich mit allen 50 Patienten zu einer Nachbesprechung.

Zur Festlegung des funktionellen Status und zum Zweck der Bereitstellung vergleichbarer Daten füllten die ausgewählten Patienten standardisierte Fragebögen (siehe beiliegende CD-Rom im Buchdeckel) aus: die Symptom-Checkliste (SCL-90-R), die Gießener Beschwerdeliste (GBB) und den Fragebogen zum Körperbild. Außerdem nahmen Patienten an einem Erstinterview in der damaligen Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie teil. Die daraus resultierenden Diagnosen orientierten sich an der International Classification of Disease (ICD-10).

Von den 50 Patienten erklärten sich 26 (52 Prozent) bereit, an der Evaluation teilzunehmen, 24 (48 Prozent) lehnten die Untersuchung in der damaligen Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie zum Teil empört ab. Es stellte sich folgendes heraus: Die Patienten, welche die Evaluation zurückwiesen, waren älter als diejenigen Patienten, die die Untersuchung akzeptierten (Alter  $50 \pm 19$  vs.  $36 \pm 16$ ).

Ergebnisse der Pilotstudie						
Patienten	Gesamt	Alter	Krankheitsdauer > 5 Jahre	Synkopen- Frequenz	Präsyn- kopen	Diagnose einer psychosom. Erkrankung
abgelehnt	24 (48%)	50 +/- 19	25%	5.5	46%	5 (19%)
zugestimmt	26 (52%)	36 +/- 16	54%	9	88%	21 (81%)

**Tabelle 1.1: Ergebnisse der Pilotstudie**

Bei 54 Prozent der Probanden, die einer Untersuchung zugestimmt hatten, war die Symptomatik seit mindestens fünf Jahren manifest. Anders bei denen, die die Evaluation abgelehnt hatten: In dieser Unter-Gruppe gab nur ein Viertel der Befragten (25 Prozent) an, solcherart Beschwerden seit mindestens fünf Jahren zu kennen. Wer die Untersuchung guthieß, litt in der Regel auch unter einer höheren Synkopen-Frequenz als die Ablehner (9 vs. 5,5) sowie unter häufiger auftretenden Präsynkopen (88 Prozent vs. 46 Prozent). Auffälligkeiten hinsichtlich der

Verteilung nach Geschlecht unter Befürwortern und Ablehnern konnten nicht festgestellt werden. Die Untersuchungsergebnisse der 26 Patienten, die sich einem diagnostischen Erstgespräch unterzogen, verdienen Aufmerksamkeit: Bei 21 von ihnen (81 Prozent) wurde eine psychosomatische Erkrankung diagnostiziert; nur fünf waren frei von Beeinträchtigungen dieser Art. Das Bild der Befunde setzte sich im Einzelnen wie folgt zusammen: Zwölf Patienten (46 Prozent) litten unter Depressionen (ICD-10: F 32), bei vier Patienten (15 Prozent) wurden Panikattacken (ICD-10: F 41.0) diagnostiziert. Bei drei Patienten (12 Prozent) lag eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45) vor, und bei zwei Patienten stellte der Diagnostiker *Stuhr* eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F 41.1) fest. Es ist jedoch kritisch anzumerken, dass die Diagnosen der Patienten dieser heueristischen Studie lediglich von einem Therapeuten gestellt worden sind.

<b>Psychosomatische Diagnosen der Patienten</b>	
<b>Gesamt</b>	<b>21 (81%)</b>
<b>Depressive Störung</b>	<b>12 (46%)</b>
<b>Panikattacken</b>	<b>4 (15%)</b>
<b>Somatisierungsstörung</b>	<b>3 (12%)</b>
<b>Generalisierte Angststörung</b>	<b>2 (8%)</b>

**Tabelle 1.2:** Psychosomatische Diagnosen der Patienten

Man klärte die Patienten daraufhin über die Untersuchungsergebnisse auf und erörterte mit ihnen mögliche therapeutische Maßnahmen, die im Allgemeinen jedoch Skepsis hervorriefen. Es erklärten sich erstaunlicherweise nur vier (19 Prozent) von 21 Patienten mit ursächlich psychosomatischen Ursachen der Symptomatik zu einer Psychotherapie bereit: Die Patienten trafen sich im Durchschnitt anfangs zweimal pro Woche, später einmal pro Woche zu bis zu zwei Stunden dauernden Therapiegesprächen mit ihren Behandlern, auch dann noch, wenn ihre Symptomatik nicht mehr auftrat. Drei von vier Patienten wurden außerdem medikamentös mit einem  $\beta$ -Blocker behandelt. Nach Abschluss der Therapie zeigten sich alle vier Patienten beschwerdefrei.

Von 26 Patienten, die in ein psychotherapeutisches Erstgespräch eingewilligt hatten, nahmen 14 (53,8 Prozent) an einer Studie von *Stuhr* (2000) teil. *Stuhr* kommt in einer abschließenden Bewertung seiner Untersuchung zu dem Ergebnis, dass bei 71,4 Prozent eine psychosomatische Ursache für die Synkopen als gesichert ange-

sehen werden darf. Bei 14,2 Prozent der Probanden bestand der Verdacht auf einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Synkope und psychosomatischer Ursache; bei ebenfalls 14,2 Prozent konnte eine psychosomatische Beeinträchtigung als Ursache für die Ohnmacht ausgeschlossen werden. Die psychische Belastung wurde bei 42,9 Prozent der Fälle mit „stark“, bei 35,7 Prozent mit „mittelgradig“ und bei 7,1 Prozent der Fälle mit „leicht“ charakterisiert. Für die jeweiligen Diagnosen wurde ebenfalls der ICD-10 herangezogen, um sie zu klassifizieren.

Innerhalb der Gruppe der Therapie-Ablehner traten sechs Monate nach Evaluationsbeginn weitere Synkopen auf, und zwar bei 16 (67 Prozent) von 24 Patienten. Der Median der Synkopenhäufigkeit sank von drei Synkopen in den sechs Monaten vor klinischer Einschätzung auf 1,5 in den folgenden Monaten. Acht Patienten (33 Prozent) waren synkopenfrei. Bei vier Patienten remittierten die Synkopen spontan, zwei Patienten wurden mit einem  $\beta$ -Blocker therapiert (Metoprolol und Propranolol), einem Patienten implantierte man einen Defibrillator wegen ventrikulärer Tachykardie, ein weiterer Patient erhielt einen Zweikammer-Schrittmacher.

## 1.2 Fragestellung

In der Vergangenheit haben zahlreiche Autoren in verschiedenen Studien versucht, die Psychotherapie-Motivation zu erforschen. Wir wollen in dieser Arbeit nicht nur die Psychotherapie-Motivation der Patienten mit dem Krankheitsbild der unklaren Synkope untersuchen, sondern auch die Beziehung zwischen dem subjektiven Krankheitskonzept dieser Patienten und der Motivation zur Psychotherapie in der Untersuchungsgruppe einerseits und ihrer klinischen Vergleichsgruppe andererseits.

Die Befunde der Untersuchungsgruppe mit 24 Patienten der kardiologischen Kipptisch-Ambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf sowie der Universitätsklinik Bonn stellen wir der klinischen Vergleichsgruppe, bestehend aus 40 Patienten der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, gegenüber und werteten die Ergebnisse statistisch aus. Wir verwendeten dazu sich ergänzende Fragebögen: den Fragebogen zur Messung der Psychotherapie-Motivation, FMP (Schneider et al., 1989), die Symptomcheckliste zur Ermittlung der psychischen Patientenbelastung, SCL-90-R (Franke, 1995), und schließlich den Fragebogen zur Behandlungser-

wartung, BE (Schöl und Künsebeck, 1984). Außerdem wurden soziodemographische Daten, wie Alter, Geschlecht und Schulbildung bei der Beurteilung der Ergebnisse berücksichtigt.

Dabei sollte folgenden Fragen nachgegangen werden:

1. Unterscheidet sich die Psychotherapie-Motivation in Untersuchungs- und klinischer Vergleichsgruppe?
2. Gibt es Unterschiede in der Psychotherapie-Motivation hinsichtlich der männlichen und weiblichen Patienten?
3. Lassen sich Unterschiede bezüglich der Motivation zur Psychotherapie in den verschiedenen Altersgruppen erkennen?
4. Können Aussagen über einen Zusammenhang zwischen der Schulbildung und der Psychotherapie-Motivation in der Untersuchungs- und der klinischen Vergleichsgruppe getroffen werden?
5. Hat die Behandlungserwartung bzw. das subjektive Krankheitskonzept (klassisch-organmedizinisch vs. psychisch-sozial) einen Einfluss auf die Psychotherapie-Motivation?
6. Wie verhält sich jeweils die allgemeine Lebenszufriedenheit der Probanden in der Untersuchungs- und klinischen Vergleichsgruppe?
7. Gibt es eine Korrelation zwischen hoher psychischer Belastung und Motivation zur Psychotherapie?

# 2 Theoretischer Teil

## 2.1 Theorien der Motivationsforschung

Bevor wir der Frage der Motivation zur Psychotherapie nachgegangen sind, erschien es uns sinnvoll, uns zunächst mit psychologischen und psychoanalytischen Erklärungsmustern des Motivationsbegriffs zu beschäftigen, denn Motivation im psychologischen Sinne ist nicht das, was dieses Wort im alltäglichen Gebrauch meint. Dort ist es in der Regel an Leistungsbereitschaft geknüpft und mit einem Nutzwert verbunden, etwa mit schulischer Leistung oder in der Arbeitswelt. Der psychologische Motivationsbegriff hingegen beschreibt definitionsgemäß einen „Drang zu Aktivität“ (Stangl, 2003), ob sie nun nützlich ist oder nicht. Er besitzt in diesem Sinne also nicht die geläufige positive Konnotation, sondern ist im Wesentlichen neutral. Auch eine „hohe Motivation“ ist laut *Stangl* weder gut noch schlecht und erfährt im psychologischen Sprachgebrauch keinerlei Bewertung. Definiert man Motivation wertfrei, kommt man sprachlich schnell ins Abstrakte, wie der Versuch von *Rheinberg* (2004, S. 16) zeigt. Er definiert Motivation als „aktivierende Ausrichtung des momentanen Lebensvollzuges auf einen positiv bewerteten Zielzustand“.

Trotz des Versuchs, Motivation allgemeingültig zu fassen, lässt sich nicht übersehen, dass verschiedene Autoren unterschiedliche Ansätze verfolgen, die auf zum Teil ganz verschiedenen Vorstellungen fußen. Vor allem die Evolutionstheorie hat der Motivationsforschung entscheidende Impulse verliehen und bietet bis heute die Basis für verschiedene Ansätze, etwa in der Bewertung von Trieb oder Instinkt als Motor für Aktivität oder in Form von verhaltenswirksamen Kräften, die sich im menschlichen Organismus periodisch entwickeln können. Wir greifen in der vorliegenden Arbeit auf die in der einschlägigen Literatur häufig vorgenommene Unterscheidung nach dem „instinkttheoretischen“ Modell, dem „persönlichkeits-

theoretischen“ Strang der Motivationsforschung und dem „assoziationstheoretischen“ Konzept zurück. Diese drei Ansätze erwachsen aus der Evolutionstheorie oder wurden durch sie bestärkt. So entwickelte sich eine Motivationspsychologie mit individuellen Dispositionsunterschieden, welche in weiten Teilen auch auf tierische Lebewesen übertragbar ist (Heckhausen, 2006). Auf die wesentlichen Modelle soll an dieser Stelle eingegangen werden:

Als Wegbereiter instinkttheoretischer Erklärungen innerhalb der Motivationsforschung gilt noch heute der Angloamerikaner *William McDougall* (1871-1938). Sein Ansatz ist recht komplex und seine Erklärungen lassen sich bis in die Ethologie und die gegenwärtige Soziobiologie verfolgen (Heckhausen, 2006). Nach *McDougall* (1908) geht jedem instinktiven Verhalten ein Erkennen von etwas voraus, verknüpft mit einem Gefühl der Zuwendung oder der Aversion. Der „Instinkt“ akzentuiert sozusagen die Wahrnehmung, sodass das Lebewesen auf bestimmte Gegenstände oder Ereignisse aufmerksam wird. In einem weiteren Schritt rufen die so wahrgenommenen Objekte dann ganz bestimmte Qualitäten emotionaler Erregung hervor, die wiederum die Tendenz haben, in einer bestimmten Weise gegenüber diesem Wahrnehmungsobjekt zu handeln (n. Rheinberg, 2004). *McDougall* (1932) stellte zunächst eine Liste mit zwölf instinktgeleiteten Handlungen auf, die er später erweiterte. Wenngleich der Terminus „Instinkt“ anfangs in seinen Schriften noch Verwendung fand, distanzierte er sich vom eher starren Instinktbegriff und sprach später folgerichtig von Neigungen als Disposition zu bestimmten Verhaltenstendenzen oder Impulsen. Die Ethologie stand lange Zeit außerhalb der psychologischen Motivationsforschung. Sie findet jedoch zunehmend wieder Beachtung, weil sie in zwei Punkten das Interesse von Motivationsforschern auf sich zieht. Zum einen durch ihre sicherlich berechtigte Kritik an Laborexperimenten der Lernpsychologie, zum anderen durch die vermehrt unternommenen Versuche, ethologische Befunde auf menschliches Verhalten zu übertragen (Eibl-Eibesfeld, 1984).

Zur selben Zeit war *Freud* (1856-1939) damit beschäftigt, Licht in irrational erscheinende Phänomene wie Traumhalte oder das Verhalten neurotischer Patienten zu bringen und bestimmtes Handeln auf eine verborgene Triebdynamik zurückzuführen. Damit begründete er einen wesentlichen Teil des „persönlichkeitstheoretischen“ Problemstrangs der Motivationsforschung. *Freuds* (1915) psychoanalytische Motivationstheorie bildet wohl das allgemeinste und bekannteste Konzept. Er war davon überzeugt, verborgene, nicht bewusste Prozesse, die das Handeln lenken und Bewusstseinsinhalte beeinflussen, gefunden zu haben.

*Freud* sah im Unbewussten Triebe in einer hin- und herwogenden Konfliktdynamik, die im Verhalten und bewussten Erleben den Schlüssel zur Erklärung menschlichen Handelns liefern (vgl. Heckhausen, 2006; Schneider und Schmalt, 2000).

Im „Triebreduktionsmodell“ (1915) gehen homöostatische und hedonistische Vorstellungen ein, wobei der Organismus umso mehr im Gleichgewicht ist, je niedriger sein angestauter Triebreizpegel ist.

Als erstes ist hier das Triebkonzept zu nennen, das sich in verschiedener Weise äußern kann. Fehlt beispielsweise im Zustand hoher Intensität ein Triebobjekt zur Befriedigung, machen sich unerfüllte Triebwünsche im Bewusstsein des Individuums bemerkbar. Sie sind geknüpft an frühere ähnlich gelagerte Situationen und Ereignisse, die erfüllt werden konnten. Das Seelenleben ist ein ständiger intrapsychischer Konflikt zwischen widerstreitenden Tendenzen. Diese Tendenzen verteilt *Freud* auf drei Instanzen: Es, die Tendenz zur Lustsuche und Lustgewinn, das Über-Ich, moralische Kontrolle, und die Instanz zur Realitätsanpassung, das Ich. *Freud* legte dar, dass frühe Störungen der Triebentwicklung, vor allem in der frühen Kindheit, prägende psychische Nachwirkungen haben und die „Arbeits- und Liebesfähigkeit“ eines Menschen schwer beeinträchtigen können.

Als zweiten maßgeblichen Konflikt beschreibt *Freud* die zwischenmenschlichen Beziehungen innerhalb der Familie, wobei das Kind zur gegengeschlechtlichen Person eine sexuelle Beziehung aufnehmen möchte und sich dabei vom gleichgeschlechtlichen Elternteil bedroht fühlt. Innerhalb einer normalen Entwicklung lässt sich dieser Konflikt durch Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil lösen.

Durch *Freud* ist die Motivationsforschung um eine dynamische Prozess- und Entwicklungsdimension bereichert worden, die auf vielfältige Weise bis heute Anerkennung findet (n. Heckhausen, 2006). Dass heute nicht bewusste Motivationsanteile bekannt sind und von Therapeuten berücksichtigt werden können, ist in erheblichem Ausmaß seiner Pionierarbeit zu verdanken. Gerade jüngere Motivationskonzeptionen, wie z. B. *McClelland* (1987), orientieren sich in diesem Punkt wieder überraschend deutlich an *Freud* (n. Rheinberg, 2004).

Der Persönlichkeitstheoretiker *Kurt Lewin* (1890-1947) ist vielleicht der erste, der ein Konzept der Wechselwirkungen zwischen Person und Situation heranzieht und betont, dass für ein Individuum die wahrgenommene und weniger die objektive Umwelt entscheidend ist. *Lewins* Bestreben stellte darauf ab, eine bestehende psychologische Gesamtsituation zu objektivieren. Seine Theorie umfasste sowohl die Person als auch die von ihr wahrgenommene Umgebung und hatte zum Ziel, das dynamische Kräftespiel als Momentaufnahme exakt zu beschreiben, um schließlich, als Vektorsumme, das Handeln vorherzusagen bzw. zu erklären. Die Feldtheorie *Lewins* (1936) blieb wegen ihrer rigiden Haltung jedoch ohne größeren Einfluss. Letztlich bleibt für *Freud* wie für *Lewin* der Versuch der Wiederherstellung eines gestörten Gleichgewichts das tragende Motivationsprinzip (n. Schneider und Schmalt, 2000).

In der motivationspsychologischen Linie ist *Murray* (1938) eine Schlüsselfigur der persönlichkeits-theoretischen Motivationsforschung. In seinem Buch „*Explorations in Personality*“ grenzte *Murray*, der hauptsächlich von *Freud* beeinflusst war, etwa 35 verschiedene Bedürfnisse voneinander ab und schrieb den Bedürfnissen entsprechende situative Bedingungen zu. Er entwickelte eine vielgliedrige Taxonomie motivationsrelevanter Verhaltensbeschreibungen und stellte Fragebögen zur Erfassung individueller Motivunterschiede zusammen. Damit hatte *Murray* den Boden bereitet für einen Durchbruch, der *McClelland* und *Atkinson* Anfang der 1950er Jahre gelang. Zum einen konnten erstmals einzelne Motive eingegrenzt werden, außerdem vervollständigten sie ein Verfahren zur Messung individueller Unterschiede auf der Grundlage des von *Murray* entwickelten Thematischen Auffassungstests (TAT) (n. Heckhausen, 2005; Schneider und Schmalt, 2000).

Anders als später *Atkinson* (1957, 1964), unterschied *McClelland* (1951) in seiner Theorie noch nicht klar zwischen Motiv und Motivation. Als Schüler des Lerntheoretikers *Hull* brachte er assoziations-theoretische, erwartungsbezogene und hedonistische Komponenten miteinander in Verbindung und beschäftigte sich mit dem Thema Leistungsmotivation. Seine Theorien konzentrierten sich allerdings weniger auf einzelne Individuen, sondern rückten das Verhalten ganzer Gruppen der Gesellschaft in den Mittelpunkt des Interesses.

Das „Risikowahl-Modell“ von *Atkinson* (1957) brachte die Forschung einen großen Schritt nach vorne, indem es erstmalig individuelle Motivunterschiede berücksichtigte. Wie kein zweites Modell hat es die Motivationsforschung in den

1960er und 1970er Jahren angeregt und beeinflusst. Er berücksichtigte individuelle Motivunterschiede und fügte dem Produkt von Erfolgswahrscheinlichkeit und Erfolgsreiz noch eine weitere Variable hinzu: das Motiv, Erfolg zu erzielen. Die aktuelle aufsuchende Motivationstendenz lässt sich mit der so genannten „Atkinson-Formel“ vorhersagen.

In Deutschland sind die Ansätze von *McClelland* und *Atkinson* schon früh von *Heckhausen* (1972, 1978) aufgenommen und weitergeführt worden. Er entwickelte und validierte zwei unabhängige TAT-Maße für die Motive, Erfolg zu erzielen und Misserfolg zu meiden (n. Lambert, 2005).

Die kognitionspsychologische Linie richtet ihr Augenmerk besonders auf das Problem der Motivanregung. Dieser Vorstellung gemäß sind es die Kognitionen, die unter gewissen Bedingungen eine Motivation entstehen lassen bzw. eine bereits bestehende Motivation beeinflussen. Auffällig ist, dass die Befindlichkeit des Patienten wieder eine stärkere Rolle spielt: Seine Unausgewogenheiten, die von ihm selbst wahrgenommenen Widersprüche und Unverträglichkeiten können zu seiner Motivation beitragen. Damit erlebt der Vernunftbegriff, der in der Motivationsforschung seit *Darwin* (1858) zunehmend verdrängt schien, eine Renaissance.

Zu den Konsistenztheorien zählt die von *Fritz Heider* (1958) entworfene Theorie der kognitiven Ausgewogenheit. *Heider* hat nicht nur die motivationspsychologische Bedeutung von Kognitionen immer wieder betont, er hat auch die eigentliche Motivationsforschung neu belebt. Er unterscheidet wie *Lewin* zwischen Personenkräften und situativen Kräften, die sich antagonistisch zueinander verhalten. Zu den Personenkräften zählt er stabilisierende Faktoren, wie individuelle Fähigkeiten, Wissen, Macht oder Einfluss. Zu den Situationsfaktoren zählen nach *Heider* Schwierigkeiten und Widerstände, die sich den Personenkräften bei der Handlungsausführung entgegenstellen. Danach können Beziehungen des Patienten zu Gegenständen oder Personen ausgewogene oder unausgewogene kognitive Konfigurationen darstellen. Als weitere Konsistenztheorie ist die Theorie der kognitiven Dissonanz von *Leon Festinger* (1957, 1964) zu nennen. Dissonanzen entstehen, wenn sich mindestens zwei selbstwertrelevante Kognitionseinheiten nicht in Übereinstimmung miteinander bringen lassen. In *Äsops* Fabel „Der Fuchs und die Trauben“ (ca. 600 v. Chr.) möchte der Fuchs Trauben fressen, ist jedoch unfähig, diese zu erreichen. Statt sich sein Versagen einzugestehen, wertet er die Trauben ab als zu sauer und nicht der Mühe wert. Der Betreffende

spürt die entstandenen Dissonanzen und strebt danach, die Deckungsgleichheit wiederherzustellen; seine Motivation steigt. Die kognitionspsychologische Linie wird im Wesentlichen von Sozialpsychologen verfolgt (n. Heckhausen, 2005; Rheinberg, 2004).

In den 1930er Jahren verschaffte sich der deutsche Psychologe *William Stern* (1935) mit seiner Persönlichkeitsbewegung Gehör. Der Begründer der differenziellen Psychologie unterschied bei seinen Probanden „treibende“ und „instrumentelle“ Dispositionen. Für die Motivation relevant sind die „treibenden“ Dispositionen. *Sterns* einflussreichster Schüler, *G. W. Allport*, akzeptierte die Grundauffassungen *Sterns*, entwickelte die Lehre weiter und bereicherte sie mit etlichen zeitgenössischen Theorieansätzen. Bekannt geworden ist *Allports* „Prinzip der funktionellen Autonomie der Motive“, welches die Einzigartigkeit individuellen Verhaltens betont. *Abraham Maslow* (1954) postulierte später eine Hierarchie menschlicher Bedürfnisse, nach der „niedrige“ Bedürfnisse befriedigt sein müssen, ehe „höhere“ Bedürfnisse zum Zuge kommen können.

Der Anglo-Amerikaner *R. B. Cattell* (1965, 1974), ein weiterer namhafter Vertreter der persönlichkeitspsychologischen Linie, stellte das wohl komplexeste Beschreibungssystem von Persönlichkeitseigenschaften auf. Er stützte sich dabei fast ausschließlich auf die Interkorrelation von Daten aus thematisch weit gestreuten Fragebögen und Tests, wie sie zur Faktorenanalyse benutzt werden. Aus den umfangreichen Angaben leitet er drei Bereiche her, die Einfluss besitzen auf die Motivation der Betroffenen: Einstellung, Werthaltung und Triebe. Dieser Ansatz kommt dem ursprünglichen Instinktmodell von *McDougall* äußerlich wieder „sehr nahe“ (n. Schneider und Schmalt, 2000).

Der sogenannte „assoziations-theoretische“ Problemstrang der Motivationsforschung lässt sich in zwei Linien aufteilen: in die lernpsychologische und in die aktivationspsychologische Linie. Zu den Pionieren zählt *Edward Lee Thorndike* (1874-1949), der seine ersten Versuche mit Katzen machte und die operante Konditionierung begründete. Der russische Psychologe *Iwan P. Pawlow* (1927), der Entdecker der klassischen Konditionierung, formulierte neben *Thorndike* die aktivationspsychologische Linie der experimentellen Lernforschung. Bis heute übt sie Einfluss auf Teile der Motivationsforschung aus.

Der Lern-Theoretiker *Thorndike* (1898) steckte seine hungrigen Versuchstiere in sogenannte „Problemkästen“ und stellte außen Futter auf. Durch Betätigen einer

bestimmten Mechanik war es den Tieren möglich, ein Gatter zu öffnen und sich Nahrung zu verschaffen. Schon nach wenigen Wiederholungen konnte *Thorndike* bei seinen Tieren einen Lerneffekt beobachten. „Befriedigung“, hier die Sättigung des Tieres, wurde als Ursache für die Verknüpfung von Reiz und Reaktion erkannt und als Grundlage für das Lernen angesehen. *Pawlow* bezeichnete diesen Zusammenhang später als „Bekräftigung“. *Thorndikes* Analogie zu *Darwins* Evolutionsgedanken liegt auf der Hand. Auslese ist auf das Prinzip „Versuch und Irrtum“ gegründet. *Thorndike* formulierte für diesen Zusammenhang das „Gesetz der Wirkung“, wobei von mehreren Verhaltensweisen, die in einer bestimmten Situation gezeigt werden, diejenigen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit wiederholt auftreten, die mit einer hohen Befriedigung des Willens einhergehen. Bestimmte Ereignisse sind nach *Thorndike* nur in dem Maße befriedigend, wie das Lebewesen dafür einen Zustand der „Bereitschaft“ besitzt.

Erst *Edward C. Tolman* (1886-1959) entwickelte in begrifflicher Strenge den hypothetischen Konstruktcharakter der von ihm so genannten „intervenierenden Variablen“. Um etwa einen Hungertrieb von bestimmter Stärke zu hypostasieren, muss die vorausgegangene Dauer des Nahrungsentzugs mit nachfolgenden Verhaltensunterschieden kovariieren, etwa mit allgemeiner Unruhe oder Latenzzeit. *Tolman* (1932) unterschied zum ersten Mal deutlich zwischen Motivation und Lernen. Lernen war für ihn eine Art Wissenserwerb. Damit Gelerntes aber zur Ausführung kommt, bedarf es der Motivation. *Tolman* gelang durch diese Differenzierung ein wichtiger Brückenschlag zwischen der lern- und der motivationspsychologischen Linie (n. Heckhausen, 2005; Schneider und Schmalt, 2000).

Der neben *Skinner* wohl bedeutendste behavioristische Theoretiker ist *Clark L. Hull* (1943, 1952). *Hulls* Theorie (1943) besteht im Kern aus einer allgemeinen Gleichung, die die Stärke einer bestimmten Verhaltenstendenz zum einen abhängig macht von der erlernten Gewohnheit, auf einen bestimmten Reiz mit einer bestimmten Reaktion zu antworten. Die Ausprägung dieser Gewohnheit hängt ihrerseits ab von der Anzahl der Gelegenheiten, bei denen in der gleichen Situation eben diese Reaktion in der Vergangenheit belohnt wurde. Die stärkste Gewohnheit muss auch bei passenden Stimuli nicht notwendig zur Ausführung kommen, wenn nicht zugleich ein Ausführungsantrieb vorliegt. *Hull* (1952) modifizierte sein Modell nach verschiedenen Untersuchungen an Ratten und führte den Terminus „Belohnungswert“ ein. Dieser Belohnungswert steht gleichberechtigt neben Trieb und Gewohnheit. Motivationspsychologisch handelt es

sich dabei um den Anreiz, den das Zielobjekt für das Individuum bietet (n. Stangl, 2003).

*Neal E. Miller, Judson Brown* und *O. Hobart Mowrer*, drei Schüler *Hulls*, bauten die lernpsychologisch orientierte Motivationsforschung weiter aus. *Miller* (1948, 1951) hatte schon früh motivationspsychologische Theorien *Freuds* assimiliert und die Lerntheorie auf soziale und psychotherapeutische Probleme angewendet. In einem berühmt gewordenen Experiment waren Ratten in einem weiß gestrichenem Abteil solange schmerzhaften elektrischen Schocks ausgesetzt, bis sie gelernt hatten, einen Durchgang zum benachbarten schwarzen Abteil zu öffnen. Nach einiger Zeit zeigten die Tiere alle Anzeichen von Furcht, wenn sie in das weiße Abteil gesetzt wurden, auch wenn das Bodengitter nicht elektrisch geladen war. Ein Fall klassischer Konditionierung: Die Furcht war erlernt und außerdem ein Triebzustand. Dieses Experiment wurde zum Paradefall, um fortan auch „höhere Motive“, erlernte oder sekundäre Triebe, herzuleiten. *Brown* (1961) ist anders als *Miller* eng der *Hullschen* „Triebtheorie“ verpflichtet geblieben. Für ihn blieb der Trieb die allgemeine aktivierende Variable, eine Unterscheidung in primäre und sekundäre (erlernte) Triebe wies er zurück. *Brown* konzidierte jedoch, dass es Quellen gebe, sowohl angeborene als auch erlernte, aus denen Triebe gespeist werden.

Ein weiterer bedeutender Lerntheoretiker neben *Hull*, *O. H. Mowrer* (1939), hat sich näher mit Zuständen der emotionalen Erwartung von Hoffnung und Furcht als Impulskraft für Handlungen auseinander gesetzt. Sie entscheiden darüber, wie ein Individuum auf eine gegebene Situation reagiert. Er rückt von der klassischen lerntheoretischen Konzeption ab, die davon ausgeht, dass Lernen und Verhalten auf der unmittelbaren Verknüpfung von Reiz und Reaktion beruhe. Entscheidend ist für *Mowrer* die emotionale Erwartungshaltung als Grundwert. Reize können dadurch entweder selektiv wahrgenommen werden oder sie wirken als unabhängige Größen von der eigenen Befindlichkeit in der Außenwelt (n. Heckhausen, 2005; Rheinberg, 2004).

Der Russe *Iwan P. Pawlow* (1849-1936) gilt als Begründer der Lehre von den bedingten Reflexen, später als klassische Konditionierung bezeichnet. Weltweit bekannt wurde er mit einer Versuchsanordnung, bei der die Speichelsekretion eines Hundes im Mittelpunkt steht. *Pawlow* ließ der Futtergabe (unkonditionierter Reiz) mehrmals ein akustisches Signal (neutraler Reiz) vorangehen und stellte fest, dass später allein das Signal ausreichte, um beim Tier eine Speichelsekretion

auszulösen. Durch Verknüpfung war es ihm gelungen, einen bislang neutralen Reiz auf die Ebene eines unconditionierten Reizes zu transferieren. *Pawlows* Arbeiten haben schon früh in der amerikanischen Lern- und Motivationsforschung gewirkt. Wie die Amerikaner ging er der Frage nach, wie gewisse Handlungen motiviert sind und wie man sie gegebenenfalls durch äußere Einflüsse verändern kann (n. Rheinberg, 2004).

Zunächst hatte man Schwierigkeiten, die konditionierten Reflexe mit dem „Gesetz der Wirkung“ nach *Thorndike* in Beziehung zu bringen. Erst *Burrhus F. Skinner* (1935) brachte die Diskussion weiter, indem er eine grundlegende Zweiteilung allen Verhaltens vorschlug. Die erste Form von Verhalten nannte *Skinner* „Wirkreaktion“, ein Verhalten also, das auf die Situation der Umgebung einwirkt. Außerdem führte er den Terminus „Bekräftiger“ ein. Eine Reaktionswirkung, die die Auftretshäufigkeit der entsprechenden „Wirkreaktion“ erhöhen kann. Für die zweite Art von Verhalten prägte *Skinner* den Terminus „Antwortreaktion“. Dabei ruft ein Reiz eine Reaktion hervor, die einem bestimmten Muster gehorcht. Das Erlernen neuer auslösender Reize folgt nach *Skinner*s Dafürhalten den Gesetzmäßigkeiten der klassischen Konditionierung im Sinne *Pawlows*. Wegen dieser für die weitere Entwicklung der Lern- und Motivationstheorie wichtigen Unterscheidung kann man *Skinner* im Grenzbereich der Einflusslinien *Thorndikes* und *Pawlows* lokalisieren (n. Schneider und Schmalt, 2000).

Nach dem Zweiten Weltkrieg regten Entdeckungen in der Neurophysiologie die aktivationspsychologisch orientierten Forscher zu neuen Überlegungen an. Die erste betraf das „ARAS“ (aufsteigendes retikuläres Aktivierungssystem). *Moruzzi* und *Magoun* (1949) konnten zeigen, dass die elektrische Reizung der *Formatio reticularis* zu einer Änderung im Hirnstrombild führt. Die hervorgerufenen Zustände reichen von Schlaf und Schläfrigkeit bis hin zu hochgradigen Erregungszuständen. Mit ihnen ändert sich ferner die Leistungsbereitschaft des Probanden. Man schreibt auch Emotionen und Affekten verschiedene Aktivationsniveaus zu. *Lindsley* wies 1957 auf die Bedeutung der hirnelektrischen Prozesse für die Verhaltenspsychologie hin. Der kanadische Psychologe *Donald O. Hebb* (1949) erklärte das Phänomen der unterschiedlichen Motivationsausprägung mit „Richtung“ und „Ausdauer“ als Parameter für Verhalten. Nach seiner Vorstellung manifestiert sich „Energie“ an bestimmten Orten im Organismus und zwar nach Maßgabe von Zeitintervallen. *Hebb* machte dafür Zellverbände verantwortlich, die sich aufgrund wiederholter Stimulation herausgebildet haben und die die Bahnung motorischer Reaktionen übernehmen.

Die differenziertesten Ansätze im Bereich der aktivationspsychologischen Motivationstheorie lassen sich bei *Daniel E. Berlyne* (1924-1976) beobachten. Auf der Grundlage der neurophysiologischen Forschung beschrieb *Berlyne* einen Vergleichsprozess, dem alle auf das Individuum einströmende Information unterworfen ist, und der darüber entscheidet, ob es zu Konflikten kommt oder nicht. Daneben unterscheidet *Berlyne* zwischen verschiedenen Reizarten, die er unter dem Terminus „Aktionspotential“ zusammenfasst. Anders als *Hebb* vertritt er die Ansicht, dass zwischen ansteigendem Aktionspotential und Aktivierung keine lineare Korrelation besteht, sondern dass Aktivierung sowohl von niedrigen als auch von hohen Potentialen hervorgerufen werden kann (n. Heckhausen, 2005).

Als herausragender Vertreter des russischen Zweigs der aktivationspsychologischen Motivationsforschung ist *E. N. Sokolov* (1958) zu nennen. Auch er blieb der Tradition *Pawlows* verpflichtet, assimilierte jedoch die neuen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Neurophysiologie und Hirnforschung. *Sokolovs* Erkenntnisse fanden darüber hinaus Eingang in *Berlynes* Motivationstheorie und beeinflussten auf diesem Weg die aktivationspsychologische Forschung des Westens.

Für seine faktorenanalytischen Verfahren und für die Einführung moderner Fragebogenmethoden ist der englische Psychologe *Hans Jürgen Eysencks* (1967) bekannt geworden. *Eysencks* nahm in seinen Darlegungen Bezug auf die Theorien von *Pawlow*, *Sokolov* und *Hebb* und interessierte sich wie sie für die neuen Erkenntnisse der Hirnforschung. Nach *Eysencks* Dafürhalten äußert sich Persönlichkeit als Ergebnis des Zusammenwirkens bipolarer Kräfte. Das Paar „Extraversion vs. Introversion“ führt er auf individuelle Unterschiede in der Aktionsfunktion von „ARAS“ zurück. Die zweite bipolare Dimension, „Neurotizismus vs. emotionale Stabilität“, sieht er durch Zentren im limbischen System gespeist. Sie besitzt den Charakter eines emotionalen Triebes. Insgesamt führt *Eysencks* in seinen Arbeiten die beiden Stränge Persönlichkeitspsychologie und Aktivationspsychologie zu einem Ganzen zusammen (n. Heckhausen, 2005; Schneider und Schmalz, 2000).

Das Wissen über die Neurobiologie der Motivation ist noch sehr beschränkt. Es entstammt im Wesentlichen der Suchtforschung, der Untersuchung hirnganischer Störungen und dem Tierversuch. Gesichert ist lediglich, dass bestimmte Hirnareale funktionsfähig sein müssen, damit überhaupt Motivation entstehen kann. Im Tierversuch oder im Falle von hirnganischen Störungen bei Patienten ließen sich bestimmte Hirnabschnitte lokalisieren, die zur Motivationsbildung

beitragen. Dabei handelt es sich um das vordere Cingulum, das ventrale Tegmentum, um den Nucleus accumbens, das ventrale Pallidum sowie um den Nucleus medialis dorsalis thalami. Sind diese Regionen geschädigt, können, je nach Schweregrad, Störungen bei der Motivation auftreten. Auch Schäden anderer Hirnstrukturen, die Teile des Belohnungssystems sind, können Motivationsstörungen zur Folge haben (Lambert, 2005).

Den Versuch, Motivation neurobiologisch zu erklären, hat auch *J. L. Hadley* (1989) unternommen. Eine empirisch fundierte Erklärung hat er indes nur begrenzt gefunden. *Deneke* (1999) schreibt dazu, dass es wohl in absehbarer Zeit unmöglich erscheine, ein zufriedenstellendes Erklärungsmuster zu entwickeln. Zwar sind im Zuge von Motivationprozessen morphologische Veränderungen des Gehirns beobachtet worden, sie variieren jedoch durch die individuelle Erfahrungsgeschichte des Patienten. Als gesichert gilt inzwischen, dass sich das Belohnungssystem des Gehirns, welches bei der Befriedigung von Bedürfnissen Lustempfinden erzeugt, in der frontalen Großhirnrinde, im Hypothalamus und im Hirnstamm (Pons und Medulla oblongata) befindet. Als Transmittersubstanz fungiert Dopamin. Diese Zusammenhänge wurden anhand von Tierversuchen geklärt (Olds/Milner 1954, Routtenberg 1988).

Abschließend lässt sich festhalten, dass es sich bei der Motivationsforschung um ein komplexes Feld handelt. Der problemgeschichtliche Abriss konnte zeigen, dass das Thema bereits in der frühen Blütezeit der Psychologie, also vor hundert Jahren, eine starke Rolle gespielt hat. Mit der Weiterentwicklung psychologischer, psychiatrischer und vor allem neurologischer Untersuchungsmethoden kamen neue Ansätze hinzu, sodass man heute in der Motivationsforschung eine Vielzahl verschiedenartiger Theorien und Erklärungsmodelle heranziehen kann. Die Motivationsforschung ist bis heute ein sehr dynamischer Bereich geblieben und übt nicht nur auf die Sozial- und Lernpsychologie großen Einfluss aus. Es ist also nicht zu erwarten, dass die Motivationsforschung der unterschiedlichen Fachbereiche in absehbarer Zeit stagnieren wird.

# 3 Forschungen zur Psychotherapie-Motivation von Patienten

Nach wie vor reagieren viele Patienten mit Ressentiments auf Therapievor schläge. Insgesamt wird, trotz bestehender Psychotherapie-Indikation, in vielen Publikationen von einer nur geringen Behandlungsbereitschaft berichtet (Volger, 1980; Willi, 1981). Als notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Psychotherapie gilt neben der Motivation des Patienten ein psychisch orientiertes Krankheitskonzept. Sein Wille zur Mitarbeit kann den Krankheitsverlauf und die Genesung entscheidend beeinflussen. Infolgedessen rückte in den vergangenen Jahrzehnten die Erforschung der Motivation in den Blickpunkt des Interesses. Eine Vielzahl von Untersuchungen widmet sich inzwischen dieser Thematik. Die Publikationen legen dar, welche Faktoren für die Motivation des Patienten zur Psychotherapie eine Rolle spielen können. Als wesentlich für den Behandlungserfolg wurden u. a. folgende Umstände als Einflussgrößen erkannt: die sozialdemographische Struktur des Patienten, seine Compliance, Leidensdruck und Krankheitsgewinn, seine Behandlungserwartung und das subjektive Krankheitskonzept sowie das Verhältnis zwischen Psychotherapeut und Patient (z.B. Franz, 1990, 1993; Raskin, 1961; Rosenthal und Frank, 1958; Schneider et al., 1990, 1999). Das nachfolgende Kapitel zieht beispielhaft die Argumente und Motive von Therapie-Ablehnern heran, wie sie in diversen einschlägigen Untersuchungen wiedergegeben wurden. Die folgenden Abschnitte untersuchen die oben genannten verschiedenen Einflussgrößen der Psychotherapie-Motivation und ihren Stellenwert in unterschiedlichen Publikationen.

### 3.1 Motive von Psychotherapie-Ablehnern

Sucht man nach Beweggründen, weshalb Patienten trotz Indikation und ärztlicher Empfehlung adäquate Therapieangebote ausschlagen, ergibt sich ein breites Spektrum an Argumenten, die vorgebracht werden. Als Gründe können Faktoren aus dem persönlichen Umfeld des Betroffenen eine Rolle spielen, oder sie beziehen sich auf Form oder Dauer der Therapie bzw. auf den bezweifelten Nutzen.

*Brähler* und *Brähler* (1986) zitieren Therapie-Ablehner, die sie anhand von Patientenstichproben befragten mit folgenden typischen Einlassungen: „Ich habe durch das Beratungsgespräch genügend Anstöße bekommen, um alleine weiterzukommen“ (19,6 Prozent). „Eine Behandlung war nicht mehr nötig, da sich die Beschwerden gebessert hatten“ (15,2 Prozent). „Eine Behandlung war aus finanziellen Gründen nicht möglich“ (10 Prozent), oder: „Das Beratungsgespräch selbst hat mich davon abgebracht“ (10 Prozent) (S. 140 f). Eine ähnliche Studie liegt auch bei *v. Cube* (1983) vor. Die befragten Therapie-Ablehner gaben als häufigsten Grund für den Ausstieg aus der Therapie bzw. für ihre Ablehnung an, die Behandlung sei für sie zu zeitaufwändig (18,9 Prozent). Ein Teil der Patienten sah die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung für nicht mehr gegeben, da sich ihr Zustand nach ihrer Einschätzung gebessert habe (12,3 Prozent). Ebenfalls 12,3 Prozent der untersuchten Patienten gaben das Beratungsgespräch selbst als Grund für die Ablehnung an.

*Franz et al.* (1993) unterzogen die Motive von 100 Therapie-Ablehnern mit Psychotherapie-Indikation einer genaueren Betrachtung. 52 Frauen und 48 Männer mit mittelgradiger psychogener Beeinträchtigung entstammten einem Pool von 600 erkrankten Erwachsenen und waren per Losverfahren als Probanden ausgewählt worden. Die Patientengruppe hatte die Wahl, sich innerhalb eines Jahres für oder gegen eine psychodynamische Einzel- bzw. Gruppentherapie zu entscheiden. Neun Probanden nahmen das Angebot unmittelbar an, 20 lehnten es sofort ab. Die 71 Patienten, die zögerten, wurden über Ziele und Chancen einer Therapie aufgeklärt und beraten. Nach diesen motivierenden Gesprächen nahmen 24 von ihnen das Psychotherapie-Angebot an, 47 lehnten es definitiv ab. Von den 100 Patienten akzeptierten schließlich 33 ein Psychotherapie-Angebot. 67, davon 34 Männer und 33 Frauen, lehnten es ab. Von den 67 Therapie-Ablehnern erklärten sich nachträglich 56, jeweils 28 Frauen und Männer, zu einem Telefongespräch bereit, in dem sie über die Motive für ihre ablehnende Haltung Auskunft gaben. Nur fünf Probanden lehnten ein Gespräch kategorisch ab, sechs waren nicht erreichbar.

Die häufigsten Gründe für die Ablehnung bestanden demnach im Organisatorischen, sei es, dass die Patienten sich außer Stande fühlten, die nötige Zeit für die Therapie aufzubringen, sei es, dass private oder berufliche Belastungen einer Behandlung entgegenstanden. Zweithäufigstes Ablehnungsmotiv war die geringe Einsicht in die Notwendigkeit einer Therapie. Anders als die Therapeuten sahen sie ihren Zustand als nicht behandlungsbedürftig an. Häufig gaben die Betroffenen an, sie könnten ihren Alltag auch ohne professionelle Hilfe ausreichend bewältigen. Ein Teil der Betroffenen verfügte wohl nur über lückenhaftes Wissen über die Möglichkeiten und Ziele einer psychotherapeutischen Behandlung. Vielfach wird auch der Leidensdruck der Betroffenen nicht ausgereicht haben, die Aufnahme einer Psychotherapie in Erwägung zu ziehen, denn sonst hätten sie in der Erwartung einer Verbesserung ihres Zustandes dem sicherlich zugestimmt.

### **3.2 Psychotherapie-Motivation und Soziodemographie**

Die umfangreiche Berliner Studie von *Rudolf et al.* (1987, 1993) zog unter dem Gesichtspunkt von Psychotherapie-Motivation und Soziodemographie 793 Patientendatensätze aus 20 psychotherapeutischen Praxen und acht Kliniken heran. Die Untersuchung belegt, dass nach Indikationsstellung neben der medizinischen Vorgeschichte des Betroffenen auch dessen soziodemographische Merkmale, sein Alter, sein Geschlecht und seine Bildung entscheidende Faktoren für eine Therapie-Motivation darstellen und damit für den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung als wichtige Einflussgrößen anzusehen sind.

*Grawe* (1994) nimmt Abstand von der oft vorgenommenen Unterscheidung in gut bzw. schlecht motivierte Patienten. Der Kranke, so *Grawe*, lasse sich nur bereitwilliger auf solche Therapien ein, die gut mit seinen mitgebrachten Zielen, Eigenarten und Gewohnheiten übereinstimmen, als auf solche, die ihn verunsicherten oder auf etwas abzielten, was er von sich aus eigentlich nicht möchte. Als „motivierter“ gegenüber einem Therapieangebot werden auch solche Patienten beschrieben, die unbefangener erscheinen, kontakt- und bindungsfähiger auftreten sowie ihren eigenen Phantasien gegenüber aufgeschlossener sind (*Beckmann und Richter, 1972*). Genauso wie die sogenannten YAVIS-Patienten (young, attractive, verbal, intelligent, successful), die von Therapeuten als „motivierter“ wahrgenommen werden (*Schofield, 1974*).

Betrachtet man dann den Zusammenhang von Lebensalter und Psychotherapie-Motivation, dann wird schnell deutlich, dass sich die mitgebrachten Ziele, Eigenarten, Gewohnheiten und Phantasien je nach Lebensabschnitt unterscheiden können. Vorwiegend findet man in der Literatur Belege für eine eher geringe psychotherapeutische Behandlungsbereitschaft älterer Patienten. Die negative Einstellung Älterer zu Behandlungskonzepten der Psychotherapie lässt sich möglicherweise mit der verstärkten Abwehr gegen psychische Diagnosen bis hin zu Nicht-Akzeptanz erklären, wie verschiedene Autoren dies immer wieder beobachtet haben (z.B. King, 1980; Reimer, 1998; Speidel, 1985). *Brown* (1978) vermutet, dass ältere Patienten möglicherweise auch weniger dazu neigen, Probleme, die auftreten, überhaupt in einen psychischen Zusammenhang zu bringen und daher weniger häufig psychologische Hilfe in Anspruch nehmen als jüngere Patienten. In einer Studie von *Franz* (1997) mit einem größeren Anteil von Patienten des Jahrgangs 1935 fand sich eine geringere Bereitschaft zur Akzeptanz von Psychotherapie, als es bei jüngeren Patienten der Fall war. Auch bei *Peters et al.* (2000) äußerten Ältere eher den Wunsch nach einer „beschwerdeorientierten“ Behandlung, während sie eine „problemorientierte“ Therapie mehrheitlich ablehnten. Bei dem älteren Jahrgang herrschte die Auffassung vor, seelische Probleme ließen sich durch starken Willen schon in den Griff bekommen. Eine psychotherapeutische Begleitung wurde daher von der betagteren Patientengruppe größtenteils abgelehnt. In dieser Studie lag der Anteil der wenig motivierten Patienten unter den Älteren nahezu doppelt so hoch wie bei den Jüngeren. Das deckt sich mit den Ergebnissen von *Maercker et al.* (2005), die in einer repräsentativen epidemiologischen Studie die psychotherapeutische Versorgung und Inanspruchnahme entsprechender Therapieangebote von Patienten in höherem Lebensalter beleuchten. Nur ca. fünf Prozent gaben an, seit dem 65. Lebensjahr Psychotherapie in Anspruch genommen zu haben, und zehn Prozent erklärten, dass sie eine therapeutische Maßnahme gegen psychische Probleme in Anspruch nehmen würden, wobei Frauen dies doppelt so häufig bejahten wie Männer. Die fiktive Psychotherapie-Motivation ist hier insgesamt mittelhoch ausgeprägt und variiert nur geringfügig zwischen den Geschlechtern.

In einer Studie von *Janta et al.* (1981) wurden 51 Patienten im Alter von 19 bis 47 Jahren in Bezug auf ihre Psychotherapie-Motivation befragt und klassifiziert. Die Gruppe der Jüngeren (bis 27 Jahre) wurde nach Auswertung der Tests als „therapie-motivierter“ eingestuft und ihre Prognose günstiger gesehen. Auch in dieser Untersuchung zeigte sich, dass die jüngeren Patienten eher bereit waren als die älteren Erkrankten, ihre Beschwerden als psychisch verursacht anzuneh-

men. Darüber hinaus konnte dargelegt werden, dass Zusammenhänge zwischen Krankheitssymptomen und ihren psychischen Ursachen nicht nur von jüngeren Patienten eher akzeptiert werden, sondern ausdrücklich von weiblichen, der Mittelschicht angehörigen Probanden. *Schneider et al. (1990)* machten ähnliche Beobachtungen. In ihrer Studie wurden Patienten aus psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachkliniken bezüglich ihrer initialen Behandlungsmotivation untersucht. Auch hier wiesen jüngere Patienten und Frauen eine höhere Psychotherapie-Motivation auf als ältere Patienten männlichen Geschlechts.

Im Gegensatz dazu steht eine Arbeit von *Franz et al. (1990)*, in welcher sich eine Abhängigkeit von Geschlecht, Alter oder Bildung zur Therapie-Motivation nicht erhärten ließ. In dieser Untersuchung nahmen männliche Patienten, Erkrankte mit einem geringeren Bildungsniveau sowie ältere Probanden in großer Anzahl eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. *Franz et al.* führten den scheinbaren Widerspruch zur gängigen Lehrmeinung aber auf die effiziente Motivationsarbeit zurück, die der Studie vorausgegangen war. In einer weiteren Untersuchung stellt *Franz (1997)* nämlich fest, dass Psychotherapieangebote eher von sozial besser gestellten Patienten mit höherem Bildungsstand angenommen werden. Außerdem zeigten sich Erkrankte, die in den vergangenen Jahren „kritische Lebensereignisse“, wie z. B. einen Sterbefall in der Familie, eine schwere Erkrankung oder den Verlust des Arbeitsplatzes zu bewältigen hatten, aufgeschlossener gegenüber psychotherapeutischer Begleitung.

*Reimer (1998)* kann hinsichtlich der Psychotherapie-Motivation bei männlichen und weiblichen Patienten keine signifikanten Unterschiede feststellen. Nur bei der Schulbildung zeigten sich Differenzen. Je niedriger das Bildungsniveau lag, desto eher äußerten die Patienten den Wunsch nach einer organmedizinischen Behandlung.

Andererseits verfügen laut *Newton et al. (1991)* ältere Patienten über eine für sie überschaubare Lebenszeit und sind sich dessen bewusster, weshalb sie häufiger den Wunsch hegten, „eine zweite Chance“ zu bekommen, um den letzten Lebensabschnitt erfüllter zu verbringen. Daraus könne sich dann eine stärkere Therapie-Motivation entwickeln. Auch die Zunahme der Bereitschaft älterer Menschen zur Selbstreflexion sowie die kritische Betrachtung der eigenen Lebenswege kann die Motivation, eine Psychotherapie aufzunehmen, steigern. Die erhobenen Daten berufen sich allerdings auf klinische Erfahrungen. Empirische Untersuchungen zu dieser Fragestellung liegen bis dato nicht vor.

Die Gründerfigur der deutschsprachigen Alternspsychotherapie, *Hartmut Radebold*, hat diesen Forschungszweig in den letzten Jahrzehnten maßgeblich geformt und vorangetrieben. Der Altersforscher aus Kassel kommt dabei zu dem Schluss, dass Entwicklungsmöglichkeiten und Veränderbarkeit betagter Menschen bislang stark unterschätzt worden sind. Die therapeutischen Perspektiven sehen demnach viel günstiger aus als angenommen, allerdings benötigen die eingeleiteten Maßnahmen bei dieser Altersgruppe längere Zeiträume. Gehen insbesondere amerikanische Forschungsergebnisse der 1960er und 1970er Jahre noch davon aus, dass, je nach Therapieansatz, ältere Patienten theoretisch bis zum 80. Geburtsjahr erfolgreich behandelt werden können, rückt das kalendarische Alter als Entscheidungskriterium später in den Hintergrund (Radebold, 1979; 1980).

Heute sind Therapieangebote in erster Linie auf die individuelle psychische und somatische Konstitution des Patienten zugeschnitten. Aktuelle Felduntersuchungen zur alterspsychiatrischen Morbidität in deutschsprachigen Ländern legen eine Prävalenzrate von mindestens elf bis zwölf Prozent an neurotischen, psychoreaktiven und psychosomatischen Erkrankungen zugrunde. Laut *Radebold* (2008) besteht zurzeit allerdings eine paradoxe Situation: Trotz lebhafter Nachfrage und steigendem Bedarf nach entsprechenden Angeboten auf Seiten der Älteren werden 60-Jährige nur in geringem Maße fachpsychotherapeutisch betreut. Die Hauptlast der Defizite erkennt *Radebold* in der ungenügenden Einstellung der Psychotherapeuten auf die neue Situation. Als Gründe dafür sieht *Radebold* mangelhafte Kenntnisse der Entwicklungspsychologie zwischen dem mittleren und dem hohen Alter, die geringe Vertrautheit in den Fachbereichen Gerontopsychiatrie, Geriatrie und Gerontopsychosomatik sowie fehlende Möglichkeiten der Praxisanleitung und Supervision.

Die große Mehrheit einschlägiger Studien kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen nach wie vor eher bereit sind, auf ein psychotherapeutisches Angebot einzugehen als Männer. Sie sind motivierter. Welche herausragende Rolle die Motivation bei der Therapie spielt, zeigt eine prospektive Studie einer deutsch-österreichischen Kooperation, in der die Bereitschaft zur Mitarbeit in der Therapie bei 64 depressiven Frauen untersucht wurde, wobei jeweils 32, die als weniger motiviert galten, mit einer gleich großen Gruppe von hochmotivierten Frauen verglichen wurden. Nach sechs Wochen wurde der Behandlungsfortschritt in allen Fällen eruiert. Es stellte sich heraus, dass die Patientinnen, die stärker motiviert waren, auch stärker von der Behandlung profitiert hatten als die weniger motivierten (Nickel, Muehlbacher, Kettler, Tritt et al., 2005). Auch die Untersu-

chungsergebnisse von *Veroff* (1981) weisen in diese Richtung. In dieser Studie zeigte sich, dass aus der Mittelschicht stammende Frauen mittleren Alters psychotherapeutische Hilfe eher in Anspruch nahmen, hingegen ältere, wenig gebildete Männer aus der Unterschicht psychotherapeutische Hilfe vermehrt ablehnten. *Veroff* erklärt dies mit einem eher „erlebnisbezogenen“ Leidensdruck und einer „psychischen Triebfeder“ für die bestehenden Probleme bei den Frauen, im Gegensatz zum „symptombezogenen“ Leidensdruck der älteren männlichen Therapie-Ablehner.

Generell findet man bei Frauen mehr Bereitschaft als bei Männern, überhaupt ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Als zu starke Generalisierung und deshalb kritischer ist *Beckmanns* (1979) Fazit einzuordnen: „Der typische Konflikt zwischen Mann und Frau ist also, daß der Mann sich gesund fühlt, obwohl er objektiv kränker ist, und die Frau sich krank fühlt, obwohl sie objektiv gesünder ist.“ (S. 89) Im Allgemeinen, so lässt sich aus den Ergebnissen der herangezogenen Studien herleiten, dürfen weibliche Patienten mittleren Alters, die der Mittelschicht angehören, gegenüber anderen Untersuchungsgruppen als motivierter bezüglich psychotherapeutischer Behandlungen gelten.

### **3.3 Der Zusammenhang von Psychotherapie-Motivation und Compliance**

Besitzt ein Patient die nötige Motivation, seine psychische Erkrankung im Rahmen einer Psychotherapie behandeln zu lassen, schenkt er in der Regel den Anweisungen des Arztes mehr Beachtung als ein unmotivierter Kranker. Unter dem Terminus „Compliance“ versteht man definitionsgemäß das „Befolgen ärztlicher Anweisungen“ (Haynes, Taylor und Sackett, 1982). Soll eine Therapie erfolgreich sein, sind Einsicht und Mitarbeit des Patienten unerlässlich. Insofern wird der Behandler der Compliance seines Patienten einen entsprechenden Stellenwert zumessen. Compliance kann für das gesamte Spektrum medizinischer Leistungen wichtig sein und darüber hinaus in die persönlichen Lebensumstände und die Lebensplanung des Patienten hineingreifen. Die meisten Therapien, besonders bei Erkrankungen mit chronischen Verlaufsformen, sehen in der Bereitschaft des Patienten, sich mit den therapeutischen Anforderungen zu arrangieren, eine unbedingte Voraussetzung für eine Besserung des Krankheitszustandes. Compliance erstreckt sich sowohl auf psychotherapeutische Behandlungsformen als auch auf den pharmakologischen Teil einer Therapie (Strauß, 1991).

In einer Studie untersuchten *Jordan et al.* (1989) die Compliance-Rate von 156 Patienten im Rahmen eines psychosomatischen Konsiliardienstes. Im Zuge dieser Erhebung wandte man sich ein bis drei Jahre nach einem eingangs geführten Interview in der Abteilung für psychotherapeutische Medizin abermals an die Patienten. 61,8 Prozent der Erkrankten hatten sich seinerzeit auf Wunsch des Stationsarztes in eine psychosomatische Beratung begeben. 38,2 Prozent hatten das Angebot auf eigenen Wunsch wahrgenommen. 61,8 Prozent erinnerten sich später, dass sie der damaligen Überweisung positiv gegenübergestanden hatten, nur 12,7 Prozent verknüpften mit der Überweisung negative Gefühle. 67,6 Prozent der Befragten hingegen schätzten Verlauf und Ergebnis des Gesprächs produktiv ein und gaben an, von dem Austausch profitiert zu haben. Die Patienten ordnete man fünf verschiedenen Clustern zu. Die Compliance-Rate nach Empfehlung einer Therapie verhielt sich je nach Cluster unterschiedlich. Die niedrigste Compliance-Rate (40 Prozent) fand sich bei den so genannten „ambivalenten Frauen“ (83,3 Prozent). Sie zeigten in der Mehrzahl eine kurze Krankheitsdauer von weniger als zwei Jahren. Nach Abschluss der Gespräche empfahl man 83 Prozent von ihnen eine Therapieaufnahme. Die höchste Compliance-Rate (90 Prozent) ergab sich bei den so genannten „unterschätzenden Älteren“. In diesem Cluster befanden sich zu 65 Prozent Männer in einem Durchschnittsalter von 48 Jahren mit zum Teil langjährig bestehenden Psychomatosen. Angesprochen auf die möglichen Ursachen ihrer Leiden, gaben zwei Drittel der Patienten an, ihre Erkrankung sei sowohl psychischer als auch somatischer Natur, ein Drittel räumte sogar ein, dass als Grund für die Beeinträchtigung ausschließlich psychische Ursachen in Frage kämen. Im Cluster der „therapiefreundlichen jungen Frauen“, welche den so genannten „YAVIS-Patienten“ in vielem ähnlich sind (*Goldstein, 1971*), lag die Compliance-Rate bei 80 Prozent. Hier bleibt festzuhalten, dass sich alle Patientinnen dieser Gruppe auf eigenen Wunsch in die psychosomatische Abteilung begeben hatten (*Jordan et al., 1989*). *Köcher* (1982) dagegen ermittelte in einer ähnlichen Untersuchung bei Konsiliar-Patienten eine Compliance-Rate von lediglich 36 Prozent.

Wieder andere Studien messen den oben angeführten Variablen, wie Alter des Patienten, Geschlecht und Persönlichkeitsmerkmale weniger Bedeutung für die Compliance zu. *Haynes* (1979) beispielsweise zeigte auf, dass Variablen, wie Symptomatik des Patienten, psychische und psychosoziale Faktoren sowie soziodemographische Daten keine eindeutige Korrelation mit der Compliance aufweisen. *Strauß et al.* (1991) untersuchten die Compliance-Rate von Patienten einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. Blickt man bei dieser Untersuchung auf die Vorbedingungen der ambulanten Gesprächskontakte,

dann fällt auch bei dieser Studie auf, dass die Beeinträchtigung des Patienten durch seine Beschwerden offensichtlich nicht dazu geeignet ist, vorherzusagen, inwieweit der Betreffende mitarbeitet. Stattdessen gibt es klare Anzeichen dafür, dass Patienten, die nach dem Auftreten ihrer Probleme relativ rasch und aus eigenem Antrieb einen Therapeuten aufsuchen, sich eher compliant verhalten. Wenn man dies als Hinweis auf eine geringere Chronifizierung der Beschwerden in dieser Patientengruppe liest, steht das Ergebnis der Untersuchung von *Strauß et al.* in Einklang mit dem oben beschriebenen Befund von *Jordan et al.*

Im Zusammenhang von Psychotherapie-Motivation und Compliance nimmt auch die Psychoedukation eine wichtige Rolle ein. Unter Psychoedukation versteht man heute „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen... die dazu geeignet sind, Patienten und Angehörige über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel, Pitschel-Walz, 2003). Aufgrund der entscheidenden Bedeutung, die man der Compliance inzwischen für den Verlauf insbesondere chronischer Erkrankungen beimisst, wurden spezifisch diesen Aspekt berücksichtigende Therapieansätze für psychisch Kranke, etwa die individuelle „compliance therapy“, entwickelt (Kemp, Kirow et al.; 1998). Zahlreiche Einzelstudien in verschiedenen Settings zeigen ein signifikant besseres Therapieergebnis der Untersuchungsgruppen mit Psychoedukation gegenüber ihren Kontrollgruppen. Hoffnungsvoll stimmen Befunde, die nach Hinzuziehung von Psychoedukation bei Patienten nicht nur eine verbesserte Compliance, sondern auch eine geringere Rückfallquote festgestellt haben (z. B. Penn, Mueser, 1996; Pharoah, Rathbone, Mari et al., 2003; Pitschel-Walz, Leucht, Bäumel et al., 2001). *Puschner et al.* (2005) hingegen gelangen zu der Überzeugung, dass Compliance mit kognitiv-behavioralen Verfahren wesentlich besser als mit Psychoedukation zu steigern sei. Publikationen zum Thema unter Verwendung dieses spezifischen Begriffs sind bei psychischen Erkrankungen, die nicht dem schizophrenen Formenkreis zuzurechnen sind, außerordentlich rar. Hingegen ist die umfangreiche Information der Patienten über seine Erkrankung sowie Ablauf und Ziel des therapeutischen Prozesses, wenn auch nicht unter dem Namen „Psychoedukation“, ein Grundprinzip der Verhaltenstherapie (Rabovsky, Stoppe, 2006).

Im Allgemeinen kann aber davon ausgegangen werden, dass mit umso stärkeren Widerständen seitens der Erkrankten zu rechnen ist, je komplexer die ärztlichen Anordnungen ausfallen und je länger der avisierte Zeitrahmen der Maßnahmen angelegt ist. Reagiert das soziale Umfeld des Patienten aufgeschlossen auf die therapeutische Empfehlung und fühlt der Patient zugleich einen starken Leidensdruck, stehen die Chancen gut, dass dieser eine Therapie beginnt und sie auch durchhält (Köcher, 1982). Auch konkrete Empfehlungen und Hilfen sowie ärztliche Hinweise auf die Notwendigkeit der Behandlung und schließlich die intensive Begleitung durch den Therapeuten tragen dazu bei, dass der Patient sich bereitwilliger auf das vom Behandler vorgeschlagene Konzept, wie auf eine psychotherapeutische Behandlung, mit dem Ziel seiner Gesundheit einlässt (Strauß et al., 1991).

### **3.4 Die Bedeutung von Leidensdruck und Krankheitsgewinn bei der Psychotherapie-Motivation**

Leidensdruck und Krankheitsgewinn werden in der Literatur als entscheidende Kriterien für die Bereitschaft des Patienten angesehen, sich motiviert und engagiert auf eine psychotherapeutische Behandlung einzulassen. Inzwischen lässt sich auf eine Vielzahl von Studien zum Themenkomplex Psychotherapie-Motivation und Krankheitskonzept psychisch Erkrankter zurückgreifen. Sie widmen sich in der Mehrheit der Untersuchungen der abhängigen Variablen, also der Frage, von welchen Faktoren Motivation beeinflusst wird. Vor allem der Einfluss des Leidensdrucks spielt in zahlreichen Studien eine zentrale Rolle (z. B. Graupe, 1984; Keithly et al., 1980; Kernberg et al., 1972, 1973; Maercker et al., 2005; Schneider, 1986; Schröder, 2002; Schweickhardt, Leta und Bauer, 2005; Sifneos, 1968, 1971, 1978; Silverman, 1964).

Schon *Freud* (1913) bezeichnete den aus dem Leidensdruck entspringenden „Heilungswunsch“ eines Patienten als den „Motor der Therapie“ (S. 477) und geht sogar so weit, psychoanalytische Behandlungen bei Patienten gar nicht erst anzuwenden, wenn diese „sich nicht selbst durch ihre Leiden in die Therapie gedrängt fühlen“ (Freud, 1915, S. 2).

*Heigl* (1972, 1978) fasst den Leidensdruck von Patienten analog der Freudschen Position ebenfalls als direkte Voraussetzung für Psychotherapie-Motivation auf. Als Grund für den hohen Stellenwert sieht *Heigl* zum einen, dass nur echtes Leiden den Patienten dazu bringe, sich um Aufklärung der Ursachen seiner Symptome zu bemühen und die damit einhergehende so genannte „Unlust“ in Kauf zu nehmen. Als zwingend nimmt *Heigl* des Weiteren an, dass der Erkrankte sich nur dann verändern möchte, wenn das Leiden an den eigenen Behinderungen bzw. an der Symptomatik größer ist als der Gewinn, den er aus der Krankheit zieht. Daher sei primär stets abzuklären, was die Symptomatik für den Patienten selbst bedeute. Leidet der Betroffene mehr an der realen, objektiven Behinderung durch seine Erkrankung, oder leidet er mehr an den irrealen Folgen der Beschwerden, wie subjektivem Prestigeverlust und der Abwendung von Angehörigen und Freunden?

Nach *Blankenburg* (1981) lässt sich das Ausmaß des Leidensdrucks am Wunsch des Patienten nach Genesung ablesen. In der Regel bedeutet das, dass sich der Patient im Zuge einer psychotherapeutischen Maßnahme bereit erklärt, zumindest zeitweise weiteres Leiden auf sich zu nehmen. Nur wenn der reale Leidensdruck das zu erwartende Leiden übersteige, könne daraus Motivation entstehen. Der Leidensdruck wird dann zum allgemeinen motivierenden Faktor, der beim Patienten den Wunsch nach Genesung reifen lässt und den Willen, sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen, entscheidend beeinflusst (Nübling, 1992).

Wie wir gesehen haben, spielt der Leidensdruck des Patienten eine elementare Rolle im Kräftespiel um die Entscheidung, Psychotherapie auf sich zu nehmen oder nicht. Allerdings muss die psychische Erkrankung für den Betroffenen nicht zwangsläufig negativ behaftet sein, im Gegenteil, der Patient kann im Leiden unter Umständen auch Vorteile entdecken. Man spricht dann vom Krankheitsgewinn. Eine entsprechende erfolgreiche Psychotherapie bewirkt Minderung des Leidensdrucks. *Freud* (1913) prägte in diesem Zusammenhang den Terminus des Krankheitsgewinns als direkten Antagonisten des Leidensdrucks. *Freud* sieht dieses Phänomen vor allem in der Relation des Kranken zu seinem Umfeld. In dieser Beziehung entsteht der „Gewinn, den der Kranke aus den Symptomen zieht, weil sie ihm objektive Vorteile verschaffen“ (Hoffmann und Hochapfel, 1999, S. 61). Therapeutische Erfolge sind nach Dafürhalten *Freuds* nur dann möglich, wenn der Krankheitsgewinn vom Leidensdruck übertroffen wird.

*Freud* unterscheidet in der oben zitierten Arbeit zwischen primärem und sekundärem Krankheitsgewinn. Demnach gründet sich primärer Krankheitsgewinn auf innere bzw. direkte Vorteile, die der Patient aus seinen Symptomen zieht. Dem Kranken ermöglicht seine Krankheit zum Beispiel die Vermeidung von Konflikten, denen er sich als gesunder Mensch stellen müsste, oder er umgeht damit unangenehme Situationen. Nicht selten beobachtet man in solchen Fällen bei Patienten z. B. ein Erkranken vor Prüfungen als letztes Mittel der Situationsvermeidung. Zwar erlebt er die Symptome seines Leidens nach wie vor als unangenehm, er nimmt sie jedoch in Kauf, weil sie ihn vor schwierigen Entscheidungen bewahren. Auch kann es sein, dass der Kranke den inneren Konflikt als solchen gar nicht erkennt. Zwar mag er sich seiner momentan ausweglos erscheinenden Lage und der damit einhergehenden Schwäche bewusst sein, er bringt seinen Zustand aber nicht mit der Krankheit und ihren Symptomen in Verbindung.

Als sekundären Krankheitsgewinn bezeichnet man die äußeren Vorteile, die der kranke Mensch aus bestehenden Symptomen ziehen kann. Die Spielarten können ein weites Feld abdecken, angefangen beim Zugewinn an Aufmerksamkeit, die der Betreffende durch seine Diagnose in seinem sozialen Umfeld genießt, bis hin zu materiellen Vorteilen, etwa bei Lohn-/Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall oder Verrentung bei Invalidität. Auch der Fürsorgeaspekt ist ein entsprechendes Motiv. Das heißt, wer im Alltag mit Antipathien seiner Mitmenschen zu kämpfen hat, darf als Patient auf Versorgung und Beachtung durch das medizinische Personal hoffen.

Der tertiäre Krankheitsgewinn schließlich sichert der Umgebung des Erkrankten Vorteile. In solchen Fällen profitieren beispielsweise Angehörige von Patienten von deren Erkrankung, weil sie nun als Wegbegleiter das Gefühl bekommen, gebraucht zu werden oder besondere Kompetenzen zu erlangen. In extremen Fällen betrachten sich diese Personen sogar als Heilsbringer (Biegel, Schulz, 1991).

In einer Studie der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg wurde das Verhältnis von Leidensdruck und Psychotherapie-Motivation bei 155 Patienten, die eine psychosomatische Ambulanz aufgesucht hatten, eruiert. Man erhob Daten während dreier Zeitpunkte, und zwar erstens bei der Indikationsstellung, dann drei Wochen später und schließlich nach sechs Monaten. Die Patienten wurden jeweils gefragt, ob sie psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen hätten. Es zeigten sich bei der Auswertung der Untersuchung signifikante Zusammenhänge zwi-

schen Leidensdruck und Kontaktaufnahme zu einem Psychotherapeuten. Patienten, die stark litten, waren bei Indikationsstellung entsprechend motivierter, sich einer psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen. Anders entschied sich die Probandengruppe mit niedriger Anfangsmotivation. Die Variable „Hoffnung auf Beschwerde-Besserung“ kristallisierte sich in dieser Studie als Parameter mit hohem Stellenwert heraus. Die Inanspruchnahme von Psychotherapie-Angeboten erwies sich im Übrigen als relativ unabhängig von Alter, Geschlecht und psychischer Symptomatik der Patienten (Schweickhardt, Leta, Bauer, 2005).

Untersuchungen, die zu anderen Ergebnissen gelangen, sind seltener. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang eine neuere Studie von *Schröder* (2002), der zu diametral anderen Schlüssen kommt. Hier wurde mit Hilfe von Fragebögen die dispositionelle Selbstaufmerksamkeit von Psychotherapie-Patienten und ihr Leidensdruck untersucht. *Schröder* befragte insgesamt 199 Probanden während der Therapie an jeweils drei Zeitpunkten. Hier waren es gerade die Patienten mit hohem Leidensdruck, die sich wenig motiviert zeigten und auf die Angebote nur wenig oder gar nicht eingingen. Erklärt wurde das Phänomen mit den größeren Schwierigkeiten dieser Probanden hinsichtlich Selbstreflexion und Selbstöffnung.

### **3.5 Die Behandlungserwartung und das subjektive Krankheitskonzept des Patienten und ihr Einfluss auf seine Motivation zur Psychotherapie**

Bevor ein Patient sich auf eine psychotherapeutische Behandlung einlässt oder zu einem Erstgespräch in eine psychotherapeutische Einrichtung geht, hat er im Allgemeinen eine bestimmte Erwartungshaltung und ein individuelles Krankheitskonzept entwickelt oder sogar einen konkreten Behandlungswunsch für sich definiert. Er bringt meist schon mehr oder weniger ausformulierte Vorannahmen darüber mit, worin sein Problem bestehe, worauf es zurückzuführen sei und wie ihm nach seinem Dafürhalten am besten geholfen werden könne. Es gehört somit zur Aufgabe des Therapeuten, gemeinsam mit dem Patienten ein Verständnis dieses Problems zu erarbeiten (z.B. Beutler und Clarkin, 1990; Kächele und Kordy, 1995). Dieser Prozess ist grundlegend für die Psychotherapie-Motivation des Patienten und ein entscheidendes Kriterium für den Therapieerfolg.

Die Behandlungserwartung des Patienten ist abhängig von seinen Vorstellungen, Wünschen und Zielen bezüglich Form und Inhalt einer möglichen Behandlung. Es ist davon auszugehen, dass bei jedem Patienten die Erwartung hochindividuell ist, da sie mit dessen Lebensgeschichte korreliert (Schöl und Künsebeck, 1984). Hierbei spielen auch Kognitionen unter Umständen eine größere Rolle, z.B. Krankheitstheorien, die der Patient kennen gelernt oder selbst entwickelt hat und deren Einbeziehung mit darüber entscheiden kann, ob er eine bestimmte Therapie als hilfreich ansieht, oder ob er sie, im negativen Fall, als ineffektiv ablehnt (Franz, 1993). Sein Behandlungswunsch basiert sowohl auf bewussten Motiven, etwa der Vorstellung von Therapie und Heilung, als auch auf verborgenen, unbewussten Motiven. Unterscheiden sich die Zielrichtungen der Motive, können diese, trotz bewusster Einwilligung des Patienten in die Form der Therapie, den Erfolg der Behandlung einschränken (Ruff, 1987).

Im Jahr 1968 legte *Plaum* als einer der ersten eine empirische Studie vor, die die Erwartungen von Psychotherapie-Patienten zum Gegenstand der Forschung erhob. Aus der Vielzahl der individuell dargelegten Eigenkonzepte der Betroffenen über Ursachen und Art ihrer Erkrankung und Vorstellungen, die sie über eine bestimmte Therapieform äußerten, klassifizierte *Plaum* nach drei vorherrschenden Motivtypen. Seine Patienten erfüllten demnach die Kriterien für psychologische, organische und „inkonsistente“ Krankheitstheorien. Es folgten in den Jahren darauf eine ganze Reihe von Untersuchungen, die sich ebenfalls mit dem Thema Behandlungserwartung und Krankheitskonzept des Patienten beschäftigten.

Dass das subjektive Krankheitskonzept neben der Behandlungserwartung einen großen Einfluss auf die Motivation zur Psychotherapie besitzt, hat eine Vielzahl von Autoren bestätigt.

Faller (1997) definiert „Subjektive Krankheitstheorien“ als Vorstellungen von Patienten über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung ihrer Erkrankung. Über diesen spezifischen Bereich subjektiver Erfahrung hinaus, nämlich Krankheit, implizieren Faller und andere Autoren, dass mit diesem Begriff weitere Aspekte der emotionalen Anteile solchen Wissens und der darin eingeflossenen Erfahrungen und Befürchtungen zu berücksichtigen sind (Faller, 1989; Verres, 1989; Flick, 1998). Auch impliziert der Begriff spezifische Funktionen, die insbesondere im Umgang mit der Erkrankung, deren Bewältigung und der Regulation der damit verbundenen Ängste gesehen werden können.

Nach Linden (1985) sind Krankheitskonzepte als Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen eines Menschen hinsichtlich seines Gesundheitszustandes definiert. Personen sammeln aus unterschiedlichen Quellen krankheitsspezifische Informationen und entwickeln daraus Theorien und Vorstellungen, die sie die Krankheit besser verstehen lassen und den Umgang mit ihr bestimmen. Aber sie repräsentieren nicht nur durch Wissen erworbene Aspekte, sondern auch individuelle Einstellungen sowie Erwartungen des Patienten an den Arzt und die Behandlung. Mit subjektivem Krankheitskonzept sind daher die Annahmen der Patienten zu verstehen, die sie mit einer bestimmten Krankheit assoziieren. Dies führt dann zu einer größeren Zufriedenheit beim Patienten und somit auch zu einer besseren Compliance.

Zahlreiche Autoren sind der Auffassung, dass das Wissen um das individuelle Krankheitskonzept des Patienten essentiell für die Zusammenarbeit und den Erfolg der Therapie ist (z. B. Lindert et al., 2008; Schäfer und Bischoff, 2002).

Das Krankheitskonzept eines Patienten basiert auf seiner Weltanschauung, Erfahrung und kulturellen Identität und wird aufgrund dieses Koordinatensystems erstellt. Dadurch, dass sich der behandelnde Therapeut die Persönlichkeitsstruktur und das daraus resultierende Krankheitskonzept des Patienten verdeutlicht, kann ein besseres Verständnis zwischen Arzt und Patient entstehen und eine individuelle Therapieplanung erfolgen. Zusätzlich kann hierdurch auch eventuellen Problemen, in der Therapie vorgebeugt werden (Linden, 1982).

*Bergin* und *Strupp* (1972) z. B. interessierte die Art der Motivation der Hilfesuchenden. Sie unterschieden zwischen zwei Arten von Patienten: dem eher passiven, Rat suchenden Typus und einem komplementären Typus, der aktiv seine Probleme zu lösen versucht. Größere Behandlungschancen werden erwartungsgemäß dem aktiven Typus eingeräumt. *Ahrens* sowie *Ahrens* und *Elsner* (1981) wiederum klassifizieren bei ihren psychosomatischen Patienten nach „außenbezogenem stressorientiertem und innenbezogenem persönlichkeitsorientiertem Krankheitskonzept.“

*Ruff* und *Werner* (1987) legen in Anlehnung an *Keller* (1981) den Behandlungswünschen der Patienten vier Motive zugrunde, die bewusst oder unbewusst artikuliert werden: 1. Motive, über die maßgeblich die aktuelle Situation entscheidet, das können Einstellungen der Mitmenschen sein, das Verhalten des Therapeuten oder der übrigen Umwelt. 2. Der Disposition gehorchende Motive, also solche,

die seine somatische und psychische Konstitution berücksichtigen, wie z. B. körperliche Erkrankungen, eine eventuell vorliegende Behinderung oder eine besondere Persönlichkeitsstruktur. 3. Motive, die sich von den Absichten und Zielen des Patienten herleiten lassen, wie z. B. seinem Lebensentwurf und seinen Wertvorstellungen. Auch sie können auf sein Krankheitskonzept bzw. seine Krankheitstheorie Einfluss nehmen. 4. Motive, die auf das zur Verfügung stehende Therapieangebot abheben. Stimmt das Therapieangebot in seiner Zielrichtung mit der Vorstellung des Patienten überein, so wird der Patient voraussichtlich ein Arbeitsbündnis mit dem Therapeuten eingehen.

*Nübling* (1992) unterschied bei seinen Patienten ebenfalls zwischen einer psychotherapeutischen und einer medizinisch-somatischen Behandlungserwartung. Die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Interventionen stand auch hier mit der Behandlungserwartung im Zusammenhang. *Peters* und *Löwenberg* (1993) formulierten vier Aspekte der Behandlungserwartung: Eine symptomorientierte sowie eine problemorientierte Erwartung, ferner den Wunsch nach Ruhe und Erholung oder die Hoffnung, soziale Kontakte zu knüpfen. *Finke* et al. (1995) untersuchten in einer psychiatrischen Klinik die Behandlungsziele von Patienten mit neurotischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder schizophrenen Erkrankungen. „Lebensmut und Selbstvertrauen“ zu finden wurde am häufigsten angegeben. Dann folgten „Klärung der Lebensschwierigkeiten“, „Rückgang der Beschwerden“ und „Zunahme der Leistungsfähigkeit“. An letzter Stelle der untersuchten Behandlungsziele rangierten „individuelle Selbsterfahrung“ und „Verbesserung der Beziehungsfähigkeit“.

In einer Untersuchung von *Fritzsche* et al. (2003) wurden im Rahmen eines psychosomatischen Liaisondienstes in der Neurologie des Universitätsklinikums Freiburg 84 Patienten auf den Zusammenhang zwischen Behandlungsbedarf (nach persönlicher Einschätzung) und tatsächlich vorgenommener psychotherapeutischer Versorgung untersucht. Hierbei wurde die Fremdbeurteilung durch den Therapeuten mit der Selbsteinschätzung des Patienten verglichen. Den Patienten wurden neben psychotherapeutischen Gesprächsangeboten Entspannungsverfahren empfohlen. 71 Prozent von ihnen gaben an, dass sie mindestens eines der Angebote gerne annähmen. Das Ergebnis der Studie zeigt aber, dass die Urteile, zu denen Patient und Therapeut unabhängig voneinander gelangen, selten übereinstimmen. Dass Betroffene und Therapeuten zu unterschiedlichen Schlüssen kommen, was das Behandlungskonzept betrifft, kann viele Gründe haben. Nicht selten haben sich auf Patientenseite bereits Meinungen über die Krankheit und ihre therapeutischen Möglichkeiten verfestigt. Außerdem kann neben Behandlungsmotivation und objektivierbaren psychosozialen Belastungen des Betroffenen auch auf Seiten des Therapeuten die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbeurtei-

lung untermauert werden. Hierzu zählen z. B. Probleme mit der frühen Diagnosefindung sowie institutionelle Faktoren, wie Zeit und Verfügbarkeit des Behandlers.

*Schneider et al.* (1999) untersuchten in einer Studie insgesamt 219 Patienten hinsichtlich ihrer Behandlungserwartung. Die 135 weiblichen und 84 männlichen Probanden waren zwischen 17 und 58 Jahre alt. Sie unterzogen sich zum Zeitpunkt der Untersuchung einer stationären, psychodynamisch orientierten Gruppenpsychotherapie mit zum Teil verhaltenstherapeutischen Elementen. 207 Patienten konnten nach ICD-10 diagnostiziert werden. Danach litten 24,2 Prozent an Angst- und Zwangsstörungen und 20,8 Prozent an somatoformen und dissoziativen Störungen. Bei 14 Prozent wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und bei 8,2 Prozent eine Essstörung. Den Patienten wurde bei ihrer Aufnahme und Entlassung jeweils der Fragebogen zur Messung der Psychotherapie-Motivation (FMP) vorgelegt. Außerdem befragte man sie gemäß der Symptomcheckliste (SCL-90-R) und dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP). *Schneider et al.* fanden einen systematischen Zusammenhang zwischen initialer Behandlungserwartung der Patienten und Therapieerfolg. Bei angemessener Behandlungserwartung und Therapie-Motivation, so zeigte sich, treten weniger kognitive und affektive Unstimmigkeiten auf. Patienten mit psychotherapeutischer Behandlungserwartung profitierten hier deutlich stärker von der Psychotherapie als Patienten, die sich anfangs eine organmedizinische Behandlungserwartung gewünscht hatten und umdenken mussten. Die therapeutischen Maßnahmen führten bei den Patienten, bei denen die Erwartung mit der Behandlungsart übereinstimmte, zu nachhaltigen Erfolgen.

Auch *Garfield* (1994) stellt in einer Reihe von Studien einen positiven Zusammenhang zwischen Erwartungsstärke und Therapieergebnis fest. Wie *Schneider et al.* unterstreicht auch *Garfield* die Relevanz einer angemessenen Behandlungserwartung auf Seiten des Patienten. Allerdings scheint zwischen diesen Parametern kein linearer Zusammenhang zu bestehen. Ist die Behandlungserwartung eines Patienten zu hoch, kann sich das auch negativ auf seine Motivation zur Psychotherapie auswirken.

Die Aufstellung in diesem Kapitel macht deutlich, dass die Vorstellung des Patienten davon, wie seine Probleme therapeutisch zu behandeln seien, eine wichtige Einflussgröße auf dem Weg zu seiner Gesundheit darstellt. Seine Einstellung bestimmt den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung maßgeblich mit.

Die Behandlungserwartung der Patienten ist somit als integraler Bestandteil ihrer subjektiven Krankheitstheorie anzusehen. Um die Chance für das Zustandekommen bzw. die Aufrechterhaltung einer therapeutischen Beziehung zu erhöhen, sollte der Erwartungshaltung des Patienten größere Aufmerksamkeit zuteil werden. Zudem hat die Auswahl an Studien gezeigt, dass die Aufteilung in „organmedizinische“ und „psychotherapeutische“ Behandlungserwartung zu simpel ist. Eine genaue und differentielle Indikation macht es vielmehr erforderlich, differenziertere Ansätze zu entwickeln, die den Patientenvorstellungen gerecht werden (Faller, 1998).

### **3.6 Der Stellenwert der Patient-Therapeut-Beziehung in der Psychotherapie**

Als wesentliche Voraussetzung für den Erfolg einer Psychotherapie gilt das Verhältnis von Therapeut und Patient zueinander. Oft ist der Beginn einer Behandlung geprägt durch asymmetrische Erwartungshaltungen beider Seiten sowie einem spürbaren Spannungsverhältnis. Der Patient versteht sich unter Umständen als Experte der eigenen Individualgeschichte. Wenngleich er auf externe Hilfe angewiesen ist, besitzt er in der Regel Vorstellungen davon, wie ihm zu helfen sei. Der Behandler verfügt aus seiner Perspektive als Spezialist über das Wissen zu Entstehung und Verlauf der Erkrankung, basierend auf zahlreichen vergleichbaren Fällen, die er als Therapeut im Laufe seiner beruflichen Praxis kennen gelernt hat (Helmchen 2005). Als wichtig erweist sich in dieser Situation die Fähigkeit von Arzt und Patient, eine gewisse Kongruenz der Erwartungshaltungen herzustellen. Ist das „Schisma“ zu groß, wird die Therapie scheitern oder gar nicht zustande kommen. Lässt sich hingegen eine Einigung erzielen, indem es dem Therapeuten zum Beispiel gelingt, im Erstgespräch Überzeugungsarbeit zu leisten und dem Erkrankten die Notwendigkeit einer Behandlung nahe zu legen, so steigt auch die Chance eines wachsenden Miteinanders und damit des Therapieerfolgs.

In der Literatur ist wiederholt darauf aufmerksam gemacht worden, dass bereits frühe Phasen des Therapiegesprächs für den Behandlungserfolg entscheidend sind. Hinsichtlich der Indikationsstellung werden in der Psychotherapie zwei Aspekte unterschieden. Bei der „selektiven“ Indikation geht es für den Therapeuten darum, zu entscheiden, ob beim jeweiligen Patienten überhaupt eine Therapie indiziert ist, und wenn ja, welches Verfahren geeignet erscheint (Zielke, 1979). Erst im Verlauf der Behandlung kommt die „adaptive“ Indikation zum

Tragen. Damit sind Entscheidungen des Arztes gemeint, die mit einer Harmonisierung verglichen werden können und die vom Patienten in der Regel mitgetragen werden, da ein Arbeitsverhältnis bereits besteht. Die Frage der Therapievereinbarung, also die „selektive“ Indikation und der Konsens mit dem Patienten, ist für dessen Psychotherapie-Motivation ein Kriterium mit weit reichenden Folgen (Scheidt et al., 2003).

Kommt es zur psychotherapeutischen Behandlung, kann der Therapeut also schon beim Gesprächsbeginn wichtige Weichenstellungen für ein zuträgliches Klima der Begegnung vornehmen. Durch differenzierte Gesprächsführung des Behandlers, wie eine impuls- und triebfreundliche Haltung: „Sprechen Sie, wie Ihnen zumute ist!“, symptomorientierte Begleitung: „Wie schlimm ist es denn?“ oder Ich-stützende Affirmation: „Sie haben ja auch einiges gut für sich gelöst!“ kann die Motivation des Patienten zur Psychotherapie, insbesondere bei männlichen Erkrankten, deutlich verbessert werden (Franz et al., 1990). *Blaser* (1977) kann in einer Studie nachweisen, dass sich bei einem diagnostischen Gespräch mit dem Ziel einer Indikationsstellung für eine Behandlung eine Kovarianz zwischen erwünschten Patienteneigenschaften und positiver affektiver Haltung des Therapeuten ergibt. Umgekehrt zeigen *Keithly* et al. (1980), wie die Zurückhaltung wenig motivierter Patienten beim Erstgespräch die Beziehung zwischen Patient und Behandler ungünstig beeinflussen kann.

Einerseits kann der Therapeut durch ein offenes und zugängliches Verhalten ein zuträgliches Klima schaffen, in dem das Arzt-Patienten-Verhältnis wächst und in eine erfolgreiche Behandlung mündet. Andererseits können Unnahbarkeit oder ein sprödes Gesprächsklima das Gegenteil bewirken und beim Patienten Gefühle von Feindseligkeit und Distanz gegenüber seinem Behandler hervorrufen mit absehbaren Folgen für das Ergebnis der Therapie (*Keithly* et al., 1984). Gelegentlich wird Therapeuten der Vorwurf gemacht, sie bevorzugten sogenannte YAVIS-Patienten (young, attractive, verbal, intelligent, successful) (*Schofield*, 1974). Diese Auswahlkriterien, sollten sie tatsächlich ein Maßstab sein, haben natürlich weniger mit Persönlichkeit, Krankheitsbild und Behandlungsbedürfnissen des Patienten zu tun (*Rudolf, Grande und Porsch*, 1988).

*Heath* (1984) untersuchte in seinen Arbeiten die nonverbale Kommunikation zwischen Therapeut und Patient. Sucht demnach der Arzt häufiger den Blickkontakt mit seinem Patienten, kann sich das sehr förderlich auf dessen Selbstöffnung auswirken. *Linden* (1979) zitierte in diesem Zusammenhang eine Untersuchung von

*MacDonald*. Ein positives Arzt-Patient-Verhältnis kann demnach die Compliance-Rate von 42 auf 68 Prozent verbessern. *MacDonald* konnte dadurch die Therapieabbruchrate bei seinen Patienten signifikant reduzieren. Auch andere Autoren berichten, wie stark sich eine Arzt-Patient-Beziehung auf die Compliance auswirken kann. *Lamprecht* (1979) beispielsweise wies darauf hin, dass Noncompliance letztlich als Folge einer Kommunikationsstörung zwischen Arzt und Patient verstanden und interpretiert werden kann. Auch *Strauß* (1991) glaubt, dass die Natur der therapeutischen Beziehung für die Motivation von Behandler und Patient ein entscheidender Faktor ist und somit für den Behandlungserfolg ein maßgebliches Kriterium darstellt. Die Motivation lässt sich auf beiden Seiten steigern, wenn das jeweilige Angebot beim Gegenüber auf Resonanz stößt. Im Idealfall besteht Einigkeit über das Behandlungskonzept und man kooperiert miteinander (*Rudolf, Grande und Porsch, 1988*). Laut *Franz et al.* (1990) erscheint es denkbar, dass ein Offenheit fördernder interaktioneller Prozess im Rahmen eines Motivationsgespräches zu einer erhöhten Therapieakzeptanz beiträgt. Je offener sich das Gespräch mit dem Patienten gestaltet, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass er sich auf das Therapieangebot einlässt.

Die besonderen Strukturen histrionischer Persönlichkeiten belasten die Arzt-Patient-Beziehung zusätzlich, weil die Grundangst dieser Patienten gerade darin besteht, durch Regeln und Anordnungen „festgehalten“ zu werden. Entsprechend kritisch werden die Vorschläge des Therapeuten von diesen Erkrankten gesehen. Sie werden in der Regel versuchen, aus dem Behandlungsprogramm auszubrechen und die ärztlichen Weisungen zu unterlaufen. Zudem hat diese Patientengruppe häufig das Empfinden, sich in einem Rollenspiel zu befinden. Das verbale und nonverbale Verhalten des Patienten wirkt dann auf den Behandler unecht und nicht authentisch. Nicht nur der Therapeut leidet unter dem Zustand, dass der Erkrankte Gefühlsinhalte nicht wirklich äußern kann. Andererseits kann die Wandlungsbereitschaft des Erkrankten auch das gegensätzliche Verhalten im Behandler provozieren (*Fischer, Gebhardt, Jahr, 1986*). Der erkrankte Patient zwingt ihn, die ohnehin recht künstliche Spaltung seiner Person in einen professionellen Therapeuten und in ein privates Individuum aufzugeben (*Winker, 1988*). Eine starke, übertriebene Anpassung an die Wünsche und Erwartungen des Arztes sowie Verführungen zum Rollenspiel im Rahmen der Psychotherapie können beiderseits zu einer befriedigenden Beziehung führen (*Fischer, Gebhardt, Jahr, 1986*).

# 4 Ursache und Diagnostik der Synkope

Unsere Patienten der Untersuchungsgruppe leiden unter unklaren Synkopen, ein Krankheitsbild, welches vielfältige Ursachen haben kann und daher eine umfangreiche Diagnostik benötigt. Definiert wird die Synkope (griech. synkopein: zerschlagen) als ein flüchtiger Bewusstseinschwund des Menschen, der mit dem Verlust sämtlicher Reaktionen, des Tonus seiner Skelettmuskulatur und seines Stehvermögens einhergeht und von dem sich der Patient in der Regel spontan und ohne Notwendigkeit von Wiederbelebungsmaßnahmen erholt (Gurtner, 1984).

## 4.1 Ursache und Häufigkeit von Synkopen

Die Entstehung von Synkopen kann viele Gründe haben. Nach den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (2004) werden Synkopen wie folgt klassifiziert:

1. Reflexvermittelte Synkopen (vasovagale Synkopen)  
Hier kommt es zur Auslösung von Reflexen, die zu einer Vasodilatation und Bradykardie/Asystolie führen können.
2. Orthostatisch bedingte Synkopen  
Es wird die Ursache auf das Unvermögen des autonomen Nervensystems zurückgeführt, eine orthostatische Hypotension durch Vasokonstriktion auszugleichen.
3. Synkopen durch Herzrhythmusstörungen  
z. B. Bradykardie oder Tachykardie, die zu einer Verminderung der kardialen Auswurfleistung führen können.
4. Synkopen durch strukturelle Herz-Lungen-Erkrankungen  
Hierbei besteht ein Unvermögen des Herzens, seine Auswurfleistung den zirkulatorischen Erfordernissen entsprechend zu steigern, z. B. bei einer Lungenembolie oder durch eine Aortenstenose.

### 5. Synkopen durch zerebrovaskuläre Störungen

Es handelt sich um sogenannte Steal-Syndrome, welche sehr selten vorkommen.

Synkopen anderer krankhafter Zustände mit tatsächlich oder scheinbar beeinträchtigter Bewusstseinslage werden hier abgegrenzt. In diesem Zusammenhang sind vor allem metabolische Störungen, wie Hypoxie, Hyperventilation, Hypokapnie, Hypoglykämie, Epilepsie und Intoxikationen zu nennen. Darüber hinaus sind scheinbare Bewusstseinsstörungen im Rahmen von psychosomatischen Erkrankungen, Kataplexie oder Sturzanfällen (drop attacks) nach der aktuellen Klassifikation nicht den Synkopen zuzuordnen.

Mit Synkopen machen viele Menschen Erfahrungen. Bei etwa 40 Prozent aller Menschen ereignet sich in ihrem Leben mindestens eine Synkope (Savage, Corwin, McGee et al., 1985). Untersuchungen aus den USA belegen, dass bei mindestens drei Prozent der Patienten in der Krankenhausnotaufnahme Synkopen vorangegangen waren und dass insgesamt sechs Prozent der Krankenhauseinweisungen auf Synkopen als Ursache zurückgehen (z.B. Kapoor, 1998; Day et al., 1982). Der Anteil der Patienten, bei denen nach ausführlicher Diagnostik keine Ursache für die Synkopen festgestellt werden konnte, liegt mit etwa einem Drittel relativ hoch (Krahn et al., 1998). Vor allem die vorübergehende Symptomatik erschwert eine sichere Zuweisung der Ursache. Der Arzt bekommt den Patienten häufig erst zu Gesicht, wenn dessen Bewusstlosigkeit vorüber ist. Besonders bei jungen Patienten kann die Ursache ihrer Synkope selbst nach umfangreicher internistischer, kardiologischer und neurologischer Diagnostik häufig nicht sicher ermittelt werden (Manolis et al., 1990).

*Kapoor et al. (1983)* suchten in einer Studie nach den Ursachen von Synkopen. Es handelte sich um eine Patientengruppe mit gemischtem Krankheitsgut aus Ambulanz und Aufnahmestation im Alter von  $55,8 \pm 16,6$  Jahren. Das Ergebnis untermauert die oben beschriebene Unklarheit in der Ätiologie des Bewusstseinschwunds. Nur bei 107 von 204 Patienten konnte man die Synkope klinisch klären. Von den 107 diagnostisch geklärten Fällen entfielen 53 auf kardiovaskuläre und 54 auf nicht-kardiovaskuläre Synkopen. In der Gruppe der nicht-kardiovaskulären Synkopen konnten bei neun Patienten reflexvermittelte (vasovagale) Synkopen diagnostiziert werden.

Die folgende Tabelle soll Aufschluss über die Prävalenz der Synkopenursachen geben (Krahn et al., 1998):

Ursache	Prävalenz [%]
Reflexvermittelt:	25
Karotis-Sinus-Syndrom	2
Orthostatische Hypotonie	9
Medikationsbedingt	3
Psychiatrisch	2
Neurologisch	10
Kardial	15
Unbekannt	34

Tabelle 4.1: Synkopenursachen und Prävalenz der Ätiologien

## 4.2 Diagnostik von Synkopen

Heute stehen zahlreiche Untersuchungen zur Verfügung, die helfen, die Ursache von Synkopen aufzuklären. Eine entsprechende Empfehlung zur Diagnostik wurde von der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft (2004) ausgesprochen.

Wichtigste primäre Untersuchungsmaßnahme ist demzufolge die Anamnese. Detailfragen vor allem zum zeitlichen Ablauf sowie den Begleitumständen der Bewusstlosigkeit sind zur Klärung der Ursache wichtig. Hinzu kommen die Frage nach möglichen Grunderkrankungen sowie eine genaue Medikamentenanamnese. Auch eine umfassende körperliche Untersuchung zusammen mit Blutdruckmessung und Ruhe-EKG gehören zur Primärdiagnostik. Als weitere Untersuchungsmethoden kommen Kipptisch-Test, Langzeit-EKG, Elektrophysiologische Untersuchung, Externer Loop-Rekorder, Echokardiographie sowie ein Belastungstest infrage. Eine zweifelsfreie Abklärung der Synkopenursache ist trotz zahlreicher Untersuchungsmethoden schwierig, da man den genauen Ablauf der Synkopenentstehung beim Einzelnen nur vermuten kann.

### **4.3 Differentialdiagnostik von reflexvermittelten und psychogenen Synkopen sowie von epileptischen Anfällen**

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt naturgemäß auf den Synkopen primär psychischer Genese mit unklarer Ursache. Wir möchten jedoch auch kurz auf die reflexvermittelten Synkopen sowie auf epileptische Anfälle eingehen, da die Differentialdiagnose oftmals erschwert ist.

Die reflexvermittelten Synkopen, früher als vasovagale Synkopen bekannt, nehmen eine Stellung zwischen den kardialen und den neurologischen Synkopen ein. Hierbei handelt es sich um Wechselwirkungen mit kardialen und zentralnervösen Komponenten. Bei der reflexvermittelten Synkope beobachtet man physiologisch eine Hypererregbarkeit der Mechanorezeptoren im linken Ventrikel, auf die das Kreislaufsystem mit starker Vagusaktivierung und Sympathikushemmung reagiert (Diehl und Berlit, 1995). Bewusstlosigkeit tritt bei einem systolischen Blutdruck zwischen 60 und 55 mmHg ein. Den Blutdruckabfall begleitet zunächst eine Pulsbeschleunigung, ehe die Herzfrequenz plötzlich von 60 auf bis zu 30 Schläge pro Minute abfällt. Das EEG zeigt, als Folge der Minderdurchblutung des Gehirns, eine Verlangsamung der Frequenz auf zwei bis vier Schläge pro Sekunde (Simons und Köhle, 1990).

*Van Lieshout et al.* (1991) unterscheiden die peripher und die zentral ausgelöste reflexvermittelte Synkope. Bei der peripheren Auslösung kommt es zunächst zu einem venösen „Blut-pooling“ in den Beinen. Das führt zu einem Mangel an Blut im linken Ventrikel. Der Druckabfall führt als Messgröße über Barorezeptoren zur Sympathikusaktivierung, wodurch der systemische Blutdruck stabilisiert werden kann. Im weiteren Verlauf lassen sich eine periphere Vasokonstriktion und Tachykardie bei geringer gefülltem linken Ventrikel beobachten. Das wiederum führt zur Erregung der ventrikulären Mechanorezeptoren mit Weiterleitung ins Kreislaufzentrum. Wird dabei die kritische Erregungsschwelle überschritten, kommt es zu einer neurokardiologischen Reaktion.

Als Ort der zentralen Auslösung nimmt man den Kortex an. Die Reaktion verläuft dann über den Hypothalamus zum Kreislaufzentrum.

Begünstigende Faktoren für die Auslösung von reflexvermittelten Synkopen bei jungen Menschen sind z.B. Angst, Blutsehen, Schmerzen, enge Räume, wie Diskotheken, Schlafentzug, Hunger oder übermäßiger Alkoholkonsum. Dem Bewusstseinsverlust, der zeitlich von wenigen Sekunden bis zu einigen Minuten dauern kann, gehen Lufthunger, Gähnen, Schwitzen, Nausea, Leeregefühl im Abdomen, Beinschwäche, Visusstörung und Bewusstseinstrübung voraus. Dieser reflexvermittelte Mechanismus wird bei 50 Prozent bis 90 Prozent der Synkopen jüngerer Patienten vermutet. Ältere Menschen dagegen erinnern sich oftmals nicht an Prodromi vor dem Auftreten von Synkopen. Verschiedene Autoren fanden bei älteren Patienten, die nach einer Ohnmacht wegen unklarer Ätiologie untersucht worden waren, als Synkopenursache ein Karotis-Sinus-Syndrom und zwar in 2 bis 50 Prozent aller Fälle (Cottier, 1997). Die Ursache, warum es bei Patienten mit reflexvermittelten Synkopen zu dieser Symptomatik kommt, ist bis dato nicht hinreichend geklärt. Kontrovers diskutiert wird ein grundsätzlich gesteigerter Vagustonus (z.B. Sneddon et al.; Sra et al., 1993). Auch eine Veränderung der zirkulierenden Katecholamine spielt wahrscheinlich eine pathophysiologische Rolle (Abboud, 1989; Sra et al., 1994).

Auch in Deutschland vergeht im Mittel ein Zeitraum von mehr als sieben Jahren gegenwärtig von der Erstmanifestation bis zur korrekten Diagnose der psychogenen Anfälle (Reuber, Fernández, Bauer et al., 2002). Die Ohnmacht tritt meist in einem zeitlichen Zusammenhang mit einem oder mehreren belastenden Ereignissen auf (Gleixner et al., 1998, 1999). Charakteristisch für diese Art von Synkopen sind ihre „dramatischen“ Begleitumstände häufig im Beisein von Zuschauern. So erscheint die Ohnmacht mit psychogener Ursache fast willkürlich auslösbar und von demonstrativem Charakter. Trotzdem wird davon ausgegangen, dass die psychogene Synkope zumeist ein unwillkürlicher äußerer Ausdruck einer psychischen Störung ist (Gates, 1998), und es sich nur in seltenen Fällen um willkürlich simulierte oder artifizielle Zustände handelt (Savard, Andermann, Teitelbaum et al., 1988).

Im Untersuchungslabor können Synkopen bei mehr als drei Viertel der Patienten durch Injektion von isotoner Kochsalzlösung, angekündigt als prokonvulsive Substanz, ausgelöst werden (Reuber und Bauer, 2003). Zu Beginn äußert der Patient Stöhnen und Keuchen und schließt dabei die Augen. Typisch ist die Aufgangsbewegung im langsamen Sturz, wobei es zu bizarren asynchronen, ausfahrenden und dramatischen Bewegungen kommt (Sturzenegger et al., 1996). Der Patient sinkt zu Boden. Zungenbisse im Rahmen der Eigenverletzung sind im Gegensatz zur Epilepsie sehr selten beschrieben worden, können aber an Lippen

und Zungenspitze auftreten, vereinzelt auch in der Zungenmitte. Auch Verletzungen beim Sturz oder Urin-Inkontinenz sind im Gegensatz zu epileptischen Anfällen sehr selten. Die Hautfarbe des Bewusstlosen verändert sich selten, seine Augenlider sind nur gegen Widerstand zu öffnen und können flattern, die Pupillenreaktion bleibt intakt (Scollo-Lavizzari und Lechner-Scott, 1997). Es kann zu Versteifen oder Überstrecken des Rumpfes, Kopfschütteln und ausschlagenden Bewegungen der Extremitäten kommen (Groppe, Kapitany, Baumgartner, 2000). Die Ohnmacht kann mehrminütig sein, wobei das Bewusstsein oft nicht ganz erloschen ist. Zu einer Veränderung von Blutdruck, Puls, Reflexen und EEG kommt es meistens nicht (Engel, 1962). Anschließend ist der Patient sofort wieder klar und voll orientiert (Scollo-Lavizzari und Lechner-Scott, 1997).

In der folgenden Tabelle sind differentialdiagnostische Kriterien von reflexvermittelten und psychogenen Synkopen dargestellt (Sturzenegger et al., 1996). Die vorgestellten Charakteristika sind nur fakultativ vorhanden, nicht erhebbar oder nur subjektiv wertbar.

Anfallscharakteristikum	Kardio-zirkulatorisch	Psychogen
Begünstigung	Orthostatisch: Stehen Arrhythmogen: jede Lage	Spezielle Lebenssituation Personelle Konstellation
Auslöser	Neurokardiogen: Angst, Schmerz, Schreck, postprandial	Evtl. Suggestion
Prodromi	Evtl. Schwindel, Schwitzen, Tachykardie, Nausea	Vielfältig, evtl. keine
Sturz	Schlagartig, wie ein Sack	Langsam, Auffangbewegung
Tonische Phänomene	Initial: atonisch Bei langer Dauer: generalisierter Strecktonus	Innerhalb eines Anfalls wechselnde Haltung
Klonische Zuckungen	Bei langer Dauer: klonische Phase	Regellose, asynchrone Bewegungen
Automatismen	Keine	„Um-Sich-Schlagen“, kombativ
Atmung	Flach, regelmäßig	Normal Evtl. Keuchen, Hyperventilation
Augen	Offen	Geschlossen, evtl. zugekniffen

Anfalls- charakteristikum	Kardio-zirkulatorisch	Psychogen
Puls	Evtl. schwach, evtl. rasend	Normal
Blutdruck	Normal oder niedrig bis unmessbar	Normal
Hautfarbe	Evtl. blass, später: tiefrot	Normal
Anfallsdauer	Variabel, evtl. nur Sekunden	Mehrere Minuten, evtl. Stunden
„Erwachen“	Sofort klar	Wie aus dem Schlaf
Verletzungen	Evtl. Prellungen	Kratzer, Schürfwunden, evtl. Zungenbiss

**Tabelle 4.2:** Differentialdiagnostische Hinweise der Anfallscharakteristika

Psychogene Synkopen treten möglicherweise häufiger auf als allgemein angenommen. Die Inzidenz in der Bevölkerung beträgt ungefähr drei pro 100.000/Jahr (Szaflarski, Ficker, Cahill et al., 2000), ihre Prävalenz wird mit zwei bis 33 pro 100.000 angegeben (Benbadis, Allen, 2000; Sigurdardottir, Olafsson, 1998). Diverse Autoren gehen bei den von ihnen untersuchten Patienten mit ungeklärter Ohnmacht sogar davon aus, dass 30 bis 50 Prozent psychogenen Ursprungs sind (z.B. Bertel et al., 1985; Day et al., 1982; Silverstein et al., 1983). Die psychogene Synkope tritt vornehmlich bei Frauen auf, in einigen Studien sind bis zu drei Viertel der Probanden mit psychogenen Synkopen weiblichen Geschlechts, wobei das Manifestationsalter zumeist zwischen dem 20. und dem 30. Lebensjahr liegt (z. B. Gates et al., 1985; King et al., 1982; Lang und Eich, 1994; Lesser, 1996; Meierkord et al., 1991). Allerdings lässt sich die Erstmanifestation des psychogenen Anfalls bei vielen Betroffenen mit der Pubertät beobachten. Die Symptomatik zeigte sich vielfach in zeitlichem Zusammenhang mit der Menarche (Simons und Köhle, 1990).

Zu einer schwer zu korrigierenden Fehldiagnose kann es kommen, wenn Anfälle als epileptische Erkrankung missdeutet werden. Das passiert leider immer wieder, obwohl man sich der Somatisierungstendenz vieler Patienten mit psychogenen Anfällen bewusst ist (Reuber und Bauer, 2003). Folgende tabellarische Gegenüberstellung differenziert zwischen psychogenen nicht epileptischen und epileptischen Anfällen (Reuber und Bauer, 2003):

Anamnestiche Beobachtung	Psychogene Anfälle	Epileptische Anfälle
Manifestation vor dem 10. Lebensjahr	Ungewöhnlich	Häufig
Veränderung der Anfallssemologie	Gelegentlich	Selten
Verschlechterung durch Antikonvulsiva	Gelegentlich	Selten
Anfälle in Gegenwart von Ärzten	Häufig	Ungewöhnlich
Rezidivierender Anfallsstatus	Nicht selten	Selten
Multiple unerklärte körperliche Beschwerden	Häufig	Selten
Psychiatrische Behandlung	Häufig	Selten
Sexueller und psychischer Missbrauch	Häufig	Selten

Tabelle 4.3: Differenzierung zwischen psychogenen und epileptischen Anfällen

## 4.4 Fallbeispiel einer psychogenen Synkope

Als möglichen Schutzmechanismus des Menschen in psychischen Belastungssituationen interpretieren *Stumpfe* und *Widera* (1980) das Auftreten von psychogenen Synkopen. In ihrer Fallstudie schildern sie das Beispiel von einer 28-jährigen Frau, die sich nach internistischer und neurologischer Abklärung in ihrer psychosomatischen Ambulanz vorstellte. Die junge Frau erlebte in sieben Jahren fünf psychogene Synkopen, die jeweils an Spannungs- oder Erregungszustände gekoppelt waren, und zwar drei Ereignisse kurz nach der Eheschließung im Alter von 20 Jahren sowie zwei erlebte Ohnmachten nach Ehekonflikten etwa sieben Jahre später.

In der Anamnese der Patientin wird deutlich, dass sie als Kind eher ängstlich gewesen ist und in der überforderten Mutter keine Ansprechpartnerin oder emotionale Unterstützung fand. Mit 16 Jahren habe sie von ihrer Mutter erfahren, dass sie hätte abgetrieben werden sollen. Sie nahm daher an, dass sie von ihrer Mutter abgelehnt werde. Der Vater wird als dominante Persönlichkeit beschrieben, die wenig Raum für die Entfaltung der Patientin ließ. Die Mutter selbst sei ängstlich gewesen, habe sich von dem Vater laufend unter Druck setzen lassen und zeigte neben Zorn und Empörung in der Partnerschaft jedoch auch das Gefühl der Hilflosigkeit.

*Stumpfe* und *Widera* verfolgen das Konzept der „gelernten Hilflosigkeit“ (Seligman, 1979) bis in die frühe Kindheit zurück. Für die Patientin entstand ein Rollenkonflikt. Einerseits fand eine Identifizierung mit der weiblichen Rolle, also der Mutter, nicht statt. Eine Identifikation mit dem Vater scheiterte andererseits an seiner Dominanz und Aggressivität. Der Konflikt aktualisierte sich durch ihren Ehemann.

Die Patientin, die sich selbst als „nervlich labil“, aber weitgehend „kontrolliert“ bezeichnete, fühlte sich durch die Dominanz des Ehemanns unter Druck gesetzt. Durch die fehlende Introspektionsfähigkeit der Patientin kam es zur Verdrängung der Spannungen und es traten Synkopen, begleitet von vegetativen Symptomen sowie Panikgefühl, Angst und ein Gefühl von Hilflosigkeit, auf. Im Laufe der Psychotherapie nahm die Introspektion und das Selbstwertgefühl der Patientin deutlich zu, sodass sich langfristig eine gute Prognose bezüglich weiterer psychogener Synkopen abzeichnete.

### **4.5 Kipptisch-Untersuchung zur Synkopen-diagnostik**

Wie im Kapitel zuvor deutlich wurde, zeichnet sich die Synkope durch eine sehr breite Differentialdiagnose aus. Schaut man auf die Ursachen, so können sowohl lebensbedrohliche als auch harmlose Umstände die Ohnmacht auslösen. Die sichere Abklärung dieser Erkrankung macht also eine ausführliche Anamnese sowie eine internistische, kardiologische und neurologische Diagnostik erforderlich. In den letzten Jahren hat die Kipptisch-Untersuchung zunehmend an Bedeutung für die Abklärung der Diagnose gewonnen. Mit der 1986 eingeführten Diagnostik ist es sowohl möglich, die spontan auftretende Symptomatik unter kontrollierten Bedingungen zu provozieren (Fitzpatrick et al., 1991; Samoil und Grubb, 1993), als auch das Verständnis über den Ablauf von Synkopen zu verbessern. Und schließlich kann die Kipptisch-Untersuchung dazu beitragen, das Häufigkeitsrisiko ungeklärter Synkopen zu senken (Haberl, 2000).

Die Kipptisch-Untersuchung wird an Patienten vorgenommen, die vier bis acht Stunden nüchtern sind. Nach einer Ruhephase von zehn bis 15 Minuten in Horizontalposition erfolgt die für die Untersuchung typische Kippung in Kopfhochstellung, d.h., der Patient steht am Kipptisch angelehnt auf einem Fußbrett. Die Neigung der Liege kann zwischen 60 und 80 Grad variieren. Die Untersuchung

wird abgebrochen, wenn beim Patienten innerhalb von 45 Minuten ein wesentlicher Blutdruckabfall und/oder eine Bradykardie/Asystolie auftreten, die zu Synkope oder Präsynkope führen. Während des Kipptisch-Tests werden laufend EKG und Blutdruck aufgezeichnet. Zur Provokation einer Vasodilatation wird dem Patienten, bei dem nach 45 Minuten keine Synkope ausgelöst wurde, Glyceroltrinitrat sublingual als Spray verabreicht. Zeigt sich auch nach einigen Minuten Wartezeit keine Synkope, wird die Untersuchung abgebrochen.

### **4.6 Pathophysiologie der Synkope bei der Kipptisch-Diagnostik**

Besondere Erwähnung verdient an dieser Stelle die Pathophysiologie der Kipptisch-Untersuchung. Sie kann als abnorme Antwort auf einen normalen Reflex zur Kreislaufregulation angesehen werden. Zunächst führt venöses „Pooling“ zur Senkung der Vorlast im Herzen. Barorezeptoren im Aortenbogen und der Karotisgabel senken den Impulsstrom zum Gehirn und melden damit Unterdruck. Der Patient reagiert darauf mit Angst, Stress und Anspannung, das Gehirn wiederum mit Sympathikus-Aktivierung, die wiederum zur vermehrten Ausschüttung von Katecholamin führt (Kikushima et al., 1999). Trotz reduzierter Füllung des linken Ventrikels wächst die Pumpleistung des Herzens. Vagale C-Fasern, die normalerweise stärker auf Überdehnung reagieren, melden nun Überdruck. Das Gehirn setzt daraufhin die Sympathikus-Aktivierung wieder herab und erhöht den Vagustonus, was eine Kardioinhibition zur Folge hat (Morillo et al., 1997).

### **4.7 Therapiemöglichkeiten bei psychogener und reflexvermittelter Synkope**

Am Anfang jeder therapeutischen Maßnahme sollte die intensive Aufklärung und Beratung des betroffenen Patienten mit klarer Vermittlung der Diagnose stehen (Shen, Bowman und Markand, 1990). Rezidivierende Synkopen werden von den Betroffenen meist als problematische Erkrankung angesehen und im Alltag als deutliche Belastung empfunden. In einigen Fällen kann dies für den Patienten zu sozialer Isolation bis hin zur Arbeitsunfähigkeit führen (Cottier, 1997). Wichtig hierbei ist es, dem Betroffenen zu verdeutlichen, dass es sich nicht um eine lebensbedrohliche Erkrankung handelt.

Gemeinsam mit dem Patienten soll bei der reflexvermittelten Synkope das Erkennen und Vermeiden auslösender Faktoren erarbeitet werden, wie z.B. langes Stehen, der Aufenthalt in überfüllten bzw. überheizten Räumen, Schlafmangel, Flüssigkeits- bzw. Nahrungskarenz, Alkoholgenuss etc. Darüber hinaus ist das Erkennen von prodromalen Erscheinungen wichtig, um rechtzeitig vor Eintritt der Bewusstlosigkeit Gegenmaßnahmen treffen zu können, wie das Einnehmen einer liegenden Position unter Hochlagerung der Beine (Köller und Meesmann, 2000).

Eine ausführliche Medikamentenanamnese, besonders bei älteren Patienten, ist zur Vermeidung von Synkopen sinnvoll, da auch jahrelang eingenommene Medikamente zu Synkopen führen können. In einer Untersuchung wurden in diesem Zusammenhang die kardialen Medikamente bei 65 von 338 Patienten mit Synkopen abgesetzt, wobei im weiteren Verlauf 78 Prozent dieser Patienten eine Verbesserung hinsichtlich ihrer Synkopen-Häufigkeit angaben (Alsop und Mahon, 2001).

Eine medikamentöse Therapie bei reflexvermittelten Synkopen ist nach individueller Einschätzung durch den Behandler zu erwägen. Bewährt haben sich in diesem Bereich vor allem vasokonstriktorisches Medikamente, wie Midodrin und Serotonin-Reuptake-Hemmer, z.B. Paroxetin. Der Einsatz der bisher häufig verwendeten  $\beta$ -Blocker wird nach aktuellen europäischen Leitlinien nicht mehr empfohlen (Schuchert, 2002).

Außerdem hat sich bei jüngeren, motivierten Patienten das regelmäßige Kipp-tischtraining mit Orthostase-Reiz als wirksam erwiesen. Diese Therapieform findet zunächst im Kipptischlabor unter kontrollierten Bedingungen statt und kann später auch im Eigentaining angewendet werden (Reybrouck et al., 2000). Bei älteren Patienten mit Synkopen und einer relativen Bradykardie bei der Kipp-tisch-Untersuchung ist die Implantation eines DDD-Schrittmachers in Erwägung zu ziehen (Schuchert, 2002).

Hinsichtlich der Behandlung von psychogenen Anfällen können nur kleine beziehungsweise nicht kontrollierte Studien herangezogen werden (Aboukasm, Mahr, Gahry, 1998; Rusch, Morris, Allen et al., 2001). Die Untersuchungen werden dadurch kompliziert, dass psychogene Synkopen keinen einheitlichen psychopathologischen Befund zeigen. Die Behandlung muss also jeweils auf den einzelnen Patienten abgestimmt werden.

Zunächst ist zu klären, ob aktuelle Konfliktsituationen vorliegen oder ob Patienten die Kriterien für eine Achse-I-Störung erfüllen, insbesondere für Depressionen, Angststörungen oder eine posttraumatische Belastungsstörung. Obwohl solche Störungen bei vielen Patienten vorkommen können, werden auch bei den meisten Betroffenen mit chronischen psychogenen Anfällen Persönlichkeitsstörungen, Somatisierungsstörungen oder Neigung zur Dissoziation diagnostiziert (Reuber, Pukrop, Bauer et al., 2003).

Vor allem mit kognitiv verhaltenstherapeutischen Ansätzen innerhalb psychotherapeutischer Behandlungsmethoden konnten Erfolge bei psychogenen Synkopen erzielt werden (Kroenke, Swindle, 2000; Reuber, House, 2002). Zum einen kann die psychotherapeutische Intervention auf die Modulation von extremen Gefühlsschwankungen, das frühe Erkennen von Vorboten einer Krise und das Durchbrechen sekundärer Verstärkungs- und Eskalationsprozesse abzielen. Zum anderen kann man zusammen mit dem Patienten dessen soziales Umfeld untersuchen, Stressoren identifizieren und schließlich mit ihm Alternativen besprechen, wie er mit Problemen umgeht, auf die seine Persönlichkeit besonders reagiert (Livesley, 2001). Im Idealfall hat der Behandler die Möglichkeit, beide Ansätze zu kombinieren.

Darüber hinaus kann eine pharmakologische Behandlung erfolgversprechend sein. So ist bekannt, dass die Gabe selektiver Hemmer der Serotonin-Wiederaufnahme einen positiven Einfluss auf die emotionale Dysregulation der Patienten besitzt, die unter psychogenen Anfällen leiden (Soloff, 1998).

### **4.8 Von der unklaren Synkope zum Krankheitsbegriff der „Hysterie“**

Bevor sich Patienten mit unklaren Synkopen einer psychotherapeutischen Behandlung unterziehen, wechseln sie im Laufe der Diagnostik und Therapie oftmals die Fachabteilungen eines Krankenhauses (meist Kardiologie und Neurologie). Erfahrungsgemäß haben sie eine umfangreiche somatische Abklärung der Symptomatik durchlaufen mit dem Ergebnis, dass körperliche Ursachen ihrer Erkrankung ausgeschlossen werden konnten (s. Kapitel 4, Ursache und Diagnostik der Synkope). In der psychosomatischen oder psychiatrischen Abteilung stellt sich dann die Frage nach der psychischen Diagnose der unklaren Synkope. Steht eher die somatische (Somatisierungsstörung) oder die psychische

Symptomatik (dissoziative bzw. Konversionsstörung) im Vordergrund, oder liegt eine Achse-II-Störung (histrionische Persönlichkeitsstörung) vor?

Betrachtet man dann die unklare Synkope im Lichte der ICD-10-Kriterien, so müssen differentialdiagnostisch insbesondere die somatoformen Störungen, die dissoziativen und die Konversionsstörungen voneinander abgegrenzt werden. Im diagnostischen Kontext der somatoformen Störungen handelt es sich um eine somatoforme Funktionsstörung des Herz-Kreislaufsystems (ICD-10: F 45.30). Definitionsgemäß werden die Symptome so geschildert, als beruhten sie auf der körperlichen Erkrankung eines Systems oder eines Organs, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird.

Synkopen ohne somatischen Befund mit dominierender psychischer Symptomatik können nach ICD-10-Kodierung im Rahmen einer dissoziativen oder Konversionsstörung entweder als dissoziativer Krampfanfall oder im Rahmen eines dissoziativen Stupors diagnostiziert werden. Die dissoziativen Krampfanfälle (ICD-10: F 44.5) können epileptischen Anfällen bezüglich ihrer motorischen Abläufe sehr stark ähneln. Zungenbiss, Verletzungen durch Sturz oder Urinkontinenz sind jedoch selten. Ein Bewusstseinsverlust fehlt; es stellt sich stattdessen ein stupor-tranceähnlicher Zustand ein (vgl. Kapitel 4.3, Differentialdiagnostik von reflexvermittelten und psychogenen Synkopen sowie von epileptischen Anfällen).

Der dissoziative Stupor (ICD-10: F 44.2) wird aufgrund einer beträchtlichen Verringerung oder aufgrund des Fehlens von willkürlichen Bewegungen und normalen Reaktionen auf äußere Reize, wie Licht Geräusche oder Berührungen, diagnostiziert. Zusätzliche Indizien für eine psychogene Ursache sind belastende Ereignisse oder Probleme, die zeitnah eingetreten sind.

Die folgende Grafik (differenziert nach Fiedler, 1999) nimmt Bezug auf die oben beschriebenen Krankheitsbilder und stellt die Beziehung zum Krankheitsbegriff der „Hysterie“ her. Die „Hysterie“ stellt den historischen Ursprung der dissoziativen und somatoformen Störungen, der Konversion sowie der histrionischen Persönlichkeit dar:

Wie schon im Kapitel „Hysterie“ beschrieben besteht heute Konsens darüber, dass die damalige „Hysterie“ heute in neuen Diagnosen zu finden ist: die Konversion, die Dissoziation, die Somatisierungsstörungen sowie die histrionischen Persönlichkeitsstörungen. Im folgenden Kapitel möchten wir diese vier verschiedenen Erscheinungsformen der „Hysterie“ näher erläutern und differentialdiagnostisch betrachten.

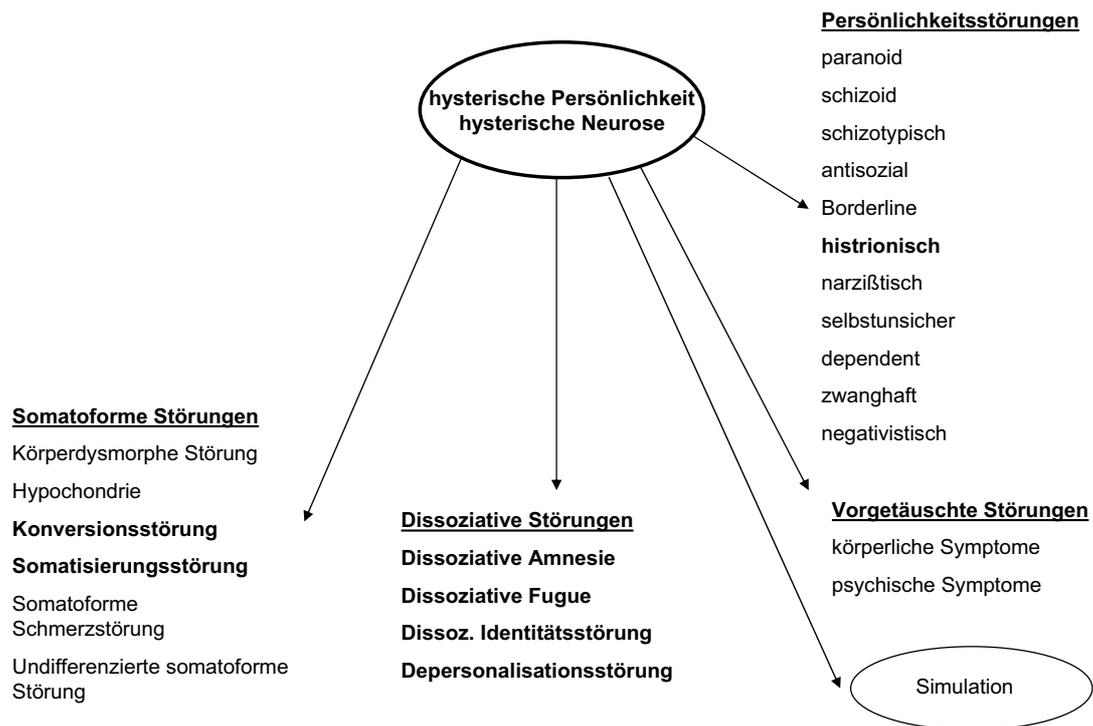


Abbildung 4.1: „Hysteriespektrum“ im DSM-IV (modifiziert nach Fiedler 1999)

# 5 Die Geschichte der „Hysterie“

Bevor wir die verschiedenen psychischen Krankheitsbilder differenzieren, erscheint es uns sinnvoll, die Symptomatik der Ohnmacht im zeitlichen und kulturellen Kontext zu betrachten und auf die historische Entwicklung des Krankheitsbegriffs der „Hysterie“ einzugehen

Die „Hysterie“ darf als eines der ältesten beschriebenen Krankheitsbilder des Menschen gelten. Bereits im Kulturgut des alten Ägypten und in der griechischen Antike tauchen entsprechende Beschreibungen menschlichen Verhaltens auf. Der Bogen setzt sich fort ins Mittelalter und kulminiert im 19. Jahrhundert, in dem die „Hysterie“ eine Art „Blüte“ erlebte, ehe sich im 20. Jahrhundert das Krankheitskonzept nachhaltig wandelte. Mit *Freud* bekam das Krankheitsbild der „Hysterie“ einen neuen Stellenwert in der Gesellschaft. Die Fallgeschichte der Anna O. beispielsweise, von *Freud* verfasst als didaktische Handreichung für seine Schüler, fand Leser in ganz Europa (vgl. Stuhr, 2007). „Hysterische“ Formen im weitesten Sinne zählen somit zu den ältesten Krankheitsbegriffen überhaupt (Gress, 1996; Weickmann, 1997).

## 5.1 Das Krankheitsbild der „Hysterie“ in der Antike - ein gynäkologisches Modell

Schon im altägyptischen so genannten Papyrus *Kahun* (ca. 1900 v. Chr.) und im Ebers-Papyrus (um 1600 v. Chr.) finden sich entsprechende Beschreibungen, die dem Formenkreis der „Hysterie“ zuzurechnen sind (Greß, 1996). Das auch später immer wieder mit dem weiblichen Geschlecht in Verbindung gebrachte Leiden wird in diesen alten Dokumenten bereits den „Frauenkrankheiten“ zugemessen.

Somatische Erklärungen fanden die Ärzte zwar nicht, die Krankheit drückte sich aber etwa in Form von Lähmungen, Ohnmacht oder Erblindungen aus. Man nahm als Ursache für die festgestellten Symptome eine „Verhungerung“ der Gebärmutter an (Veith, 1965).

*Platon*, der sich bekanntlich wenig für Phänomene interessierte, die später Gegenstand der Naturwissenschaften werden sollten, geht in seinen Erklärungen am weitesten. Der Grieche erkennt in der Gebärmutter ein von der Frau unabhängiges Wesen, das Launen unterworfen sei. Das allein „auf Kinderzeugung begierende Lebewesen“ in der Frau werde „unwillig“, wenn es lange ohne Frucht bleibe (in Platon *Timaios*, 1972). „Als Lebewesen im Lebewesen treibt es sein gutes oder böses Spiel mit Körper und Seele der Frau“ (zit. n. v. Braun, 1985, S. 35). Der eigentliche Begründer des Konzeptes der Naturwissenschaften, *Hippokrates*, schreibt im 5. Jahrhundert v. Chr. in seinem *Corpus Hippocraticum* über „Die Krankheiten der Frauen“. Als analytisch orientierter Denker ist er kein Anhänger der Theorie vom göttlichen oder diabolischen Ursprung der Krankheiten, sondern er geht vom Prinzip einer „natürlichen“ Ursache für Erkrankungen aus. *Hippokrates* vertritt die Ansicht, dass die Gebärmutter (griechisch: *hystera*) durch Wanderung im Körper der Frau ernsthafte Beschwerden hervorrufe, wobei es vor allem bei Jungfrauen, Witwen und unfruchtbaren Frauen zu einem Druck auf den Brustkorb mit der Folge von Erstickungsanfällen, Augenrollen, bläulicher Haut, Übelkeit, Schwindel und Krampfanfällen komme. Während *Hippokrates* sogar die Epilepsie auf einen Hirnschaden zurückführte und ihr damit die Aura des Religiösen raubte, blieb die „Hysterie“ vorerst ein „magisches“ Phänomen der Medizinkunst (Kapferer, 1939).

Als ein wichtiger Autor für die Rezeptionsgeschichte der „Hysterie“ des 2. Jahrhunderts gilt *Galen von Pergamon* (ca. 169). Sein Einfluss auf die römische Medizin ist vergleichbar mit dem Gewicht *Hippokrates'* in der griechischen Heilkunst. In seiner Abhandlung „Über die erkrankten Teile“ unterscheidet er zwischen bewegungslos daliegenden Frauen mit kaum wahrnehmbarem Puls und Frauen, die von anfallartigen Krämpfen der Extremitäten heimgesucht werden. Die Beschwerden, so schließt *Galen*, seien auf Spannungen der Uterus-Ligamenti zurückzuführen, hervorgerufen durch Retention von Menstruationsblutungen oder Vaginalsekretion. Diese Zurückhaltung der Sekrete bewirke, dass sich giftige Stoffe im Körper der Frau anreicherten, die ihrerseits zur Bildung der beschriebenen „hysterischen“ Symptome führten. Als Therapeutikum empfiehlt er den Beischlaf. *Galen* führt als erster das Adjektiv „*hysterica*“ ein, indem er von

„gynaikas hystericas“ („hysterischen Frauen“) spricht (Leibbrand und Wettley, 1961). Auch in den folgenden Jahrhunderten gingen die verschiedensten Autoren immer wieder vom Uterus als Herd der Erkrankung aus. Allerdings erzielte man keine Einigung über die Frage, ob die Gebärmutter tatsächlich im Körper der Frau umherwandere und dadurch die Beschwerden auslöse.

## 5.2 Die „Hysterie“ - dämonisch und imaginär

Betrachtet man das späte Mittelalter und die frühe Neuzeit, so stehen im Hinblick auf Beschreibung und Erforschung der „Hysterie“ der Dämonenglaube sowie die klassischen Theorien von Hexerei und Besessenheit durch den Teufel (Stigma diaboli) im Vordergrund. Die begriffliche Nähe von Weiblichkeit und „Hysterie“ verfestigt sich in dieser Zeit noch einmal. Im Jahre 1484 wurde auf Geheiß von Papst Innozenz VIII. das zentrale Dokument „Mallaeus maleficarum“ – vulgo: der Hexenhammer – von *J. Sprenger* und *H. Institoris* verfasst. Dort liest man: „Alles geschieht aus fleischlicher Begierde, die bei ihnen unersättlich ist [...] Darum haben sie auch mit Dämonen zu schaffen, um ihre Begierde zu stillen [...] kein Wunder, wenn von der Ketzerei der Hexer mehr Weiber als Männer besudelt gefunden werden“ (zit. n. Fischer-Homberger, 1979, S. 65). In der Hexen- und Besessenheitslehre galten die klassischen „hysterischen“ Symptome als typische Zeichen dämonischer Einwirkung. In der christlichen Vorstellungswelt, die die Keuschheit zum Ideal verklärte, war es nicht mehr das „Tier im Menschen, sondern der leibhaftige Teufel selbst, der sich des Körpers der Frau bemächtigt“ (zit. n. v. Braun, 1985, S. 38).

Im 16. Jahrhundert entwickelte der Arzt, Naturforscher und Philosoph *Paracelsus* (1530) ein neues Verständnis vom Wesen und von der Entstehung psychogener Erkrankungen. In seiner Schrift „Von den Krankheiten, die der Vernunft berauben“ wird neben der klassischen gynäkologischen Erklärung der „Hysterie“ auch die Imagination als mögliche Krankheitsursache angeführt. Danach werde das „Gesehene und Gehörte“ über die Vernunft in eine imaginierte Gestalt verwandelt. Dies könne eine krampfartige Zuckung, die so genannte „chorea lasciva“, auslösen (Paracelsus, veröffentl. 1924). *Paracelsus'* auf den Fundamenten des „Männlichen“ gegründetes Philosophiegebäude schlägt naturgemäß auch auf seine Theorie von der Entstehung der „Hysterie“ durch: Der an der Schnittstelle von mittelalterlicher Alchemie und neuzeitlicher Wissenschaft arbeitende Forscher erkennt in der Krankheit ein Produkt männlicher Einflussnahme auf

den Körper der Frau, denn nur der Mann besitzt nach seiner Überzeugung die Fähigkeit, „Natur zu fabrizieren“. *Paracelsus* vertrat hinsichtlich der Entstehung von Leben die Auffassung, dass der männliche Samen bereits das fertige Menschenkind enthalte. Dementsprechend betrachtete er den weiblichen Körper (und dessen Defekte) als vom Mann erschaffen (v. Braun, 1985).

### 5.3 Die „Hysterie“ als neurologische Erkrankung

Der französische Philosoph *Foucault* beschreibt anschaulich den Prozess der Verlagerung der Ätiologie der „Hysterie“ „nach oben“, eine Entwicklung, die sich zwischen Anfang des 17. Jahrhunderts und der Aufklärung vollzieht. Die „hysterische“ Symptomatik erfährt hier erstmalig eine Zuordnung zum Nervensystem. Dieses Konzept wird in Frankreich von *C. Lepois* (1618) aufgegriffen und später in England von dem Neuroanatom *Willis* (1659) sowie von *Sydenham* (1660) weiterentwickelt (White, 1997). Die Einordnung von „Hysterie“ in die Kategorie der „Geisteskrankheiten“ schuf die Voraussetzung dafür, dass sie später zur „Krankheit der Willenlosigkeit“ werden konnte. Aus Mangel an Robustheit und Abwehrkraft, so nahm man an, wehre sich der „Hysteriker“ nicht gegen die Ströme und Gefühle, die seinen Körper beherrschen. Diese neue Version von der „Besessenheit“ wurde jetzt als konstitutionelle Schwäche ausgelegt. Der Körper sei „durchdringbar“ für die Geister, und besonders anfällig sei der Körper der Frau, weil er „weniger Festigkeit von der Natur erhalten hat“ (*Sydenham*, zit. n. *Foucault*, 1969, S. 298) und Frauen im Gegensatz zu Männern „ein weiches, müßiges, luxuriöses und schlaffes Leben führen“ (zit. n. Braun v., 1985, S. 49).

*Sydenham* bezichtigt die „Hysteriker“ sogar der „Hinterlist, Verlogenheit und Vortäuschung falscher Tatsachen“. Diese Warnung war an Ärzte gerichtet, die sich vor Simulantinnen in Acht nehmen sollten (zit. n. *Israël*, 1987, S. 14). Auch *Kraepelin* (1807) trägt mit seinen Arbeiten zur Kompromittierung und Ächtung der „Hysteriker“ bei, indem er sie als gleichgültig gegen fremdes Leid, rücksichtslos gegen ihre Umgebung und als Virtuosen des Egoismus darstellt. Ein von der „Hysterie“ Heimgesuchter besitzt nach *Kraepelins* Lesart die Neigung zur Verdrehung von Tatsachen, zum Lügen und Verleumden (*Roelcke*, 1997). *Lepois* diagnostiziert „Hysterie“ nicht nur bei Frauen, sondern erstmals auch bei Männern und Kindern. Dieses Phänomen fand jedoch wenig Beachtung, da man es vorzog, beim Mann von einer Hypochondrie zu sprechen (*Greß*, 1996).

## 5.4 Das 19. Jahrhundert - Die „Blütezeit der Hysterie“

Erst Mitte des 19. Jahrhunderts kann füglich von der modernen Epoche der „Hysterie“ gesprochen werden. *Briquet* (1859) verwirft die genitale Theorie ganz und weist auf die große Bedeutung der „seelischen Vorgänge“ hin: „Ein hysterischer Anfall dürfte nichts anderes sein als die genaue Wiederholung der Störung, durch welche sich lebendige oder peinliche moralische Eindrücke darstellen“ (S. 92). Der Pariser Neurologe *Charcot* (1862), Direktor der Pariser Salpêtrière, entwickelt *Briquets* Ansatz weiter und führt seine Experimente – zum Teil öffentlich zu Lehrzwecken – an hypnotisierten Patienten durch. Er stellt fest, dass die Symptome der „Hysterie“ unter Hypnose zum Vorschein kommen und sich anschließend wieder verlieren (Kretschmer, 1974). In seiner Hypothese vertritt der Neurologe die Ansicht, dass „alterierte“ Bewusstseinsanteile und hereditäre Übererregbarkeit neuromuskulärer Strukturen für den Pathomechanismus dieser Störung verantwortlich seien (Spitzer, 1996).

Der klassische Höhepunkt eines „hysterischen“ Anfalls ist der von *Charcot* beschriebene „arc de cercle“. Im Beisein von Wissenschaftlern und Ärzten aus der ganzen Welt rief *Charcot* in öffentlichen Vorlesungen in der Pariser Frauenanstalt Salpêtrière durch Druck auf die Ovarien seiner Patientinnen (unterstützt durch deren eifrige Kooperation) diese Attacken hervor. *Charcot* unterschied dabei mehrere Phasen des Paroxysmus. Bei der von ihm „epitiloid“ genannten ersten Phase handelte es sich um eine kataleptische Form von Lähmung, in der alle Muskeln der Patientin angespannt waren. Den zweiten, mit „Clownismus“ betitelten Abschnitt des Anfalls kennzeichneten starke Verrenkungen des Körpers, die „grands movements“. Dazu zählte *Charcot* auch den „arc de cercle“, eine Erstarrung des nur auf den Schultern und Füßen ruhenden Körpers zu einer Brückenform. Oft folgte dann eine dritte halluzinatorische Phase, in der die „Hysterikerinnen“ Trauminhalte oder Visionen von sich gaben. Gleichzeitig, so *Charcots* Darlegungen, wurde der Körper der Kranken unempfindlich gegen jegliche Sinnesreizung (Blindheit, Taubheit, gefühllose Haut). Der Anfall schloss dann mit einer Erschlaffungsphase und einem so genannten Wahnstadium. Oft handelte es sich dabei um Erinnerungswahn, in dem sich die „Hysterikerinnen“ in zum Teil Aufsehen erregender Weise mit Schlüsselerlebnissen aus ihrer Vergangenheit auseinandersetzten. Befindlichkeiten wie Traurigkeit und Melancholie überwogen. Besonders in dieser Phase deckte die „Hysterikerin“ ihre intimsten Gedanken auf und artikulierte ihre geheimsten Pläne und Wünsche. Immer

wieder wird von einer abnormen Sekretion von Urin, Speichel und Vaginalschleim berichtet, die am Ende des Anfalls auftraten.

Die Beobachtungen *Grassets* verschaffen einen Überblick über die Geschwindigkeit des Szenenwechsels während eines „arc de cercle“ einer Kranken in der Salpêtrière: „1. Eptiloide Periode, 50 Sekunden (s); 2. große Bewegungen und Grußgesten, 10s; 3. leidenschaftliche Stellungen, Kreuz, 23s; Abwehrgesten, 14s; Drohgebärden, 18s; appellatives Verhalten, 10s; Schamlosigkeit, 14s; Ekstase, 24s; schrulliges Verhalten, 22s; Militärmusik, 19s; Verhöhnung, 13s; Lamentieren, 23s.“ (zit. n. Israël, 1987, S. 28). Die Vorführung in der Salpêtrière muss für die Augenzeugen beeindruckend gewesen sein. Die Patientinnen verhielten sich genauso, wie *Charcot* es von ihnen erwartete. Ärzte anderer Anstalten versuchten den so genannten Anfall „à la charcot“ bei ihren Patientinnen zu provozieren, was ihnen allerdings nur in Teilen oder gar nicht gelang. *Freud* interpretierte den „arc de cercle“ als Koitusäquivalent (n. Stephanos, 1979). Für ihn manifestierte sich im „hysterischen“ Anfall gleichzeitig der männliche und der weibliche Körper in antagonistischer Vereinigung, draufgängerisch und erobernd der männliche, empfangend und zurückhaltend der weibliche Körper. Auch im Gestus spiegelte sich dieser Gegensatz wider, denn die Patientin hält „mit der einen Hand das Gewand an den Leib gepresst, mit der anderen es abzureißen sucht“ (*Freud*, 1908, S. 132). *Brenman* (1990) beschreibt in diesem Zusammenhang: „Ich habe selbst Patienten behandelt, die versucht haben, mich gleichzeitig von ihrer Unschuld und von ihrer sexuellen Anziehung zu überzeugen – sich selbst hatten sie schon überzeugt“ (S. 1070).

Durch die Verlagerung der Erkrankung „nach oben“, auf den Entzug des Geistes, auf die „Willenlosigkeit“, reagierten die Erkrankten. Sie reagierten mit der Produktion von Phantasien. Sie erfanden Geschichten, gaben vor, bestimmte Ereignisse selbst erlebt zu haben. So verstärkte sich der Ruf des „Hysterikers“ als Lügner (v. Braun, 1985). Doch wie *Schmidbauer* (1999) später feststellt, gehe es in der „Hysterie“ nicht so sehr um Wahrheit oder Lüge, sondern um die Kräfte, welche die Szene bestimmen, in der Wahrheit oder Lüge auftreten. „Die Wahrheit kann ebenso zu einem „hysterischen“ Auftritt gestaltet werden, wie die Lüge eine angemessene und realistische Lösung in einem sozialen Konflikt darstellt“ (S. 254).



**Abbildung 5.1:** „La Leçon de Charcot“ - A. Brouillet, (Didi-Hubermann, 1997, S. 296)

*Charcot* „inszenierte buchstäblich die Krankheitserscheinungen, die seine folg-samen Patienten-Schauspielerinnen dann darstellten“ (vgl. Lorenzer, 1986, S. 73). *Daudet* (1922) berichtet: „Ich habe Patienten von Charcot gesehen, die das Verschwinden eines Symptoms oder eines Reflexes, von dem sie wußten, daß es dem Wissenschaftler besonders wertvoll war, sehr verdrießlich stimmte: ‚Was wird er davon halten? Er wird sich nicht mehr für meinen Fall interessieren! Welche Figur werde ich in Zukunft bei seiner Konsultation machen?‘ (S. 201). Auffällig ist die Verbindung der von *Charcot* beschriebenen Erscheinungen beim Anfall mit der Person *Charcot* selbst. Schon wenige Jahre nach dem Ausscheiden *Charcots* aus der Klinik büßt die Ausformung hysterischer Symptome, sein „kapitales Phänomen“, an Differenziertheit ein, denn die Anfälle sind nicht ohne weiteres reproduzierbar. *Bernheim* (1888) äußerte bereits früh die Vermutung, dass die Vorführungen der Patientinnen so unbewusst, automatenhaft nicht seien, wie *Charcot* sie darzustellen versuchte. *Dejerine*, der zwei Jahre nach *Charcots* Tod dessen Lehrstuhl übernahm, betreute ebenfalls einen ganzen Saal hysterischer Frauen. Jedoch ging es bei *Dejerine* ruhiger zu. Er relativiert: „In den acht Jahren, die ich nun an der Salpêtrière bin, haben die Symptome der so genannten ‚Hysterie‘, wo sie sich in meiner Abteilung zeigten, in keinem einzigen Fall länger als eine Woche angehalten“ (zit. n. Schmidbauer, 1999, S. 26). *Freud* (1893a), ein vehementer Fürsprecher des Franzosen, fand im Ergebnis, dass *Charcot* „der „hysterischen“ Störung seine

Würde wiedergab, und man gewöhnte sich allmählich das höhnische Lächeln ab, womit die Kranken damals sicher rechnen konnten“ (S.86). So beeindruckt sich *Freud* auch von der Persönlichkeit und den Lehren *Charcots* zeigte, so nährte die Nicht-Reproduzierbarkeit der Versuche in der Fachwelt allmählich doch Zweifel an der These, dass die „Hysterie“ dem somatisch bedingten Muster der Suggestibilität gehorche (Veith, 1965).

Ende des 19. Jahrhunderts setzte sich die Auffassung durch, dass die Persönlichkeit der zur „Hysterie“ neigenden Patienten von ihrer Struktur her labil sei. *Janet* (1894), ein Schüler *Charcots*, begriff die „Hysterie“ als Ausdruck einer Psychasthenie. Demzufolge leidet der „Hysteriker“ unter einer Einschränkung seines Bewusstseinsfeldes, weil nicht alle potentiellen Vorstellungen und Wahrnehmungen dorthin gelangen. Er stellte damit die Geschlossenheit der Persönlichkeit des Patienten in Frage. 1907 formulierte er als erster den Grundgedanken der Dissoziation oder Abspaltung bestimmter Erlebnisanteile aus dem Bewusstsein Betroffener. Diese Anteile blieben jedoch weiterhin aktiv und seien für das dissoziative Phänomen verantwortlich (*Janet*, 1907). Außerdem weist *Janet* im Zusammenhang mit Hypnoseuntersuchungen an „hysterischen“ Patienten dissoziative Symptome in Bezug auf traumatische Erinnerungen nach (*Spitzer*, 1996).

1895 veröffentlichte *Freud* zusammen mit *Breuer* die „Studien über Hysterie“. Ihre wichtigste Hypothese fußt auf der Annahme, dass „hysterische Symptome“ verschwinden, sobald es gelänge, die entsprechenden, aus dem Bewusstsein verdrängten traumatisierenden Bedingungen und insbesondere die dazugehörigen Affekte *Katharinas* in Erinnerung zu bringen und wieder zu beleben (*Greß*, 1996). Beide geben später als Erklärung dieser Symptomatik eine ödipale Fixierung der Libido an. Nach ihrer Überzeugung geht die „Hysterie“ auf bislang verdrängte unbewusste Phantasien zurück, die eine zunehmende Besetzung erfahren und sich dann in Symptomen manifestieren, die in kompromisshafter Weise für die Wechselwirkung von Trieb und Tabu stehen (*Wölk*, 1992). Dabei unterscheidet *Freud* (1901/05) folgende Symptombereiche: „Krampfanfälle, „hystero-gene“ Zonen, Störungen der Sensibilität, Störungen der Sinnestätigkeit, Lähmungen, Kontrakturen und allgemeine Charaktere“ (S.168). Außerdem führt *Freud* den Begriff der Konversion ein. Er legt damit den Grundstein für die später vielfach belegte Auffassung, dass sich unbewusste seelische Konflikte in einer körperlichen Symptomatik niederschlagen können.

Jaspers (1922) konstatiert beim „hysterischen“ Patienten ein „Ausbleiben des Gesundheitsgewissens“ im Gegensatz zum gesunden Menschen, der stets darauf bedacht sei, seine Gesundheit zu erhalten (Kretschmer, 1974). Nach Kranz (1953) fürchtet sich die zur „Hysterie“ neigende Person davor, Gefühle zu zeigen. Hier spielt, wie auch bei *Petrilovitsch* (1956) beschrieben, die Selbstkontrolle eine bedeutende Rolle.

Der kurze Abriss der historischen Entwicklung der „Hysterie“, von der Antike bis zum 20. Jahrhundert, verdeutlicht die große Spannbreite der Formen dieses Krankheitsbildes und ihre Rezeption durch Medizin und Gesellschaft. Von einem einheitlichen Bild kann dabei keine Rede sein, vielmehr drückt sich „Hysterie“ je nach Epoche in unterschiedlichen Facetten aus. Entsprechend vielfältig sind auch die Erklärungsmodelle, die jeweils herangezogen werden. In ihnen spiegelt sich folglich das Kolorit der entsprechenden Zeit wider.

### **5.5 Zum Forschungsstand der „Hysterie“**

Der Begriff „Hysterie“ wird in der Medizin, der Psychologie sowie im alltäglichen Sprachgebrauch verwendet. In der Medizin zeichnet sich der „hysterische“ Charakter durch theatralisches und hyperbolisches Verhalten aus. Es werden dabei vom Betroffenen wechselnde Rollen demonstriert, wobei die Distanz zwischen dem angenommenen Rollenmuster und der individuellen Identität minimal ist, möglicherweise sogar aufgehoben wird. Zur Darstellung greift die „hysterische“ Person auf den eigenen Körper zurück oder benutzt die zwischenmenschliche Beziehung als Bühne (King, 2001). Bei der Aufführung eines „Dramas oder Theaterstückes auf dieser Bühne des Lebens“ hat sie das Bedürfnis, mehr zu scheinen als zu sein, mehr zu erleben als erlebensfähig zu sein (Jaspers, 1946). Durch dieses Verhalten ist es der erkrankten Person möglich, sich von dem, was tatsächlich in ihr vorgeht, zu distanzieren, und zudem das Umfeld auf diese unerkannten Gefühle aufmerksam zu machen (Riesenberg-Malcom, 1996). Jedoch ist es für sie nur eingeschränkt möglich, die Erfüllung ihrer Wünsche, Erwartungen und Bedürfnisse planvoll und direkt zu realisieren (Wölk, 1992).

Auch umgangssprachlich steht der Begriff „Hysterie“ noch heute für theatralisch-übertriebene Ausdrucksformen und ist mit Attributen belegt, wie grell, verrückt, nervtötend, aber auch schillernd und faszinierend. Als „hysterisch“ wird bezeichnet, wer sich entscheidungsschwach zeigt, mehr Schein als Sein produziert und

wer zu Dramatisierung und Übersteigerung neigt. Bis in die Moderne hinein wird mit dem Begriff „Hysterie“ das Weibliche karikiert. Er strahlt gleichzeitig eine geheimnisvolle Anziehungskraft und Verachtung aus (z.B. Fritsch, 1996; King, 2001). Schon 1975 vermutet *Lewis* in seinem Artikel „The Survival of Hysteria“: „In jedem Fall stirbt ein so zähes altes Wort schwer. Wahrscheinlich wird es seine Nachrufe überleben“ (zit. n. Hoffmann, 1996b, S. 1)

### 5.5.1 Die „Hysterie“ in den Klassifikationssystemen

Wohl kaum eine zweite psychische Störung hat in den zurückliegenden Jahrzehnten einen derartig fundamentalen Wandel ihres Konzepts erfahren wie die klassische „Hysterie“ (Hoffmann, 1986). Da „Hysterie“ zu keiner Zeit eine einheitliche diagnostische Kategorie darstellte, begann man bald das Krankheitsbild aus psychodynamischer Sicht zu beschreiben. Der Begriff „Hysterie“ fand schnell Eingang in die Sprache des Alltags und wurde auch pejorativ benutzt, fördert also die Diskriminierung und soziale Ausgrenzung psychisch Erkrankter. Mit der Abschaffung des Begriffs „Hysterie“ konnte man Diagnose- und Therapiekriterien mit Einzelsyndromen wesentlich klarer fassen (Wölk, 1992).

Die klassische „hysterische“ Störung findet in den aktuellen Diagnoseklassifikationen ICD-10, DSM-III-R und DSM-IV eine weitaus differenziertere Berücksichtigung. Das DSM-III-R und das DSM-IV orientieren sich dabei stärker an der Phänomenologie. Sie fassen daher Störungen mit körperlicher Symptomatik ohne nachweisbaren organpathologischen Befund unter den somatoformen Störungen zusammen. Die dissoziativen Störungen bilden eine eigene Kategorie. Die ICD-10 verwirft den Begriff der Konversion ganz und fasst stattdessen die dissoziativen und die Konversionsstörungen zusammen. Begründet wird dies vor allem mit dem Auftreten vergleichbarer deskriptiver Merkmale. Die Patienten, so stellte man immer wieder fest, weisen eine Reihe gemeinsamer Symptome auf (Spitzer, 1996). Außerdem spielen möglicherweise die gleichen psychologischen Mechanismen der Erkrankungen eine entscheidende Rolle (Hoffmann, 1986). Ein Überblick über die verschiedenen „hysterischen“ Störungen verschafft die folgende Tabelle:

ICD-10	DSM-III-R und DSM-IV
<b>F44</b> <b>dissoziative Störungen</b>	<b>dissoziative Störungen</b>
F 44.0 dissoziative Amnesie	300.12 psychogene Amnesie
F44.1 dissoziative Fugue	300.13 psychogene Fugue
F 44.2 dissoziativer Stupor	
F44.3 dissoziative Trance- und Besessenheitsstörung	
F44.4 dissoziative Bewegungsstörungen	300.11 Konversionsstörungen
F44.5 dissoziative Krampfanfälle	
F44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	
F44.7 dissoziative Störungen, gemischt	
F44.8 andere	
F44.80 Ganser-Syndrom	
F44.81 multiple Persönlichkeit	300.14 multiple Persönlichkeitsstörung
F44.88 andere näher bezeichnete Störung	
F44.9 nicht näher bezeichnete Störung	300.15 nicht näher bezeichnete Störung
<b>F45</b> <b>somatoforme Störungen</b>	<b>somatoforme Störungen</b>
F45.0 Somatisierungsstörung	300.81 Somatisierungsstörung

ICD-10	DSM-III-R und DSM-IV
F45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörung	300.70 undifferenzierte somatoforme Störung
F45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung	
F45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung	307.80 somatoforme Schmerzstörung
F48 sonstige neurotische Störungen	
F48.1 Depersonalisations- / Derealisationsstörung	300.6 Depersonalisationsstörung
<b>F60 Persönlichkeitsstörungen</b>	<b>Persönlichkeitsstörungen (Achse II)</b>
F60.4 histrionische Persönlichkeitsstörung	301.50 histrionische Persönlichkeitsstörung

Tabelle 5.1: „Hysterie“ und ihre verwandten Kategorien gemäß der ICD-10, dem DSM-III-R und dem DSM-IV (Spitzer, 1996)

### 5.5.2 „Hysterie“ im Wandel - eine zeitgebundene Symptomatik

Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Prävalenz „hysterischer“ Störungen zu- oder abgenommen hat. Veränderungen sind jedoch hinsichtlich des Erscheinungsbildes eingetreten (Wölk, 1992). Die großen theatralischen Formen, wie z.B. der von *Charcot* beschriebene „Arc de cercle“, als auch die monosymptomatische Konversionsstörung sind heute den polysymptomatischen Formen gewichen (Spitzer, 1996). Auch *Mentzos* (1986) macht einen Symptomwandel der „Hysterie“ aus: „An die Stelle der groben, massiven „hysterischen“ Lähmungen, Blindheiten, Taubheiten, Ohnmachten treten wahrscheinlich jetzt sogenannte Kreislaufstörungen, diffuse Schmerzsyndrome, unerklärte Erschöpfungszustände“ (S. 20). Möglicherweise ist das Wissen über klassische „hysterische“ Symptome durch medizinische Aufklärung in der Bevölkerung bereits in einem solchen Maße in der Bevölkerung verbreitet, dass der Betroffene, wenn auch unbewusst, eine offensichtlich zu ausdrucksstarke und durchsichtige Körpersprache vermeidet und sich stattdessen auf eine feinere, weniger leicht durchschaubare Form der Selbstdarstellung verlegt (Mentzos, 1984).

Das hat zu einer teilweisen Neudefinition von Krankheitsbildern geführt. Beispielsweise wurden früher die Symptome Erschöpfung und Müdigkeit klassischerweise den Depressionen im Rahmen einer Erschöpfungsdepression zugeordnet. Diese Symptomatik wird heute einer neuen Erkrankung, dem Chronic Fatigue Syndrome (CFS) zugeordnet und könnte sich als ein neues Symptom der „Hysterie“ entpuppen (Csef, 1997). *Nix* (1990) z.B. weist auf eine enge Beziehung von CFS zu Neurasthenie und den somatoformen Störungen hin. Schmerzsymptomatik im Rahmen einer „hysterischen“ Erkrankung wurde schon von *Freud* und *Breuer* (1895) in den „Studien über Hysterie“ beobachtet: „Der Mechanismus war der der Konversion, d.h. anstatt der seelischen Schmerzen, die sie sich erspart hatte, traten körperliche auf, es wurde so eine Umwandlung eingeleitet, bei der sich als Gewinn herausstellte, daß die Kranke sich einem unerträglichen psychischen Zustand entzogen hatte, allerdings auf Kosten einer psychischen Anomalie, der zugelassenen Bewußtseinspaltung, und eines körperlichen Leidens, der Schmerzen (S. 233) [...] Was ist es denn, was sich in körperlichen Schmerz verwandelt? Etwas, woraus seelischer Schmerz hätte werden können und werden sollen“ (S.237). *Kroenke* und *Mangelsdorff* (1989) untersuchten in einer groß angelegten Studie etwa tausend Patienten einer medizinischen Poliklinik nach deren häufigster Symptomatik. Überwiegend gaben die Patienten Schmerzsymptome an, gefolgt von ungeklärten Erschöpfungszuständen. Auch Autoren wie *Hoffmann* und *Eagle* (1984; 1989a, b; 1993, 2003) befassten sich mit psychogenem Schmerz im Rahmen einer Konversionsstörung. Das Ergebnis einer eingehenden Befragung und Untersuchung von 700 Patienten unterstreicht den Zusammenhang von psychischer Symptomatik und Schmerzerleben. Die Patientengruppe machte im Rahmen der Befragung unterschiedliche Konfliktbereiche geltend. Häufig waren die Biographien der Betroffenen von Misshandlung, Ausbeutung oder anderen Formen moderner Knechtschaft geprägt. Nicht selten hatten sie das Gefühl, selbst „Täter“ zu sein. Die Patienten präsentierten den Schmerz psychodynamisch betrachtet als Entlastung von Schuldgefühlen sowie als Mittel zur Hemmung und Verdrängung von Aggressionen.

Auch die Betrachtung der dokumentierten „Hysterie“-Symptomatik bei Kriegsteilnehmern während des Ersten und Zweiten Weltkrieges zeigt eindrucksvoll, wie sehr die Krankheitserscheinungen sich gewandelt haben. Im Ersten Weltkrieg überwog eine ausdrucksvolle Symptomatik, wie z.B. Dämmerzustände, Fugues, Lähmungen, Anästhesien, Amnesien, Blindheit, Taubheit und das typische Zittersyndrom der Soldaten. Im Zweiten Weltkrieg kam es demgegenüber vermehrt zu

funktionellen Organstörungen, z.B. Magenerkrankungen. Diese Entwicklung vollzog sich jedoch nur in Deutschland, in England und in den USA, nicht aber in Japan und der ehemaligen UdSSR, was auf die kulturellen Unterschiede der Nationen zurückzuführen sein dürfte (Meyer, 1961).

Die Aufklärung über Ätiologie und Pathogenese des Formenkreises der „Hysterie“ sowie die Emanzipation der Frau werden häufig als Gründe dafür angesehen, dass sich „hysterische“ Symptome heute diskreter darstellen als früher (Greß, 1996). Außerdem sind der große Einfluss der Medien und ihre populärwissenschaftlichen Beiträge zu medizinischen Themen nicht zu unterschätzen. Sie machen es einer Erkrankung leichter, als Symptomanbieter zu fungieren (Fritsch, 1996).

### **5.5.3 Symptomwandel der „Hysterie“ unter soziokulturellen Aspekten**

Die Diskussion über den Krankheitswandel der „Hysterie“ hat zeitgeschichtliche und soziokulturelle Faktoren ins Zentrum der Betrachtung gerückt. Grundsätzlich lässt sich beobachten, dass das Krankheitsbild der „hysterischen“ Störung in allen Kulturen vorkommen kann. Geprägt wird die Erkrankung aber immer von einer spezifischen Symptomatik, die sich abhängig von der jeweiligen Kultur, ihren Werten und gesellschaftlichen Normen, von der Religion, der Geschichte, der politischen Struktur und nicht zuletzt vom vorherrschenden Gesundheitssystem einer Gesellschaft entwickelt (z.B. Hoffmann, 1986; Schepank, 1986). Dabei scheint der „hysterische“ Patient unbewusst die Symptomformen zu wählen, die für seinen Kulturkreis geeignet sind (Meyer, 1961). Er übernimmt gewissermaßen genau die Rollen, die ihm der „Zeitgeist“ und die jeweilige Gesellschaftsstruktur zur Verfügung stellen (Loch, 1985). Umgekehrt entwickelt jede Kultur und ihr entsprechendes Medizinsystem ein medizinisches Konzept mit ihren eigenen Vorstellungen von Leib und Seele, von Krankheit und Heilen. Insofern sollte die Symptomatik eines Patienten immer abhängig vom jeweiligen kulturellen Kontext betrachtet werden (Probst, 1994). Vor Einführung der allgemeinen Krankenversicherung beispielsweise sah man die „Hysterie“ zunächst als Erkrankung der bürgerlichen Schichten an, als ein Symptom der „vorwiegend müßiggängigen Damen“ (Weickmann, 1997, S.33). Auch die allmächtige Emanzipation der Frau und ihr Selbstbild wirkten sich aus. So wurden um 1900 erstmals Frauen an Universitäten zugelassen, wodurch das männliche Bildungsmonopol fiel und mit einem weiblichen konfrontiert wurde. Frauen waren im

öffentlichen Bild nicht mehr ausschließlich Mütter und Sexualpartnerinnen, sondern zugleich Lernende. Das traditionelle Weiblichkeitsmodell galt also nicht mehr uneingeschränkt (King, 2001).

Formen der „klassischen Hysterie“ findet man heute noch gehäuft in Süd- und Osteuropa, z. B. in Aserbaidshan, in den Mittelmeerländern und dem Nahen Osten sowie in einigen Entwicklungsländern (Mentzos, 1980). In einer Studie der Neuropsychiatrischen Ambulanz des Gondar College of Medical Sciences (Nordwest-Äthiopien) wurden 1985 und 1986 „hysterische“ Erscheinungsbilder bei 1240 Erstkonsultationen untersucht. 466 (37,6 Prozent) wurden als psychoneurotische Syndrome klassifiziert, davon 155 (12,5 Prozent der Gesamtbevölkerung bzw. 33,5 Prozent der neurotischen Syndrome) als „hysterische“ Erkrankungen auf der Basis des ICD 9 und DSM-III klassifiziert. Außer dem hohen Prozentsatz „hysterischer“ Störungen in der Population im Vergleich zu europäischen Verhältnissen fiel auf, dass das Erscheinungsbild Formen gleich, wie sie in Mitteleuropa zu Zeiten der klassischen „Hysterie“ vorkamen. Vergleichsweise auffällig war auch die Geschlechterverteilung in Bezug auf die Inanspruchnahme der Neuropsychiatrischen Ambulanz (66,1 Prozent männlich vs. 33,9 Prozent weiblich) sowie bei den „hysterischen“ Erkrankungen (87 Prozent männlich vs. 68 Prozent weiblich). Hierbei darf jedoch nicht übersehen werden, dass der Anteil der männlichen Patienten überwiegend aus Militärangehörigen bestand, die die langen und grausamen Kriege in der Region miterlebt hatten. Eliminiert man diese Gruppe aus der Statistik, dann verschiebt sich die Geschlechterverteilung und man kommt auf Werte, die an mitteleuropäische Erhebungen erinnern (35 Prozent männliche und 65 Prozent weibliche Patienten).

Zu den charakteristischen Symptomen zählten Konversionsstörungen und motorische Störungen. Sie stellten für die Betroffenen Problemlösungsmechanismen dar, angesichts sich im Umbruch befindlicher gesellschaftlicher Bedingungen (Schier, 1989). *Schepank* (1986) betont in diesem Zusammenhang, dass in transkulturellen epidemiologischen Studien über psychogene Erkrankungen besonders dort unüberwindbare Probleme auftreten, wo mangelhafte medizinische Versorgung, Unterernährung, Sprachbarrieren sowie eine hohe Analphabetenrate herrschen. Nicht ohne Grund bezeichnet *Pfeiffer* (1980) „Hysterie“ als „kulturgebundenes Syndrom“. Vielleicht lassen die beschriebenen Zusammenhänge von Kultur und Krankheitsbegriff erkennen, weshalb die „Hysterie“ so wenige Chancen hat, ernst genommen zu werden und nicht als negativ behafteter Ausdruck in unserer Gesellschaft entwertet wird. *Schmidbauer* (1999) spitzt

das folgendermaßen zu: „Wie viel an unseren kulturellen Errungenschaften nur Fassade ist, das wissen wir genau“ (S. 87f.).

### 5.5.4 „Hysterie“ und Weiblichkeit

Dass „hysterische“ Erscheinungen ausschließlich Frauen betreffen, ist bis ins 19. Jahrhundert kaum bezweifelt worden (Wölk, 1992). Lange Zeit galt „Mütterlichkeit“ als weibliches Ideal. Noch heute ist der Anteil weiblicher Patienten mit „hysterischen“ Beschwerden um das Doppelte bis Dreifache höher als der Anteil männlicher Patienten (z.B. Fichter, 1990; Guze et al., 1972; Mai, 1995). Woodruff et al. (1971) gehen davon aus, dass 2 Prozent der weiblichen Gesamtbevölkerung am Briquet-Syndrom erkrankt sind, und Engel (1970) diagnostiziert Konversion bei 20 bis 25 Prozent der aufgenommenen Patientinnen eines allgemeinen Krankenhauses. Bei einer Querschnitts-Studie der NIMH (Epidemiologic Catchment Area Study) lag bei 4 Prozent der Patientinnen eine Somatisation vor (Swartz et al., 1991).

Warum diese Erkrankung häufiger das weibliche Geschlecht betrifft, ist vielfach diskutiert worden. Bis auf wenige Ausnahmen galt das Weibliche in der Kulturgeschichte der Menschheit als dem Männlichen nachgeordnet und unterlegen, zuweilen sogar als pathologisch. Frauen wurden in körperlicher und psychischer Hinsicht oft als krank, leidend und irgendwie defizitär dargestellt (Maschewsky-Schneider, 1996) sowie als emotional oder vegetativ labiler als der Mann und deshalb als leichter „hysterisierbar“ betrachtet (Essen, Habermas; 1989). Chodoff und Lyons (1958) sahen in der Symptomatik ein „Bild von Frauen in den Worten der Männer“ (S.92). Die „Hysterie“ kam einer weiblichen Karikatur gleich. Mamor (1953) ging von einer gesellschaftlichen Toleranz gegenüber den „hysterischen“ Charakterzügen der Frau aus, wodurch sich „Hysterie“ sogar verstärkte oder von der Frau als Verweigerung kultiviert werde, um sich den Pflichten und Zwängen der traditionellen Rolle als Mutter und Ehefrau zu entziehen (Smith-Rosenberg, 1981). Hoffmann (1979) stellte die These auf, dass „hysterische“ Frauen vermeintlich anstößige Inhalte auf dem Wege einer Körpersymptomatik artikulierten, weil gesellschaftliche Konventionen der Verbalisierung dieser Inhalte entgegenstünden. Diese averbale Kommunikationsform hängt mit dem geringen Sozialstatus der Frau zusammen. Somatische Ursachen für „Hysterie“ bei Frauen führt Mentzos (1960) an. Er bringt „Hysterie“ in einen Zusammenhang mit Fotosensibilität. Bei Frauen im Konzeptionsalter trete Fotosensibilität doppelt so häufig auf wie bei Männern.

Besondere Aufmerksamkeit wird in der Literatur der Verbindung von weiblicher Sexualität und „Hysterie“ gewidmet. Schon in der Geschichte interpretiert man „Hysterie“ als interaktive Inszenierung und Projektion sexueller Phantasien, Fruchtbarkeitsmagien und Potenzneid (Gress, 1996; Weickmann, 1997). In Zeiten rigider Sexualmoral und vor allem der Ungleichstellung der Frau gegenüber dem Mann stellte sich die Symptomatik als Ausdruck gesellschaftlich nicht zugelassener sexueller Vorstellungen dar. Daher galt das „Hysterische“ seit jeher als Ausdrucksform der Frau und ihrer Sexualität. Noch heute prägt diese Vorstellung den Volksmund (Fritsch, 1996). Besonders gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurde von vielen Autoren betont, dass hinter der Maskerade „hysterischer“ Ausdrucksformen sexuelle Phantasien stünden. Hatte *Charcot* die „Hysterikerin“ noch mit Dornröschen verglichen, sahen andere sie als provokante, leichtlebige Frau. So rief die „Hysterie“ unter ihren Beobachtern ambivalente Gefühle hervor, die zwischen Begierde und Abstoßung changierten (Lamott, 1998). Das bürgerliche Ideal stellte die „femme fragile“ als eine sittlich über allen Verdacht erhabene Frau mit jungfräulicher Keuschheit dar. Die Gegenfigur gab die Frau aus dem Proletariat, die „femme fatale“, eromanisch und nymphomanisch. Als aktive Verführerin gehorchte sie ausschließlich ihrem Trieb (Gilman, 1982; Hilmes, 1990; Schaps, 1992). Beide Konstrukte sind Extreme, die in Reinform wohl wenig mit der Realität gemein hatten, wohl aber bestimmte Vorstellungen zementierten, die weibliche Intelligenz leugneten und so die Fixierung der herrschenden Geschlechterverhältnisse zum Ziel hatten (Lamott, 1998).

Es stellt sich die Frage, ob „Hysterie“ womöglich erst in Abhängigkeit zur Einstellung, Erwartung und Reaktion des Umfeldes zu interpretieren ist. Der soziale Wandel in den westlichen Staaten führte schließlich zu einer Enttabuisierung der Sexualität und bereitete den Boden für die Emanzipation der Frau (Wölk, 1992).

Im Rahmen einer Studie der Karls-Universität Prag (1990) untersuchte man die psychosexuelle Entwicklung sowie die sexuelle Aktivität von 30 Frauen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung. Das Durchschnittsalter der Gruppe betrug 34,1 Jahre. Sechs Frauen waren ledig, 19 verheiratet und fünf geschieden. 13 von ihnen empfanden ihre Beziehung zum gegenwärtigen Partner als befriedigend. Unterschiede zur Kontrollgruppe erwiesen sich lediglich hinsichtlich ihrer sexuellen Aktivität, ihrer Zufriedenheit im Sexualleben und ihrer orgasmischen Fähigkeit. Frauen mit histrionischer Persönlichkeit waren im Vergleich zur Kontrollgruppe auch bei vorübergehend befriedigender Partnerschaft mit ihrem Sexualleben allgemein unzufriedener (33,3 Prozent vs. 17,8 Prozent), ihre sexu-

elle Aktivität und orgasmische Fähigkeit (56,7 Prozent vs. 78,2 Prozent) stuften sie geringer ein als die Kontrollgruppe, und in der psychosexuellen Entwicklung wiesen diese Frauen eher einen unsteten Lebenswandel auf. Sie gaben mehr Bekanntschaften mit Männern an und waren erst später als die Vergleichsgruppe fähig, eine dauerhafte Partnerschaft einzugehen (Raboch, 1990).

*Plzak* (1973) kam zu dem Ergebnis, dass Frauen im Alter von über 35 Jahren, die über einen längeren Zeitraum sexuell nicht aktiv sind, klassische „hysterische“ Symptome zeigen. Die Störungen verschwinden jedoch, sobald sie sexuell wieder aktiv sind. Dass die Sexualität von Frauen mit „hysterischer“ Symptomatik größeren Schwankungen ausgesetzt ist, legt die Studie von *Amaro Gonzales et al.* (1979) nahe, die das Sexualverhalten von 50 „hysterischen“ Frauen betrachtet. Dokumentiert wurden verschiedene Symptome, von zeitlich früher Sexualität, über Frigidität und Algopareunie bis zur zeitweise sexuellen Abstinenz. *Purtel et al.* (1951) fanden eine Abweichung der Sexualität von der Norm sogar bei 98 Prozent der 50 untersuchten „hysterischen“ Frauen. 86 Prozent der Patientinnen gaben an, kein sexuelles Interesse zu entwickeln, 73 Prozent vermissten sexuelle Befriedigung und 63 Prozent zeigten Dyspareunie. Auch *Winokur und Guze* (1963) beschreiben selteneren Beischlaf bei diesen Patientinnen und eine geringere Orgasmushäufigkeit. In der Adoleszenz und prämatrimonial verlief die Entwicklung der „hysterischen“ Frauen jedoch unauffällig.

Die besonderen Umstände des Arzt-Patienten-Verhältnisses bei der Diagnose „Hysterie“ findet in der Fachliteratur immer wieder Erwähnung. In diesem Zusammenhang wird in der Literatur von einigen Autoren sogar vom sogenannten „Hysterie-Gefühl“ berichtet (z.B. *Carp*, 1971; *Hoffmann*, 1979; *Mentzos*, 1980; *Rümke*, 1937; *Winker*, 1988). Dabei handelt es sich um eine Empfindung des Therapeuten. Ein Gefühl des „Unnatürlich-Seins“ stellt sich ein, der Behandler fühlt sich durch die Gefühlsäußerung der Patientin unberührt oder ist sogar irritiert durch die Tatsache, dass in ihm gleichgerichtete Gefühle ausgelöst werden. Der Therapeut zweifelt somit an der Echtheit des Erlebens und Verhaltens der Patientin. Diese Veränderung wird auch als „hysteriformes Gegenübertragungsgefälle“ bezeichnet. Nach *Mentzos* (1980) liegt in diesem Zusammenhang für den Therapeuten das größte Problem in der Wahrung professioneller Distanz. Denn die „hysterische“ Frau rufe in ihrem Therapeuten in solchem Maß Gefühle hervor, dass es manchmal dessen ganze Kraft koste, „wenigstens nichts durch unüberlegte heftige aggressive Gegenübertragungsreaktionen zu zerstören“ (S. 108).

Ursachen hierfür sind möglicherweise historisch begründet. Die „Hysterie“ war eine Diagnose von Männern für Frauen, von Ärzten für Patientinnen. Das erzeugte bei den Frauen möglicherweise Ängste, aber auch Racheimpulse. Das Verhalten dieser Patientinnen kann Einfluss haben auf das unbewusste Fühlen und Denken des Behandlers (Haas, 1987). Schon Freud (1893b) sieht das Studium der „Hysterie“ als für den Arzt zeitraubend und kräftezehrend an, außerdem setzt die Analyse eine persönliche Anteilnahme am Schicksal der Kranken voraus – Zeitaufwand der Übertragung, wie Didi-Hubermann (1982) meint. Diese Übertragungen sind analytisch betrachtet Neuaufgaben und Nachbildungen der zurückliegenden Regungen und Phantasien der Patientin. Sie werden im Prozess der Analyse erweckt, bewusst gemacht und freigesetzt, wobei der Therapeut für die Patientin die Rolle einer bedeutsamen Person einnimmt (Freud und Breuer, 1893/95). Breuers wohl bekannteste Patientin, Anna O., löste in ihm eine Faszination aus, eine Anziehungskraft, die Breuers Flucht erklärt. Für die „Hysterische“ wurde hierbei ihr Liebesverlangen zu einem Symptom ihrer Erkrankung. In der Übertragung des Arztes gestaltete sich die Wahrnehmung der „Hysterischen“ ganz nach dem Bild seines Begehrens. Charcot und andere berauschten sich selbst in verborgenen Vorstellungen an der Lüge der „Hysterikerin“ (Didi-Hubermann, 1982, S. 194f). „Der Gedanke dieser Übertragung in der Salpêtrière unter Charcot blieb ungedacht, so daß die erkrankten Frauen sich der Absicht, ihre Krankheit aufzugeben, entwendeten“ (Freud, 1901/05, S.202). Auffällig ist, dass zehn Jahre nach Charcots Tod viele seiner ehemaligen Patientinnen ihre Erkrankung vergaßen und in ein normales Leben zurückkehren konnten (Fritsch, 1996).

Winker (1988) führt zwei Charakteristika an, die das „Hysterische“ als eine typische Facette des Weiblichen kennzeichnen, und somit erklären, warum es dem Mann schwer fällt, die „hysterische“ Frau zu verstehen und zu akzeptieren. Zum einen wird der Mann aufgefordert, sich als Mann zu erweisen und als solcher zu bestehen. Tut er das nicht, so wird er fallengelassen und nicht bewundert. Andererseits will die „hysterische“ Frau nicht nur bewundert und geliebt werden, sondern in gleicher Weise lieben und bewundern. Der Mann handelt dann nicht mehr gemäß seiner Ratio und seinem Bewusstsein, sondern er wird bestimmt durch spontane Gefühle. Außerdem ist zu erwähnen, dass die Wissenschaft von jeher männlich dominiert ist. Demzufolge ist „Hysterie“ als Ausdrucks- und Krankheitsform in der Hauptsache den Frauen zugeschrieben worden. In der Tat neigen männliche Therapeuten eher zur Diagnose „Hysterie“ im weiteren Sinne als ihre Kolleginnen. Dies wurde auch in einer Studie der Universität Frankfurt bestätigt (Mentzos und Pittrich, 1971).

## 5.6 Aktuelle Kategorien der „Hysterie“ und ihre Kodierung nach dem ICD-10

Erfreulicherweise besteht inzwischen Konsens darüber, dass sich die historische „Hysterie“ heute in neuen Diagnosen manifestiert: in der Konversion, der Dissoziation, der Somatisierungsstörung sowie der histrionischen Persönlichkeitsstörung (z. B. Hoffmann und Hochapfel, 1995; Klußmann, 1992; Rudolf, 1993; Mentzos, 1997).

Mentzos (1997) beispielsweise unterscheidet drei Gruppen von „hysterischen“ Phänomenen oder Vorgängen. Zum einen die körperlichen Funktionsstörungen, die u. a. als Lähmungen, Seh-, Hör-, Sprech- oder Gleichgewichtsstörungen zu beobachten sind, ohne dass ein organopathologischer Befund vorliegt. Des Weiteren die dissoziativen Phänomene, die als psychische Funktionsstörungen, wie z. B. abgegrenzte Erinnerungslücken für bestimmte Zeitabschnitte (Amnesie), zu beobachten sind, oder Bewusstseinsstörungen, wie psychogene Dämmerzustände „hysterischer“ Ich-Spaltungen sowie „hysterische“ Pseudohalluzinationen. Außerdem die „hysterischen“ Persönlichkeitszüge, die sich in bestimmten Verhaltensmustern, wie z. B. der Tendenz zur Dramatisierung, der verminderten Fähigkeit, zwischen Phantasie und Realität zu unterscheiden, in ausgeprägter Suggestibilität, in übertriebener Koketterie und Theatralik oder Ähnlichem manifestieren.

Im folgenden Kapitel möchten wir diese vier verschiedenen Erscheinungsformen der „Hysterie“ näher erläutern und differentialdiagnostisch betrachten.

### 5.6.1 Konversion

Der Begriff der Konversion wurde erstmalig 1894 im Rahmen der Hysterie-Studien von *Freud* erwähnt. Er definiert den Begriff folgendermaßen: „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“ (S. 63). Die Disposition dazu wurde noch ganz klassisch als genetisch-neurophysiologische Übererregbarkeit gesehen. Die Symptomwahl ergab sich aus dem zufälligen Vorhandensein einer gleichzeitigen organischen Störung. Bereits zwei Jahre später ist von den spezifischen organischen Erklärungsfaktoren nicht mehr die Rede. Passives Erleben eines infantilen Sexualtraumas wird als mögliche Ursache angesehen (Freud, 1896). Wieder später

sieht *Freud* einen Zusammenhang in unterschiedlichen Stadien der Libidofixierung, zieht also ein entwicklungspsychologisches Erklärungsmodell heran (Freud, 1917). Laut *Freud* manifestiert sich die Symptomatik dieser Erkrankung nur im Bereich der Willkürmotorik und der Sinnesorgane. *Engel* (1970) wies jedoch später nach, dass Störungen solcher Art in allen Organsystemen vorkommen können, sofern das Symptom „psychisch repräsentierbar“ ist (Adler, 1997).

Heute wird die Konversionsstörung nach der ICD-10 und dem DSM-IV in unterschiedlicher Weise klassifiziert. Im DSM-IV ist der Begriff Konversion beibehalten worden. Die Definition betont die Ähnlichkeit zu den Somatisierungsstörungen und ordnet die Konversion, wie auch die Somatisierungsstörung, den somatoformen Störungen zu. Sowohl Symptome der Motorik als auch der Sensorik finden Eingang in diese Kategorie. Gemeinsam ist ihnen eine durch psychische Faktoren ausgelöste körperliche Symptomatik. Einen anderen Ansatz verfolgt die Klassifizierung nach ICD-10. Hier wurde der Begriff der Konversion ganz fallengelassen, zusammen mit der Dissoziation subsumiert man die Symptomatik unter dem Begriff der dissoziativen Störungen. Das gemeinsame Merkmal der dissoziativen Störungen wird in einem teilweisen oder völligen Verlust der normalen Integration der Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen gesehen (Scheidt, 1998). Außerdem können bei Konversionsstörungen nicht selten gleichzeitig auch mnestiche und Bewusstseinsstörungen auftreten (Hoffmann, 1996b). Zudem wird angenommen, dass bei den in dieser Kategorie zusammengefassten Erkrankungen hinsichtlich Ursprung und Ausformung der Krankheit die gleichen psychodynamischen Mechanismen zum Tragen kommen. Empirische Befunde stehen zu dieser Hypothese jedoch noch aus (Spitzer, 1996). Die beiden Klassifikationssysteme stimmen aber insofern überein, als dass sie für die Diagnose der Konversionsstörung körperliche Erkrankungen ausschließen und den Zusammenhang zwischen der Symptomatik und psychischen und psychosozialen Belastungen des betroffenen Patienten erkennen (Scheidt, 1998; Kapfhammer, 1998). Die scharfe Trennung von psychischen und somatischen Symptomen im Krankheitsbild findet aber nicht nur Befürworter. *Henningsen* (1996) kritisiert sowohl die psychoanalytische Theorie als auch das psychiatrische Klassifikationssystem, wo Konversion als ein ausschließlich psychogener Prozess verstanden wird. Er erkennt in der Konversion zum einen ein psychologisches, zum anderen ein physiologisches Konzept. Nach seiner Lesart müssen daher psychologische Faktoren stimmig durch somatische Faktoren ergänzt werden.

Deskriptiv handelt es sich bei der Konversion um pseudoneurologische Störungen. Beschrieben werden immer wieder Anfälle, Störungen der Motorik, der Sensibilität und der Wahrnehmung, z.B. psychogene Lähmungen, Schwindel, Zustände mit Bewusstseinsstörungen oder psychogene Ertaubung und Erblindung (Hoffmann und Hochapfel, 1999). Reinformen in der Symptomatik sind selten geworden. Bei 20 Prozent bis 62 Prozent der Erkrankungen kommen gemischte Konversionssymptome vor (Eckhardt-Henn, 2004) im Gegensatz zur klassischen Beschreibung *Freuds* und *Charcots*, die bei ihren Patienten fast ausschließlich monosymptomatische Formen ausmachten. Auch eine Kombination mit anderen psychischen Krankheitsbildern ist nicht selten der Fall. *Spitzer et al.* (1994) berichten, dass Patienten neben Konversionsstörungen zu einem hohen Prozentsatz gleichzeitig an anderen psychopathologischen Störungen leiden, wie Depressionen, Angststörungen und phobischen Störungen. Nur 38 Prozent der Untersuchten zeigten eine monosymptomatische Störung. Außerdem beschrieben verschiedene Autoren bei ihren Patienten neben Konversionsstörungen eine erhöhte Prävalenz zur Persönlichkeitsstörung, vor allem vom passiv-aggressiven oder histrionischen Typ (z.B. Merskey und Trimble, 1969; Lecompte, 1989).

*Hoffmann* (1996) richtete ein besonderes Augenmerk auf die Psychodynamik im Konversionskonzept. In seiner Darstellung beschreibt er die Konversion als eine Umwandlung (lat. *conversio*) eines seelischen Konflikts in eine körperliche Symptomatik. Dieser komplexe psychische Vorgang dient der Entlastung unbewusster innerer Konflikte des Patienten und kann letztlich als körpersprachlich vermittelte Symbolisierung interpretiert werden. Der Patient ist nach *Hoffmanns* Auffassung Darsteller und Zuschauer in einem. In der von ihm demonstrierten Symptomatik bringt er ein Stück individuelle Wirklichkeit zum Ausdruck. Nach *Adler* (1995) spiegeln sich in der Konversion hinsichtlich der Bewegung von Körperteilen und des Ablaufs von Körperfunktionen nicht anatomische oder physiologische Prozesse im herkömmlichen Sinne wider, vielmehr agiert der Betroffene nach Maßgabe eigener Krankheitsvorstellungen, wie sie von ihm vor allem in frühen Erfahrungen erlebt worden sind und in seiner Vorstellung bewusst oder unbewusst existieren. *Hartmann* (2000) unterteilt die Psychodynamik der Konversion in zwei Vorgänge, wobei äußere Ereignisse oder innere Veränderungen als Auslöser angenommen werden. Sie mobilisieren eine ehemals verdrängte Vorstellung, die ins Bewusstsein des Patienten gelangt. In der ersten Etappe kommt es zu einer Verdichtung der Besetzung eines unbewussten Vorstellungskomplexes auf eine assoziierte, lebensgeschichtlich in irgendeiner Verbindung

mit ihm stehende Körperrepräsentanz. Der verdrängte Triebwunsch ist im Unbewussten mit Vorstellungen assoziiert, die diese Verdrängung erst erforderlich machen. Wird dieser Wunsch remobilisiert, so entsteht auch in gleichem Maße die unbewusste Angst, durch welche die Verdrängung erzwungen wurde. In der zweiten Phase der Konversion setzt eine Regression ein. Früheste Erlebnismodalitäten werden mobilisiert und aus ihnen diejenigen herausselektiert, die als Mittel im Umgang mit der besetzten Körperrepräsentanz eingesetzt werden können. Diese Regression erlaubt es, die Besetzung von der Körperrepräsentanz (Vorstellungen, Erinnerungen) in eine bestimmte Wahrnehmung oder motorische Aktion zu verwandeln. Die sich ehemals in Gestalt einer unbewussten Körpervorstellung (Erinnerung) manifestierende Besetzung erscheint dem Patienten nun selbst als bestimmte Wahrnehmung oder motorische Äußerung. Die Umwandlung der Besetzung mündet in einen Zustand der Trennung von Vorstellung und Wahrnehmung. Letztlich ermöglicht diese Spaltung es dem Patienten, den für ihn unerträglichen Konflikt aus dem psychischen Innenbereich seiner Vorstellung von Ansichten und Erinnerungen zu verbannen. Dieses Schisma verlagert die Symptome in den somatischen Bereich, sodass er nun über Schmerzen, Lähmungen und Synkopen klagt. Der wahre Ursprung wurzelt im Unbewussten.

Als Ursachen für die Konversionsstörung werden für den Patienten scheinbar unlösbare und stark belastende Konflikte angenommen, die in unmittelbarer Beziehung zur Symptombildung stehen, und der Erkrankung zeitlich vorausgehen. Meist handelt es sich um soziale Situationen, wie emotionale oder traumatische Belastungen oder eine ausgeprägte Verlustreaktion (Hoffmann, 1996).

Die Angaben zur Prävalenz der Konversionsstörung schwanken stark. Stichproben, die bei der Allgemeinbevölkerung vorgenommen wurden, gehen von 11 bis 300 pro 100.000 Personen aus. Unter neurologischen Patienten liegt die Häufigkeit sogar bei etwa 9 Prozent (Lempert, 1990). Die Berücksichtigung demographischer Daten, wie Geschlecht, Alter und Sozialstatus legt nahe, dass das Krankheitsbild der Konversion unterschiedlich verteilt auftritt. Übereinstimmend sehen die Autoren einen Überhang des weiblichen Geschlechts, etwa im Verhältnis 2:1 (z.B. Maxion, 1988; McKegney, 1999; Ziegler, 1992). In Bezug zum Alter erweist sich die Konversionsstörung als zwei-gipflig. Der erste Altersgipfel fällt in die Spanne vom 15. bis 25. Lebensjahr, auffällig viele Menschen erkranken auch zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr (Maxion, 1988; Scheidt, 1998). Maxion et al. (1988) beobachteten in ihrer Untersuchung eine Häufung von Konversions-

störungen bei Menschen mit vergleichsweise niedrigerem Bildungs- und Ausbildungsniveau. In anderen Studien wurde diese Frage jedoch nicht berücksichtigt. Eine Prävalenz von Konversionsstörungen im Hinblick auf Schichtzugehörigkeit und Bildungsniveau muss daher in Anbetracht des geringen Zahlenmaterials als ungesichert gelten. Es existieren aber Hinweise darauf, dass soziokulturelle Faktoren für die Manifestation dieser Erkrankung relevant sind (Scheidt, 1998).

Auf empirisch-klinischer Ebene gibt es einige Hinweise auf eine Lateralisierung der somatischen Beschwerden bei Konversionsstörungen. Schon *Briquet* (1859) sprach in seinen Veröffentlichungen von einer Vorliebe der „Hysteriker“, auf der linken Körperseite Symptome zu zeigen. Auch *Ferenczi* (1919) und später *Pascuzzi* (1994) fiel die Häufung von linksseitigen Konversionssyndromen auf. *Ferenczi* vermutete bei diesem Phänomen einen Chiasmus: bei Rechtshändern ergebe sich eine gewisse Disposition zu unbewusster Erregung der linken Körperseite. Empirisch gut belegt ist, dass die frontale Aktivierung der rechten Hirnhälfte mit einer erhöhten Disposition zum Erleben negativer Affekte einhergeht und individuelle Unterschiede in dieser frontalen Aktivierung mit Aspekten des Abwehrverhaltens korrelieren (Davidson, 1995). In dieses Bild passt auch die Beobachtung, dass lateralisierte Konversionssymptome gehäuft nach schweren Hirntraumen auftreten (Eames, 1992). Nach *Mace* (1992) bildet die Konversionsstörung eine „Brücke zwischen der Neurologie und der Psychiatrie“. Auch im Rahmen der diagnostischen Kriterien drückt sich das Wechselspiel beider Bereiche aus: Je nach Gewichtung ergeben sich rein somatisch-dekriptive, psychiatrisch-psychodynamische und gemischte Diagnoseansätze.

### 5.6.2 Dissoziation

Der Begriff Dissoziation fußt auf einem alten klinischen Konzept und wurde schon von *Charcots* Schüler, dem Psychiater *Pierre Janet* (1907), beschrieben. *Janet* demonstrierte den Zusammenhang von dissoziativen Symptomen an „hysterischen“ Patienten und charakterisierte die „Hysteriker“ als primär unfähig, die Vielfalt psychischer Abläufe zu bewältigen, zu integrieren und sie zu einer Einheit zusammenzufassen. Die dissoziierten Vorstellungs- und Funktionssysteme entziehen sich dem persönlichen Bewusstsein, bleiben jedoch weiterhin aktiv. *Freud* und *Breuer* (1893, 1895) beschrieben in den „Studien über Hysterie“ die Bewusstseinspaltung als Synonym für die Dissoziation und interpretierten sie als Ausdruck psychodynamisch begründbaren Abwehrverhaltens. Sie erkannten, im Gegensatz zu *Janet*, in der Dissoziation weniger einen Prozess, vielmehr einen Bewusstseins-

zustand, in dem das „hysterische“ Phänomen entsteht. Der zentrale Mechanismus der „Hysterie“ lag für *Freud* und *Breuer* im Konversionsprozess begründet (Spitzer, 1996), auf den wir im Kapitel zuvor schon eingegangen sind.

In *Robert Louis Stevensons* Roman „Der seltsame Fall des Dr. Jekyll and Mr. Hyde“ (The Strange Case of Dr. Jekyll and Mr. Hyde) aus dem Jahr 1886 findet das Phänomen der Dissoziation auch seinen literarischen Niederschlag. Stevenson, der Meisterwerke der Suggestion und der psychologischen Einfühlung verfasst hat, beschreibt in seiner wohl berühmtesten Geschichte die innere Spaltung des Menschen anhand seines Protagonisten Dr. Jekyll, einem ehrenwerten Arzt. Jekyll, so erfährt der Leser, litt schon als Kind unter dem unüberbrückbaren Dualismus „guter“ und „böser“ Eigenschaften und ihrer entsprechenden Bedürfnisse. So verwandelt sich der altruistisch gesinnte Jekyll (in der Erzählung mit Hilfe einer Droge) von Zeit zu Zeit in den eigensüchtigen Mr. Hyde, der auch phänotypisch (hässlich, missgestaltet) das „Böse“ verkörpert. Nach psychodynamischer Betrachtung „entlastet“ sich Jekyll von abgelehnten Persönlichkeitszügen, von dem „Bösen“ an sich, indem er das „Böse“ sozusagen in Mr. Hyde inkarniert. Die Rechnung geht allerdings nicht auf – schließlich war Stevenson puritanischer Moralist –, denn als das „Böse“ die Oberhand gewinnt, begeht die Chimäre Jekyll/Hyde schließlich einen Suizid.

Lange Zeit war das Phänomen der „Bewusstseinspaltung“ in der Medizin jedoch vergessen. Erst die dritte Auflage (1980) des Diagnostischen Manuals der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (DSM-III) räumt der Dissoziation einen gewissen Platz ein und widmet sich dem Phänomen deskriptiv. In der DSM-III heißt es: „Hauptmerkmal ist eine plötzliche, zeitlich begrenzte Änderung der normalen integrativen Funktion des Bewusstseins, der Identität oder des moralischen Verhaltens. Wenn die Veränderung das Bewusstsein betrifft, können wichtige persönliche Ereignisse nicht erinnert werden. Wenn sie die Identität betrifft, wird entweder die gewohnte Identität zeitweilig vergessen und eine neue Identität angenommen, oder das übliche Gefühl der eigenen Realität geht verloren und wird durch das Gefühl der Unwirklichkeit ersetzt. Wenn die Änderung das motorische Verhalten betrifft, so besteht auch eine gleichzeitige Störung des Bewusstseins oder der Identität, wie beim Weglaufen während einer psychogenen Fugue“ (zit. n. Koehler und Sass, 1984, S. 265).

*Eckhard-Henn* (2004) beschreibt eindrucksvoll die Dissoziation als sinnvolle Überlebensstrategie, als eine entgleiste Abwehrfunktion des Ichs. Einerseits ermöglicht

die dissoziative Störung, dass das übrige Selbst weiter funktioniert und nicht durch unerträgliche Affekte bedroht ist. Andererseits ist eine kontinuierliche, fortschreitende Schwächung der Identität zu beobachten, weil es durch die dissoziativen Zustände immer wieder zu einem Bruch des Identitätsgefühls kommt.

Heute werden vormals mit dem Attribut „hysterisch“ apostrophierte Störungen, die sich auf kognitiver oder auf Bewusstseinssebene manifestieren, als Dissoziation klassifiziert, wobei zwischen dissoziativer Störung mit psychischer Symptomatik und dissoziativer Störung mit körperlicher Symptomatik unterschieden wird. Letztere entspricht nach der DSM-III-R der Konversion (Egle und Ecker-Egle, 1998). Bei den dissoziativen Störungen mit psychischer Symptomatik handelt es sich um eine Veränderung der Bewusstseinslage. Das Spektrum der Formen reicht von der Trance über die Amnesie bis zur Identitätsstörung, das heißt von subklinischen Formen bis hin zur multiplen Persönlichkeit (Spitzer, 1996). Die Symptomatik tritt zum Teil ganz plötzlich auf und verschwindet ebenso schnell wieder. Der Betroffene kann sich meistens an kurz zurückliegende Ereignisse, Gefühle und Phantasien nicht mehr willentlich erinnern (Nemiah, 1995). Andererseits sind in der Fachliteratur immer wieder starke Schwankungen in der Rezeption beschrieben. Die Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens bis hin zum völligen Verlust und ebenso die Einschränkung von Empfindung und Bewegung können von Tag zu Tag, sogar von Stunde zu Stunde, wechseln (Egle und Ecker-Egle, 1998).

Im Rahmen dieser Arbeit möchten wir besonders auf die psychogenen Anfälle eingehen. Diese Symptomatik wird in der ICD-10 als dissoziativer Krampfanfall beschrieben. Differentialdiagnostisch muss vor allem an die kardiozirkulatorische Synkope sowie an den epileptischen Anfall gedacht werden. Die Unterscheidung der Erkrankungen wird im Kapitel „Ursache und Diagnostik der Synkope“ ausführlich behandelt. Der Betroffene befindet sich dabei in einem stupor- oder tranceähnlichen Zustand. Die Vielfalt der Ausdrucksvarianten ist groß und bewegt sich zwischen „Bewegungssturm“ und „Totstellreflex“. Der Anfall gestaltet sich szenisch-dramatisch und tritt häufiger tagsüber in Anwesenheit von Dritten auf. Für die Diagnostik ist entscheidend, dass körperliche Erkrankungen des Patienten ausgeschlossen werden können und dass ein zeitlicher Zusammenhang besteht zwischen dem Auftreten von Anfällen und starken psychischen Belastungen oder für ihn unlösbar erscheinenden Problemen (Egle und Ecker-Egle, 1998).

In den dokumentierten Fällen geht es nicht selten um für den Patienten unerträgliche reale Zustände, die seine Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen. Erschreckend häufig steht chronischer sexueller Missbrauch von Kindern im Zusammenhang mit diesem Phänomen (z.B. Betts und Boden, 1992; Ogata et al., 1990; Paris et al., 1994; Scheidt und Hoffmann, 1997, Freyberger und Spitzer, 2005). Im Gegensatz zu Erwachsenen und Jugendlichen, die belastende Erlebnisse in der Erinnerung „abkapseln“ und gegebenenfalls eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln (Hoffmann und Hochapfel, 1999), münden bei missbrauchten Kindern traumatisierende Ereignisse im frühkindlichen Alter häufig in Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, Vorformen späterer Ich-Störungen (Dissoziation) und Persönlichkeitsstörungen. Die dabei auftretenden unerträglichen Affekte werden zunächst verdrängt. Eine äußere oder innere Konfliktsituation, z. B. eine erste sexuelle Erfahrung, kann zur Reaktivierung der abgespaltenen Affekte führen. Psychogene Anfälle erinnern dann nicht selten in ihrem Ausdruck an einen Sexualakt (Egle und Ecker-Egle, 1998). Offenbar vermag der Organismus zu einem so frühen Zeitpunkt erlittene Traumata nicht zu verarbeiten oder auszugleichen. Massiver Affektdruck in einer unerträglichen, sich unter Umständen oftmals wiederholenden Situation, führt zu einer Kanalisierung und Automatisierung des Erlebten in mehrere Bahnen. Dadurch kommt es zur Ausbildung von abgrenzbaren Gedächtnissen, Emotionen und Verhaltensweisen bis hin zu Persönlichkeitsveränderungen. Der Betroffene tritt sozusagen aus dieser unerträglichen Situation heraus in eine andere Erlebniswelt und ist somit nicht mehr er selbst. Der missbrauchte Mensch entzieht sich der Realität und lässt nur seinen Körper zurück (Hoffmann, 1994).

Es darf davon ausgegangen werden, dass, ähnlich wie bei der Konversion, ein beträchtlicher Teil der von dissoziativen Störungen betroffenen Patienten bislang keinen Kontakt zu psychiatrischen oder psychosomatischen Behandlungen gehabt hat. Dieser Umstand muss bei der Wahl eines Therapiekonzeptes in Erwägung gezogen werden. Bei den Betroffenen selbst hat sich oft schon ein somatisches Krankheitskonzept verfestigt durch umfangreiche diagnostische Programme, die meistens in neurologischen oder internistischen Kliniken vorgenommen wurden (Egle und Ecker-Egle, 1998). Wichtig ist daher eine sorgfältige Analyse der Erkrankung. Neben symptomorientierter Behandlung sollten suggestiv-hypnotherapeutische Verfahren, wie z. B. Muskelrelaxation nach Jacobsen, zur Verbesserung der dissoziativen Symptomatik eingesetzt werden. Darüber hinaus kann eine Therapie Angebote von Hypnoseverfahren oder das so genannte EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) beinhalten.

Medikamentös können besonders bei psychogenen Krampfanfällen oder dissoziativem Stupor Benzodiazepine initial eingesetzt werden. Gefühle, die vor und während des dissoziativen Zustandes auftreten, sollten rekonstruiert werden, Auslösesituationen müssen abgeklärt werden (Egle und Ecker-Egle, 1998). Psychotherapeutisch sind direktive suggestive Verfahren besonders in der Anfangsphase der Erkrankung am wirksamsten. Remissionen nach Wochen oder Monaten werden in der Literatur häufig beschrieben (Berger, 1999, Freyberger und Spitzer, 2005).

### 5.6.3 Die Somatoforme Störung

Unter somatoformen Störungen versteht man das Auftreten von in der Regel wiederholten, wechselnd-multiplen körperlichen Beschwerden, die nicht der willentlichen Kontrolle unterstehen und medizinisch nicht erklärbar sind (z.B. Kellner, 1987; Quill, 1985; Smith, 1986; Spitzer, 1996). Die Störung kann sich als mono- oder oligosymptomatisches Krankheitsbild präsentieren oder als ein Symptom mit wechselnden multiplen Beschwerden. Allen somatoformen Störungen sind zwei Aspekte gemeinsam. Der Kranke klagt über körperliche Beschwerden, wobei die somatische Abklärung keinen organpathologischen Befund erbringt und die Befunde sich nicht im Einklang befinden mit den geäußerten Beschwerden. Durch eine detaillierte Anamnese werden in der Regel psychosoziale Belastungen nachgewiesen (Radanov und Langewitz, 1997).

Die Prävalenz somatoformer Störungen variiert, abhängig von Alter, Geschlecht und sozio-kulturellen Faktoren. Nach *Escobar et al.* (1987) treten die Beschwerden bei etwa 0,4 Prozent der Bevölkerung auf, *Schepank et al.* (1984) geben sogar eine Auftreteshäufigkeit von 5 bis 10 Prozent in der Allgemeinbevölkerung an, wobei jeder Vierte dieser Patienten zur Chronifizierung neigt (Fink, 1992b). Nach anderen epidemiologischen Untersuchungen erkrankt sogar jeder siebte Bundesbürger einmal im Leben an einer Somatisierungsstörung (Nickel, 2003). In Krankenhäusern variiert die Prävalenz zwischen 5 und 16 Prozent und wird vor allem in kardiologischen und gastroenterologischen Praxen mit etwa 30 Prozent angegeben (z.B. *Bridges et al.*, 1985; *Kellner*, 1986; *Köhle*, 1991; *Lipowski*, 1988). Dass somatoforme Störungen gehäuft bei Frauen vorkommen sollen, hat sich in zahlreichen Studien nicht bestätigt (Fink, 1992a). In der Untersuchung von *Schoepf et al.* (2003) zeigt sich jedoch eine doppelt so häufige Prävalenz somatoformer Schmerzstörungen bei weiblichen Patienten wie bei Männern. Bei undifferentierten Somatisierungsstörungen war das Risiko bei Frauen sogar fünfmal höher als

bei männlichen Betroffenen. Patienten, die eine Somatisierung bereits in der Adoleszenz entwickeln, neigen häufiger zur Chronifizierung ihrer Beschwerden (Fink, 1992b). Außerdem korrelieren untere soziale Schichten und geringe Schulbildung mit dieser Erkrankung (Kellner, 1987), was sich möglicherweise mit häufiger auftretenden somatischen Krankheiten in der Kindheit bei Patienten dieser Schichtzugehörigkeit erklären lässt (Kellner, 1986). Das soziokulturelle Umfeld hat auch bei den somatoformen Störungen Einfluss darauf, in welchem Ausmaß und in welcher Qualität Symptome gezeigt werden (Kirmayer, 1992; Kleinmann, 1986). Interkulturelle Studien zeigen, dass z. B. bei Engländern vermehrt somatoforme Beschwerden des Herz-Kreislauf-Systems, bei Franzosen solche des Gastrointestinaltraktes, im Vordergrund stehen. Eine ausschließlich somatische Beschwerdekategorie findet sich im arabischen Raum, weitgehend unverbunden mit psychischer Symptomatik.

Beschwerden von Patienten mit somatoformen Störungen können sehr vielfältig sein und jedes Organsystem betreffen. Die häufigsten Symptome sind Kopf- oder lumbale Schmerzen (z.B. Escobar, 1987; Lipowski, 1988), weshalb dieses Krankheitsbild wohl als eigenständige Symptomatik in die ICD-10 aufgenommen wurde (Spitzer, 1996). Beschrieben werden auch immer wieder kardiovaskuläre Störungen, wie Palpitationen, Schwindel und Ohnmacht sowie gastrointestinale, respiratorische oder urogenitale Symptome. Man kann jedoch nie ganz ausschließen, dass trotz Somatisierung eine körperliche Erkrankung vorliegt (Fink, 1992c; Kellner, 1987; Lipowski, 1988).

Wie schon erwähnt, nimmt die Ursachenforschung an, dass sich die Erkrankung als Reaktion auf psychosozialen Stress manifestiert, der durch einschneidende Lebensereignisse oder für das Individuum subjektiv stark belastende Situationen hervorgerufen wird (Lipowski, 1988, Kampfhammer, 2007). Auch Schmerzerfahrungen oder früher aufgetretene häufige somatische Erkrankungen des Patienten in der Kindheit können Ursache dieser Symptomatik sein (z. B. Adler, 1987; Kellner, 1986; Walker et al., 1992). Nicht nur Erkrankungen der eigenen Person können den Ausschlag dafür geben, sondern auch durch das Miterleben einer schweren Krankheit oder gar den Tod eines Familienangehörigen kann es gehäuft zum Auftreten einer Somatisierung kommen (z.B. Hartvig und Steiner 1985; Kirmayer et al., 1994; Kriechmann 1987; Shapiro und Rosenfeld, 1986). Die damit verbundene emotionale Überforderung unterstützt möglicherweise eine Überschätzung der Bedrohung der eigenen Körpervorgänge. Wie zuvor beim Krankheitsbild der Dissoziation beschrieben, bestätigen die Ergebnisse zahlrei-

cher empirischer Untersuchungen, dass sexuelle und körperliche Traumatisierungen in der Kindheit besonders bei Frauen mit somatoformen Störungen auffällig hoch sind (z.B. Coryell, 1981; Drossman et al., 1990; Golding, 1994; Walker et al., 1992). Diese früh erworbenen Traumata scheinen bei den Betroffenen eher einseitig das somatisch-medizinische Hilfesuchverhalten zu fördern. Es kommt durch die negative primäre Beziehungserfahrung zu einer verzerrten Wahrnehmung des eigenen Körpers und zu negativen Einstellungen und Gefühlen zu ihm (Kapfhammer, 1998). Der Internist und Leibarzt *Freuds, Schur* (1955), beschreibt diese psychischen Veränderungen mit dem Begriff „Resomatisierung“. Dabei wird erneut in für das fortgeschrittene Lebensalter unangemessener Weise auf frühe, primär-prozesshafte Ausdrucksformen psychischer Phänomene zurückgegriffen. Diese funktionelle, situative oder strukturelle Ich-Schwäche führt dann zur psychosomatischen Erkrankung.

Die verschiedenen am Somatisierungsprozess beteiligten Komponenten legen eine komplexe Ätiologie der Somatisierung nahe. Keine Einzeltheorie ist in der Lage, die verschiedenen Manifestationen von Somatisierung befriedigend zu integrieren. Aus dem Zusammenwirken der unterschiedlichen Krankheitsfaktoren lassen sich verschiedene konzeptionelle Überlegungen ableiten (Kapfhammer, 2008). *Keller* (1987) unterscheidet zur Beschreibung des Krankheitskonzeptes bei der somatoformen Störung insgesamt drei Ebenen: eine Ebene des Erlebens, eine kognitive und eine Verhaltensebene.

Die Ebene des Erlebens oder der Wahrnehmung beschreibt die besondere Wahrnehmung und subjektive Interpretation der körperlichen Vorgänge des Patienten mit einer somatoformen Störung. Normale physiologische Vorgänge, minimale Beschwerden und körperliche Begleiterscheinungen von Affekten werden im Rahmen einer somatischen Erkrankung spezifisch und intensiver wahrgenommen (Kanton, 1991; Kellner, 1987). *Barsky* und *Klerman* (1983) führten in diesem Zusammenhang den Begriff der „somatosensorischen Amplifikation“ ein und beschreiben damit die Tendenz Erkrankter, selektiv körperliche Symptome zu akzentuieren. Der Patient täuscht weniger etwas vor, was er nicht empfindet, sondern es wird davon ausgegangen, dass er Körperempfindungen über veränderte sensorische Verarbeitungen und einen spezifischen Attributionsstil wahrnimmt. Angenommen wird dabei eine Senkung der Wahrnehmungsschwelle gegenüber den normalen fluktuierenden somatischen Vorgängen (z. B. *Basky* und *Wyshak*, 1990). Bestätigt werden konnte, dass Patienten mit funktionellen oder hypochondrischen Beschwerden eine niedrigere Schmerzschwelle und

-toleranz zeigen (Kellner, 1992b). Man geht heute davon aus, dass dieser Wahrnehmungsstil erworben wurde, z.B., wie schon erwähnt, durch häufige somatische Erkrankungen im Kindesalter (Lipowski, 1988; Kellner, 1986) oder über Nachahmung sozial „vererbt“. Die familiär selektive Aufmerksamkeit auf Körpervorgänge verstärkt einen Kommunikationsstil, in dem nur Unbehagen, das körperlich fassbar sein muss, Beachtung findet. Zudem ist die Selbstdarstellung eines Patienten mit Somatisierungsstörung gekennzeichnet durch geringen emotionalen Bezug zu sich selbst, distanzierte Selbstbeschreibung und Eingeengtsein auf Körperbeschwerden (Kriebel et al., 1996).

Die kognitive Ebene nimmt Bezug auf die besondere Verarbeitung von körperlichen Wahrnehmungen bei somatisierenden Patienten. Spontan werden keine Beziehungen zwischen Biographie, Erleben und Symptomen wahrgenommen oder nur oberflächlich hergestellt (Keller, 1987). Externe Auslöser, wie Wetter, Diätfehler oder Stress werden zur Erklärung der Beschwerden herangezogen (Kriebel et al., 1996). Im Wahrgenommenen erkennt der Betroffene eine potentielle Bedrohung. Nicht selten führen die Interpretationen zu Ängsten, die wiederum in eine Phase sympathischer Überaktivierung münden (Kanton, 1991; Kellner, 1987). Sie bilden die Voraussetzung für veränderte somatische Vorgänge (Katon, 1991).

Die Verhaltensebene schließlich beinhaltet vor allem kommunikative und soziale Aspekte der somatoformen Beschwerden. Diese Ebene umfasst sowohl die Kommunikation zu Ärzten, als auch Kontakte innerhalb der Familie des Patienten oder zu seinem Freundeskreis (Kellner, 1987,1986; Lipowski, 1988).

*Simon* (1991) sieht als Ausgangspunkt einen negativen Affekt mit seinen somatischen und psychischen Begleiterscheinungen. Aus psychodynamischer Sicht wird dieser Affekt als konfliktinduziert angenommen und über unbewusste Abwehrmechanismen verhindert. Die somatische Ausdrucksform ist „erlaubt“, da sie „medizinierbar“ ist, also objektivierbar erscheint. Nach *Craig* und *Boardman* (1990) erfolgt die Darbietung des Erlebens über Körperklagen und wird dann zusätzlich mit dem Copingmuster der medizinischen Hilfesuche verbunden. Es werden dann, im Unterschied zur psychodynamischen Sichtweise, keine Abwehrmechanismen, sondern individuelle Reaktionsgewohnheiten sowie soziokulturelle Bedingungen verantwortlich gemacht.

Die Krankengeschichten von Patienten mit somatoformer Störung sind nicht selten lang und intensiv, denn häufig suchen die Betroffenen ambulant arbeitende Ärzte sowie Spezialambulanzen unterschiedlichster medizinischer Fächer mit variierender Symptomatik auf (Fink, 1992a; Salmon, 1999). Nach *Egle* (2003) kontaktieren Patienten mit Somatisierungsstörungen zehn bis 14 verschiedene Ärzte, ehe die konkrete Diagnose gestellt ist, wobei rund sieben bis acht Jahre vergehen können. Teilweise kommt es dabei sogar zu nicht indizierten konservativen oder operativen Behandlungen, wie Laparotomien und -skopien bis hin zu Organentfernungen (z.B. Hontschik, 1989; Quill 1985; Smith, 1986). *Egle* (2003) spricht gar von einer „Misshandlung der Patienten durch die invasiven Maßnahmen“ vieler Ärzte. Solche Patienten sind davon überzeugt, dass ihre Beschwerden durch bisher unentdeckte organische Ursachen zu erklären sind. Bereits *Menninger* (1934) weist in seiner frühen klinischen Studie auf eine meist „unbewusste Selbstschädigungstendenz“ hin, wobei der Patient in der Interaktion mit seinem Behandler, z.B. dem Chirurgen, möglicherweise unbewusste Selbstbestrafungsimpulse und Schuldgefühle ausleben kann. Trotz anders lautender Diagnosen sind die meisten dieser Patienten fest vom Vorliegen einer bisher nicht erkannten organischen Ursache für ihre Beschwerden überzeugt. Eine psychische Ursache ihres Leidens wird als unwahrscheinlich erachtet. Nehmen diese Patienten hingegen eine psychotherapeutische Behandlung auf, kommt es nach Angaben von *Rief et al.* (1995), *Smith* (1991), *Warwick* und *Marks* (1988) bald zu einer Symptomreduktion. *Rudolf* und *Henningsen* (1998) berichten in diesem Zusammenhang von zwar unverändert auftretenden körperlichen Beschwerden, allerdings haben diese für den Patienten an Wichtigkeit verloren oder werden durch eine psychotherapeutische Begleitung besser toleriert.

Die Kommunikation seiner Beschwerden im Rahmen seines persönlichen Umfeldes ist für den Betroffenen wichtig. Fast immer trägt dieser Umstand zur Persistenz der somatoformen Beschwerden bei. Der Patient kontrolliert auf diese Weise seine soziale Umgebung und verschafft sich somit einen sekundären Krankheitsgewinn, der bei dieser Erkrankung eine herausragende Rolle spielt (*Kellner*, 1986; *Lipowski*, 1988; *Quill*, 1985).

Die Erfolge somato-medizinischer, psychiatrischer, psychotherapeutischer oder psychologischer Behandlung von Patienten mit Somatisierungsstörungen werden im Allgemeinen wenig positiv beurteilt. Wie auch immer man dem Patienten somatoforme Störungen zu erklären versucht, er bleibt in der Regel skeptisch und fühlt sich nicht verstanden (*Barsky*, 1988; *Kellner*, 1990; *Simon*, 1991). Hinzu

kommt, dass nur bei gut der Hälfte der Betroffenen die Hausärzte erkennen, dass eine psychosomatische Erkrankung vorliegt (Nickel, 2003). Die unausbleiblichen Folgen sind Chronifizierungen, eventuell weitere Fehldiagnosen mit hohen Krankenkassenkosten (Dieterich und Eckhardt-Henn, 2004) oder der Ausstieg aus dem Versorgungssystem bis hin zur Flucht in alternative Heilmethoden. Der Patient ist enorm in seiner Lebensqualität beeinträchtigt, was in Extremfällen zu Einschränkungen am Arbeitsplatz mit Zunahme von Fehltagen bis hin zum Verlust des Arbeitsplatzes oder zur Invalidität und Frühverrentung führen kann (Dieterich und Eckhardt-Henn, 2004; Kellner, 1986; Schoepf et al., 2003). Das Ziel der Behandlung muss sein, über den Einsatz von flexibel zu handhabenden supportiven, edukativen, verhaltensbezogenen Strategien möglichst frühzeitig dem Krankheitsverhalten entgegenzuwirken und dabei gleichzeitig die Krankheitskonzepte des Patienten zu respektieren, wie *Bass* und *Benjamin* (1993) dem Behandler „empathische Neugier“ empfehlen. Keine therapeutische Strategie oder Methode ist gleichermaßen geeignet für alle somatoformen Störungen. Die Kombination von medizinischer Behandlung einschließlich psychotherapeutischer oder physiotherapeutisch-physikalischer Maßnahmen sowie das Einbeziehen von verschiedenen Störungskomponenten (kognitiv, verhaltensbezogen, affektiv-somatisch, selbstkonzeptbezogen) scheint wirksamer zu sein als Einzelmaßnahmen (Kriebel et al., 1996). Offensichtlich zeitigen schon einfache Behandlungsmaßnahmen Erfolge, wie z. B. das Verfassen schriftlicher Instruktionen oder die Aufklärung des Patienten über seinen somatischen Zustand unmittelbar nach Stellung der Diagnose. Von Vorteil ist es auch, wenn der Behandler dem Erkrankten von etwaigen zusätzlichen Abklärungen und Medikationen abrät und ihn stattdessen zu regelmäßigen Nachkontrollen, unabhängig vom Symptomdruck, anhält (z. B. *Bass* und *Benjamin*, 1993, *Goldberg*, 1992). Außerdem sollte, falls erforderlich, eine psychotherapeutische Behandlung im Rahmen eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programms in Betracht gezogen werden, wobei sich die drei oben erwähnten Ebenen wieder integrieren lassen (*Radanov* und *Langewitz*, 1997). Bei *Smith* et al. (1986) führte eine solche Behandlungsstrategie zu 80 Prozent Kostenreduktion, allerdings bei subjektiv unverändertem Beschwerdebild des Patienten. *Janssen* (2003) wies jedoch darauf hin, dass es neben der häufig verzögert gestellten Diagnose schwierig für den behandelnden Arzt sein könne, den Patienten zu einer Psychotherapie zu motivieren. Nur 30 Prozent der Betroffenen nehmen eine vorgeschlagene Psychotherapie an.

Aus Sicht der Verhaltenstherapeuten erscheinen die Begriffe Somatisierungsstörung, Dissoziation und Konversion problematisch und unscharf (Hiller, 2005). Dass bei den somatoformen Störungsbildern die körperliche Symptomatik dominiert und bei der dissoziativen Erkrankung die psychische, haben wir bereits im Kapitel 4.8, „Von der unklaren Synkope zur ‚Hysterie‘“, dargestellt. Folgende Abbildung verdeutlicht noch einmal die mitunter schwierige Abgrenzung der Krankheitsbilder voneinander und greift die unterschiedlichen Leitsymptome der somatoformen bzw. dissoziativen Störung auf:

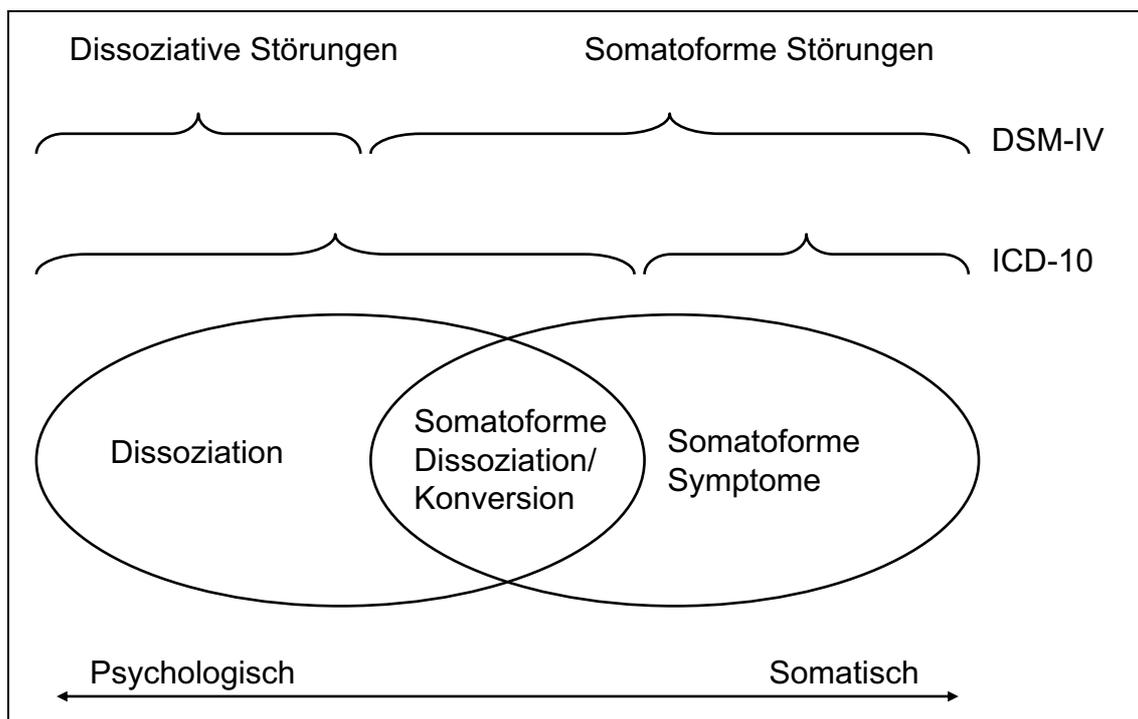


Abbildung 5.2: Dissoziative und Somatoforme Störungen (nach Ch. Schmahl, 2009)

### 5.6.4 Die Histrionische Persönlichkeit

Man muss in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts zurückgehen, um in die Blütezeit des europäischen, kritischen Gesellschaftsromans zu gelangen, und um auf Protagonistinnen zu stoßen, die man heute als „Histrionische Persönlichkeiten“ bezeichnen würde. Beispielhaft sei hier Cécile, die Hauptfigur aus *Theodor Fontanes* gleichnamigem Roman (1887), genannt. Wie alle Romane *Fontanes* spiegelt Cécile die soziale Struktur und Geschichte Preußens anhand eines tragischen Konflikts zwischen Standeshierarchie, Moral und der Suche nach dem persönlichen Glück. *Fontane* erzählt die Geschichte der erst 17-jährigen Cécile von Zacha, die ohne Vater und in der Obhut ihrer eitlen, zu Verschwendung neigenden Mutter aufwächst. Als die junge Frau den preußischen Pistolenheld St. Arnoud,

einen sehr viel älteren Mann, heiratet, beginnt die Leidensgeschichte Céciles. In den Augen des Landadels ist Cécile durch die Mesalliance kompromittiert. Gesellschaftlich geächtet und an der Seite ihres patriarchalischen Mannes zunehmend unterdrückt, wird Cécile allmählich psychisch krank. „Hysterische“ Paroxysmen und Angstzustände kennzeichnen ihren Alltag und zeigen, wie sehr die Romanfigur bereits eine innere Entfremdung erlebt. Nach *Treder* (1984) tritt an die Stelle des Patriarchen und Ehemanns mit seiner Maßregelung zunehmend die Eigenbestrafung mit und durch diese Symptomatik.

Im Lichte neuerer Forschung und gesellschaftlicher Entwicklungen erschien das althergebrachte Konzept der „hysterischen Persönlichkeitsstruktur“ nicht mehr zeitgemäß. Der Terminus „hysterisch“ implizierte zu sehr geschlechtsspezifische Einseitigkeit (weiblich) und wurde zunehmend als Diskriminierung empfunden, sodass sich bald der Begriff „histrionische Persönlichkeitsstörung“ durchsetzte und die alte Wendung ersetzte. Der Terminus „histrionisch“ kommt von *Histrione*, wie man die Schauspieler im Rom der Antike bezeichnete, und leitet sich etymologisch einerseits aus dem griechischen Begriff „oistros“ (Viehbremse, Stachel, Stich, Wutanfall, Brunst) ab. Er betont damit das theatralisch-emotionale Verhalten dieses Charakters (Hoffmann, Hochapfel, 1999). Ironischerweise bleiben die Bezüge zum Weiblichen aber erhalten, denn dem Wort „oistros“ ist der in der somatischen Medizin gebrauchte Terminus „östrogen“ entlehnt, wodurch wieder ein Bogen zum weiblichen Geschlecht geschlagen wurde (Mentzos, 1996).

Die Symptomatik des „hysterischen Charakters“ wurde schon recht früh wissenschaftlich beschrieben: „Zunächst ist es die Stimmung, welche eine krankhafte Störung erkennen lässt; die Patienten werden reizbar, leicht heftig, launenhaft; aus unmotivierter Ausgelassenheit verfallen sie binnen kürzester Frist und bei geringfügigem Anlass oder auch ganz ohne denselbigen in zornige, entrüstete, in bittere, weltschmerzliche oder in schwärmerische sentimentale Gefühlsregung. Dazu kommt, daß der Ausdruck ihrer Gemütsbewegungen den Charakter des Maßlosen und Excentrischen gewinnt, während doch der wahre innere Affect der Kranken nicht im entferntesten dem äußerlich hoffnungslosen Schmerze, der exaltierten Freude entspricht“ (Kraepelin, 1889, S. 429). So beginnt *Kraepelins* Beschreibung des „hysterischen“ Charakters. Der Mangel an „wahrem innerem Affect“, wie er es nannte, die Hemmung des Fühlens bei scheinbarem Gefühlsreichtum, wird von vielen Patienten als „innere Leere“ wahrgenommen (Mentzos, 1980, S. 59).

Andere Autoren erweiterten und modifizierten die Kriterien. So machen *Beck* und *Freeman* (1993, S. 44) folgende Angaben: „Ein Kernmerkmal der histrionischen Persönlichkeitsstörung ist die Expressivität: die Klienten neigen dazu, jede Situation zu emotionalisieren, andere zu beeindrucken und zu fesseln.“

Die Durchsicht der Publikationen zu diesem Forschungszweig zeigt ein offensichtliches Paradox: Obwohl die Erkrankung relativ häufig auftritt, scheint sie bei Psychotherapeuten und Wissenschaftlern wenig Forschungsinteresse zu wecken. *Fiedler* (1998) sieht einen Grund dafür in der Unklarheit der Kriterien bei der Diagnose. Der Merkmalkatalog für die Histrionische Persönlichkeit wurde zwar im DSM III spezifiziert, von DSM IV aber völlig revidiert. Einige Studienergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: *Bornstein* (1998) fand, dass Personen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung zwar nicht bewusst Abhängigkeitsbedürfnisse zeigen, jedoch unterbewusste Wünsche hegen, wie die Sehnsucht nach einer engen Beziehung oder den Wunsch nach einer Partnerschaft. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit Hypothesen von *Millon* (1996) und *Horwitz* (1991).

In einer weiteren Untersuchung konnte *Bornstein* (1999) darstellen, dass Frauen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung von ihrem Umfeld als attraktiver eingeschätzt wurden und mehr Bekannte besaßen als Probandinnen einer nicht erkrankten Vergleichsgruppe. Ein solcher Zusammenhang konnte bei erkrankten männlichen Patienten indes nicht beobachtet werden. *Gleixner* et al. (1998, 1999) untersuchten die Quantität der zwischenmenschlichen Interaktionen von Patienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung. Hierbei zeigte die Probandengruppe häufig eine Kommunikations- und Bindungsschwäche. *Stern* (1993) wies mit seinen Ergebnissen auf die hohe Co-Morbidität zwischen Somatisierungsstörungen und histrionischen Persönlichkeitsstörungen hin. *Slavney* (1978) stellte als Ergebnis seiner Untersuchungen die wichtigsten diagnostischen Kriterien für diesen Typus psychischer Erkrankung zusammen. Es sind die Selbstdramatisierung, das Verlangen nach Aufmerksamkeit sowie das Vorherrschen emotionaler Instabilität. In einer weiteren Studie ließ sich der Befund erhärten, dass Personen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung größeren Stimmungsschwankungen unterworfen sind als Personen ohne diese Störung (*Slavney* et al., 1977; *Slavney* und *Rich*, 1980). *Süllwold* (1990) untersuchte Korrelationen von histrionischen Tendenzen mit anderen Persönlichkeitseigenschaften und fand einen signifikanten Zusammenhang zwischen Histrionik und ausgeprägter Extroversion, Offenheit, Ungezwungenheit und kontaktfreudigem Verhalten. Außerdem zeigte die Untersuchung, dass die Symptomatik mit zunehmendem Alter leicht abnimmt.

Die Beobachtung, dass histrionische Persönlichkeitsstörungen bei Frauen häufiger auftreten, während narzisstische und antisoziale Störungen bei Männern überwiegen (Fiedler, 1994), mag zum einen mit dem Befund zu erklären sein, dass positive Emotionalität im Durchschnitt beim weiblichen Geschlecht stärker ausgeprägt ist (MacDonald, 1992). Außerdem wird ins Feld geführt, dass Männer negative Emotionalität extrem dämpfen können, indem sie kämpferisch reagieren, während Frauen auf Gefahren eher mit ängstlich-emotionalen Verhaltensmustern antworten (Sachse, 2001).

*Kuhl* (1983) nimmt als Ursache für die Erkrankung an, dass in der Biographie von Personen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung das Beziehungsmotiv „Wichtigkeit“ frustriert bzw. traumatisiert worden ist. Gemeint ist damit das Bedürfnis des Menschen, im jeweiligen sozialen Gefüge eine wichtige Bedeutung zu haben. Motivationstheoretisch muss man dann annehmen, dass ein ungestilltes Motiv in der Hierarchie eine erhöhte Stellung einnimmt (Kuhl, 1983). Kommt es zur fortgesetzten Frustration dieser elementaren Bedürfnisse, bleibt auch das Beziehungsmotiv in seiner zentralen Funktion unbefriedigt. Die so beeinträchtigte Person wird immer wieder versuchen, mit ihrem Verhalten dieses Defizit auszugleichen (Brunstein, 1993).

Des Weiteren darf man bei Patienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung annehmen, dass häufig zwei weitere Beziehungsmotive frustriert worden sind: das Motiv verlässliche und das Motiv solidarische Beziehung (Kuhl, 2001). Die Störungen auf der interaktionellen Ebene führen unweigerlich zum Entstehen negativer Selbst- und Beziehungsschemata, ein Charakteristikum aller Persönlichkeitsstörungen. Patienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung suchen die Lösung ihrer Probleme in ihrem sozialen Umfeld (Sachse, 2001). Ihnen geht es vor allem darum, die Aufmerksamkeit des sozialen Umfeldes zu erregen und zu behalten. Die Strategien, die sie dafür anwenden, sind vielgestaltig und mitunter einfallreich: Das kann die Unterstreichung eines attraktiven Äußeren sein oder die zentrale Rolle als Unterhalter in gesellschaftlichen Kreisen. Aber auch die Präsentation von unterschiedlichen wechselnden Symptomen und Erkrankungen ist möglich.

Man kann heute davon ausgehen, dass die histrionische Persönlichkeitsstörung eine ich-syntone Störung ist, das heißt, dass der Patient sein eigenes Verhalten nicht als Störung, sondern als Teil seiner Persönlichkeit erlebt. Ihm ist in aller Regel nicht einmal bewusst, dass er sich in irgendeiner besonderen Art und Weise verhält. Diese Patienten leiden zwar unter den „Kosten“ der Erkrankung,

beispielsweise häufig scheiternde Beziehungen, sie schreiben die Ursache dafür aber nicht sich selbst zu. Entsprechend unmotiviert verhalten sie sich in der Regel in der Psychotherapie, wenn es darum geht, das eigene Verhalten zu reflektieren und gegebenenfalls zu ändern. Häufig ist diese Patientengruppe nicht einmal dazu bereit, sich mit sich selbst auseinander zu setzen. Dass sie Psychotherapie trotzdem in Anspruch nehmen, hat nicht selten andere Gründe. *Kuhl* (2001) weist auf Co-Morbidität im Zusammenhang mit einer Achse-I-Störung hin.

### 5.6.5 Der Einfluss neurobiologischer Forschung

Die Fortschritte bei der funktionellen Bildgebung in den vergangenen 15 Jahren haben die neurowissenschaftliche Forschung geradezu revolutioniert. Neue Verfahren haben dazu beigetragen, dass sich einzelne Fachgebiete rapide diversifizieren konnten, und der Stand der Forschung in seiner Gesamtheit nur schwer zu überschauen ist. Die bildgebenden Verfahren ermöglichen wichtige Einblicke in die zerebralen Mechanismen der Psychopathologie. So spielen diese Techniken heute auch bei der Untersuchung von zerebralen Effekten bei psychischen Krankheiten zunehmend eine Rolle, ebenso greift man auf sie bei psychotherapeutischen Interventionen zurück.

In den letzten Dekaden häuften sich zunächst die Hinweise auf neurobiologische Faktoren, die in der Genese von psychischen Erkrankungen eine Rolle spielen könnten. So betreffen beispielsweise Konversionsstörungen häufiger linksseitige Extremitäten, was laut *Stern* (1977), ein Indiz dafür sein könnte, dass die rechte Hirnhemisphäre betroffener Patienten ursächlich an der Beeinträchtigung beteiligt ist. Außerdem können organische Vorschädigungen der Hirnabschnitte die Entwicklung solcher psychischer Erkrankungen begünstigen (Eames, 1992).

Die ersten Arbeiten mit neurophysiologischem Ansatz zur Erklärung des Dissoziationsmechanismus stammen von dem Neurologen *Hernandez-Peon* (1959). Auf der Basis seiner Untersuchungen mit evozierten Potentialen stellte er die Hypothese auf, dass eine Fehlfunktion des retikulären Systems im Hirnstamm als mögliche Ursache „hysterischer“ Krankheitsbilder angesehen werden kann (*Hernandez-Peon*, 1963). Eine Störung des retikulären Systems, so erwog *Hernandez-Peon*, bewirke, dass Informationen, die wiederum von übergeordneten kortikalen Arealen prozessiert werden, fehlerhaft verarbeitet werden.

In der Arbeit „Psychotherapy and Single Synapse“ aus dem Jahr 1979 beleuchtet der Nobel-Preisträger *Kandel* psychotherapeutische Auswirkungen auf neurobiologische Mechanismen. Er kommt zu dem Schluss, dass „psychotherapeutische Arbeit auf derselben Ebene wirkt, die wir derzeit untersuchen, um psychopharmakologische Interventionen zu verstehen – der Ebene der individuellen Nervenzellen und ihrer synaptischen Verbindungen“ (S. 1028). Psychotherapie wirke, indem sie „die Effektivität von bestehenden Verbindungen zwischen Neuronen verändert und damit zum Ausdruck neuer Verhaltensmuster führt“ (S. 1037).

In der jüngeren Forschung ergaben sich durch die Arbeiten verschiedener Autoren zunehmend Hinweise darauf, dass neurobiologische Einflussgrößen in der Genese der Konversionsstörungen eine Rolle spielen könnten. Bis dato galt die Konversionsstörung als klassisch psychogene Erkrankung; neurobiologisch orientierte Theorien diskutierte man erst nach Auswertung der Ergebnisse bildgebender Verfahren seit den 1990er Jahren.

In der ersten SPECT-Untersuchung von *Tiihonen et al.* (1995) wurde eine 32 Jahre alte Frau mit „hysterischen“ Parästhesien und einer Schwäche der linksseitigen Extremitäten untersucht. Als Hauptbefund zeigte sich eine relative Hypoperfusion des rechten Parietalkortexes im Vergleich zum linken. Die Autoren interpretierten ihre Befunde als ersten Nachweis für eine Aktivierung frontaler Strukturen bei gleichzeitiger Inhibition sensomotorischer Strukturen bei Konversionsstörungen.

Eine kasuistische PET-Studie wurde 1997 von *Marshall et al.* publiziert. Bei dem Versuch einer 43-jährigen Frau mit einer dissoziativen Lähmung des linken Beines, die betroffene Extremität zu bewegen, beobachtete man eine Aktivierung des rechten orbitofrontalen Kortex sowie des Gyrus cinguli anterior. Beide Strukturen sind an der aktiven Inhibition des Motorkortexes beteiligt, stellten die Autoren fest.

*Vuilleumier et al.* (2001) untersuchten im Rahmen einer Follow-up-Studie sieben Patienten mit einer Konversionsstörung vom motorischen Typ mittels SPECT. Die Autoren interpretieren ihre Ergebnisse als Zeichen einer Dysfunktion des striathalamokotikalen Netzwerkes bei dissoziativen Lähmungen.

Die allgemeine Stressforschung und neurobiologische Untersuchungen haben interessante Einblicke in die neurobiologischen Mechanismen gewährt, sie sind auch für das Verständnis somatoformer Störungen in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung. Die in unterschiedlichen Studien beschriebenen kortico-fugalen Hemmmechanismen gegenüber afferenten Stimuli lassen mittlerweile konzeptionelle Brücken auch zu psychologischen und psychodynamischen Modellen erkennen (Kapfhammer, 2008).

Trotz geringer Fallzahlen und heterogener Ergebnisse müssen diese Untersuchungen doch als erheblicher Fortschritt gegenüber einer rein psychologischen Herangehensweise gewertet werden. Denn wenn Psychotherapie die Neurochemie und Physiologie des Gehirns verändern und zu neuen Lernerfahrungen und neuen Verhaltensweisen führen kann, dürften neurobiologische Erkenntnisse die Mechanismen und Zusammenhänge bei psychischen Störungen besser verstehen helfen. Davon könnte die Psychotherapie ausgesprochen profitieren (Liggan und Kay, 1999). Unter Umständen könnten Aussagen über die Veränderbarkeit der zugrunde liegenden Mechanismen gemacht werden, was sich wiederum auf die Qualität der therapeutischen Ansätze auswirken würde (Schönfeldt-Lecuona, 2004). Der Ruf nach einer neurobiologisch begründeten Perspektive der Psychotherapie wird daher lauter (Gabbard, 2000).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die neuen Verfahren der funktionellen Bildgebung wichtige Beiträge zur psychiatrischen Grundlagenforschung geliefert haben und wohl weiter liefern werden. Wenn diese neurobiologischen Untersuchungsmethoden in der Psychotherapie Anwendung finden, bedeutet das keineswegs, dass klassische psychotherapeutische Verfahren dadurch obsolet werden. Im Gegenteil: Gerade weil die Behandler auf die neurobiologischen Erkenntnisse zurückgreifen können, steht zu erwarten, dass sich sowohl die Indikationsstellung als auch die Anwendung therapeutischer Techniken verfeinern.

# 6 „Hysterie“ - Versuch einer kritischen Betrachtung

Nach unserem Dafürhalten ist der Formenkreis der „Hysterie“ zwar eine „fortdauernde Störung“, ihre spezielle Ausformung hängt aber von der jeweiligen Kultur ab. Wir sind der Auffassung, dass eine Reihe unterschiedlicher Symptommatiken als Facetten eines Krankheitskomplexes zu werten sind, dem man im weitesten Sinne die historische Bezeichnung „Hysterie“ zugeordnet hat.

Gerade der historische Abriss der „Hysterie“ legt diese Lesart nahe. In Abhängigkeit der herrschenden gesellschaftlichen Umstände kam es besonders bei Frauen im Mitteleuropa des ausgehenden 19. Jahrhunderts zu den beschriebenen Symptomen. Die wechselvolle Epoche zwischen verkrusteter Geschlechterrolle und den Anforderungen, Möglichkeiten und Freiheiten der neuen Zeit (Emanzipation, sich wandelnde Familien- und Beziehungsstrukturen) mündete in eine „Blütezeit“ der „Hysterie“. Nicht zuletzt die Erwartungen männlicher Ärzte und Therapeuten als Behandler der erkrankten Frauen müssen als Teil der Krankheitssymptomatik gesehen werden. In diese Zeit fällt auch die Sexualisierung der „Hysterie“, denn den Erklärungsversuchen und der Deutungshoheit einer weitgehend männlichen Ärzteschaft stand ein weitgehend weiblicher Patientenstamm gegenüber. Die teils öffentlichen Vorstellungen *Charcots* (vgl. Lorenzer, 1986), der durch Händedruck auf die Eierstöcke seiner Patientinnen deren „Entfesselung“ auslöste, sind wohl das farbigste Zeugnis dieses Spannungsverhältnisses.

In der heutigen Zeit spiegeln viele neue psychische Krankheitsbilder die Probleme des Menschen in der Gesellschaft wider. Vereinsamung sowie starker Erfolgsdruck im privaten wie im beruflichen Bereich haben natürlich Auswir-

kungen auf das Individuum. Die Frage ist: welche? Im Kontext des mitteleuropäischen Kulturkreises zeigen sich neben den Erkrankungen der somatoformen Störung dissoziative Erkrankungen, Konversion und histrionische Persönlichkeit, möglicherweise auch Essstörungen, chronische Müdigkeit und die emotional instabile Persönlichkeit als aktuelle Spielarten der historischen „Hysterie“. Ein durchgängiges Merkmal „hysterischer“ Patienten früher wie heute ist der Rückgriff auf Symptome, die von der jeweiligen Kultur akzeptiert, wenn nicht gar offeriert werden. Der kanadische Medizinhistoriker *Shorter* (1994) vertritt in seinem Buch „Moderne Leiden“ die These, psychische Störungen folgten regelrecht Moden. Den wohl kühnsten Ansatz in diesem Zusammenhang hat *Fritsch* (1996) artikuliert, indem sie es für möglich hält, dass der gesamte Formenkreis der „Hysterie“, historisch wie aktuell, ein medizinisches Konstrukt darstelle, dass es die Erkrankung mit ihren unterschiedlichen Symptomen also in Wirklichkeit nicht gebe, sondern quasi nur als Symptomatik in den Köpfen der Mediziner.

Der Terminus „Hysterie“ ist traditionell weiblich besetzt, infolgedessen findet man in der Literatur nur ganz vereinzelt Beschreibungen von Krankheitsbildern bei „hysterischen“ Männern, und diese entsprechen auch nicht dem Vollbild der Symptome. Schon der Ausdruck „männliche Hysterie“ in der Medizin galt als Widerspruch in sich. Auch *Israël* (1987) ist diese Klassifikation suspekt. Mit ihrer Bemerkung, es sei dann wohl auch mit „uterinen Schmerzen beim Mann“ zu rechnen, führt sie die Symptomübertragung auf das andere Geschlecht ad absurdum. Das wirft für uns die Frage auf: Wo versteckt sich der „hysterische“ Mann? Wohl im besten Versteck, das es beim Arzt geben kann: hinter einer anderen Diagnose. Arzt und Patient werden hier zu „Verbündeten“, um damit die „beschämende“ Diagnose zu vermeiden. Historisch betrachtet fand die „männliche Hysterie“ wohl am ehesten in der Hypochondrie ihre Entsprechung.

Die vorliegende Arbeit differenziert in der Hauptsache zwischen den vier weiter oben beschriebenen Krankheitsbildern, was aber nicht heißt, dass es klar voneinander abgrenzbare Krankheitsbilder gibt. Das spiegelt sich auch in der lebhaften Diskussion um die gängigen diagnostischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV wider. Obgleich die American Psychiatric Association 1980 mit der Einführung von DSM-IV versuchte, den unscharfen Krankheitsbegriff auszuschalten und durch differenziertere Termini zu ersetzen, fällt der Ausdruck „Hysterie“ regelmäßig auch noch in der neueren Fachliteratur. Um- und Neubenennungen für „Hysterie“ sind kein Novum, es gab diese Versuche immer

wieder und nicht zuletzt deshalb, weil „Hysterie“ bzw. „hysterisch“ in den allgemeinen Wortschatz eingegangen sind und als diskriminierende Wendungen benutzt werden. Die Änderungen waren jedoch nicht imstande, das Problem der Diskriminierung zu lösen (Hoffmann und Hochapfel, 1999). „Eine Definition der Hysterie ist niemals gegeben worden und wird es auch niemals geben“, formulierte *Lasègue* (1982) und rechtfertigte diesen Standpunkt mit dem Formenreichtum und der Veränderbarkeit dieser Erkrankung. Und *Israël* (1987, S. 11) ergänzt: „Die Definition der Hysterie ist niemals gegeben worden und wird auch niemals [...] von einem Arzt gegeben werden.“ Möglicherweise bilden die neu formulierten Erscheinungsformen gar keine „neue“ Krankheit, die die „alte“ abgelöst hätte, sondern es sind die Ergebnisse aktueller Interaktionen des Einzelnen mit der Gesellschaft und dem behandelnden Therapeuten.

Grundsätzlich gibt es bedeutende psychodynamische Mechanismen bzw. Abwehrmechanismen, wie Verdrängung, Konversion, Identifikationvorgänge, Dissoziation oder Affektualisierung, die zwar nicht obligatorisch, jedoch häufig bei dem Krankheitsbild der „Hysterie“ zu beobachten sind. Nach *Mentzos* (2004) ist für die „Hysterie“ das Spezifische der Psychodynamik der sogenannte „hysterische Modus“, eine Konfliktverarbeitung in Form einer „Inszenierung für den äußeren und inneren (Über-Ich) Beobachter“. Hierbei geht es laut *Mentzos* um eine inszenierte Änderung der Selbstrepräsentanz, d. h., der Betreffende erscheint durch die Inszenierung in einem anderen Licht.

Jeder muss damit rechnen „Hysteriker“ in seinem Bekanntenkreis zu entdecken. Doch nicht alle Formen müssen behandelt werden. Manchmal sind Betroffene gesellschaftlich so akzeptiert, dass ihre „Krankheitsformen“ als Eigenarten des Charakters angesehen werden. Insofern gab und gibt es wohl auch „gelungene Hysterien“. Nur die „gescheiterten Hysterien“, die „kranken Hysterien“, machen Bekanntschaft mit dem Arzt.

# 7 Methodik und Material

Das Kernstück der vorliegenden Untersuchung bildet die Frage der Psychotherapie-Motivation von Patienten, die unter unklaren Synkopen leiden. Hierbei ist die Erfassung von aussagekräftigen Daten ein entscheidendes Kriterium. Zur Lösung dieser Problematik verwendeten wir sich ergänzende Fragebögen, Ergebnisse der Kipptisch-Untersuchungen sowie soziodemographische Daten der Patienten. Bei allen Probanden bestand zum Untersuchungszeitpunkt Volljährigkeit. Der Untersuchungsgruppe gehörten 24 Patienten der kardiologischen Kipptisch-Ambulanz des Universitäts-Krankenhauses Hamburg-Eppendorf sowie der Universitätsklinik Bonn an. Die klinische Vergleichsgruppe bestand aus 40 Patienten der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie des Universitäts-Krankenhauses Hamburg-Eppendorf. Alle Fragebögen wurden vom Patienten selbstständig und anonym ausgefüllt.

Von den 24 Probanden der Untersuchungsgruppe wurden 19 in der Kipptisch-Ambulanz des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf und fünf in der Kardiologischen Ambulanz des Universitätsklinikums Bonn im Zeitraum von August 2000 bis November 2001 untersucht. Vor der Kipptisch-Untersuchung wurden die Probanden wie auch die Patientengruppe der Pilotstudie (Ventura und Stuhr, 2001) routinemäßig untersucht. Alle somatischen Befunde zeigten keinerlei Auffälligkeiten.

Den 40 Patienten der klinischen Vergleichsgruppe wurden die Fragebögen durch Prof. Stuhr nach einem ambulanten Erstgespräch ausgehändigt mit der Bitte, sie zum Folgetermin ausgefüllt wieder mitzubringen. Wie schon im Kapitel der Einleitung beschrieben, haben die Untersuchungs- und die klinische Vergleichsgruppe unterschiedliche Ausgangspunkte in Bezug auf die Einstellung zur eigenen Psychotherapie-Motivation. Die Gruppe der Kipptisch-Patienten ist im Rahmen der Studie über Möglichkeiten sowie Risiken, die sich durch eine therapeutische Behandlung entwickeln können, nicht informiert worden. Die klini-

sche Vergleichsgruppe wurde vor dem Ausfüllen der Fragebögen durch ein Erstgespräch bei Prof. Stuhr, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, über Nutzen und Risiken einer psychotherapeutischen Maßnahme aufgeklärt.

In den folgenden Tabellen haben wir die Daten der Untersuchungs- und der klinischen Vergleichsgruppe aufgeführt:

<b>Merkmal</b>	<b>Untersuchungsgruppe n=24</b>	<b>Klinische Vergleichsgruppe n=40</b>
<b>Geschlecht</b>		
männlich	7	30
weiblich	17	10
<b>Alter</b>		
>30	8	12
30-55	7	20
>55	9	8
<b>Schulbildung</b>		
unbekannt	5	4
Haupt-/Realschule	12	25
Hochschulreife	3	6
<b>Abgeschl. Studium</b>	4	5
<b>Häufigkeit</b>		
≥ 5	8	
< 5	9	
unbekannt	7	
<b>Dauer der Beschwerden</b>		
≥ 5 Jahre	6	
2-3 Jahre	8	
≤ 1	3	
unbekannt	7	

**Tabelle 7.1:** Daten der Untersuchungs- und der klinischen Vergleichsgruppe

## 7.1 Übersicht über die verwendeten Erhebungsinstrumente

Wir stützten uns im Wesentlichen auf sechs Quelldaten-Bereiche:

1. Die Symptom-Checkliste, SCL-90-R (übersetzt von Franke, 1995)
2. Fragen zur Behandlungserwartung, B.E. (Schöl und Künsebeck, 1984)
3. Fragebogen zur Messung der Psychotherapie-Motivation, FMP (Schneider et al., 1989)
4. Fragen zur Lebenszufriedenheit, FLZ (Fahrenberg, 2000)
5. Von uns erarbeitete Zusatzfragen
6. Soziodemographische Daten des Patienten

Die verwendeten Fragebögen sowie das Blatt der Zusatzfragen befinden sich auf der im Buchdeckel dieser Arbeit befindlichen CD-Rom.

### 7.1.1 Darstellung der Messinstrumente

#### Symptom-Checkliste (SCL-R-90)

Die Symptom-Checkliste (siehe Anhang) wurde ursprünglich von *Derogatis* (1977) entwickelt und 1995 von Franke übersetzt. In dieser Studie wurden 1002 ambulante Psychiatriepatienten stichprobenartig untersucht. Die von *Derogatis* entworfenen Bögen enthalten 90 Fragen zu eventuell auftretenden Symptomen beim Patienten und ermöglichen diesem Antworten im Rahmen einer fünfteilig gradierten Skala nach dem Muster „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „ziemlich“, „stark“ und „sehr stark“ (siehe beigelegte CD-Rom im Buchdeckel). Die Patienten werden zu Problemen und Beschwerden befragt, welche sich bei ihnen in den vorausgegangenen Tagen eingestellt haben können. Die Fragen gliedern sich in neun Felder, die von *Derogatis* thematisch zusammengefasst und mit Krankheitsbildern belegt worden sind. Ausführungen zu den einzelnen Feldern zeigen die Spannbreite, mit der die Befindlichkeit des jeweiligen Probanden abgefragt wird.

In Skala 1 (Somatisierung) werden zwölf Items aufgelistet, die von einfachen körperlichen Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen reichen. Die Skala enthält Stressoren, die sich als körperliche Beeinträchtigungen bei den Patienten bemerkbar machen können.

Skala 2 (Zwanghaftigkeit) schließt zehn Items ein, die sich von leichten Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit erstrecken. Personen mit hohen Werten in dieser Gruppe leiden unter immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, zum Teil kann dies in einen übersteigerten Kontrollzwang münden, auch ein Hang zu Entscheidungsschwäche wird immer wieder beobachtet.

Von leichten sozialen Unsicherheiten bis zum Gefühl der völligen persönlichen Unzulänglichkeit und Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen erstreckt sich der neun Items umfassende Bereich von Skala 3 (Unsicherheit im Sozialkontakt). Selbstabwertung und Unwohlsein in Situationen interpersoneller Kommunikation sind charakteristische Manifestationen. Personen mit hohen Werten wirken im Umgang mit anderen schüchtern und unbeholfen, gleichzeitig sind sie nicht selten kritisch gegen ihre Umwelt eingestellt.

Skala 4 (Depressivität) unterscheidet Melancholie und Traurigkeit bis hin zu schweren depressiven Störungen mit 13 Items. Die Patienten fühlen sich im Allgemeinen unmotiviert, sie leiden unter Antriebslosigkeit und sehen für sich kaum Chancen, der hoffnungslosen Situation zu entfliehen, sodass sie unter Umständen suizidale Gedanken hatten oder haben.

Die zehn Items auf Skala 5 (Ängstlichkeit) beschreiben körperlich spürbare Nervosität als leichtes Symptom bis hin zur ausgeprägten Angststörung. Die kognitiven Komponenten umfassen Gefühle von Besorgnis, Furcht und die somatischen Korrelate der Angst. Hoch eingestufte Probanden erschrecken mitunter grundlos, fühlen sich getrieben und ruhelos oder erleiden Panikattacken mit Herzrasen.

Die Merkmale von Aggressivität und Feindseligkeit berücksichtigt Skala 6. Ihr sechsteiliger Aufbau schließt Reizbarkeit und Unausgeglichenheit ebenso ein wie schwere Aversionen gegen Mitmenschen oder Lebenssituationen. Betroffene lassen sich in ihren Gedanken und Gefühlen, unter Umständen auch in ihren Handlungen, von Ärger, Verstimmung, Zorn und Aggression leiten.

Skala 7 (Phobische Angst) umfasst leichte Gefühle von Bedrohung bis hin zu massiven phobischen Ängsten, bei denen es zu andauernder und unangemessener Furcht vor bestimmten Personen, Objekten oder Orten mit Vermeidungs- und Fluchtverhalten kommt. Diese Skala umfasst sieben Items. Hochbelastete Patienten leben häufig in Isolation, weil sie ihre Wohnung nicht verlassen möch-

ten und leiden unter Furcht vor Fahrten in öffentlichen Verkehrsmitteln. Sie meiden deshalb bestimmte Dinge, Tätigkeiten oder öffentliche Orte aus Angst vor eventueller Ohnmacht.

Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühlen bis hin zu stark paranoidem Denken trägt Skala 8 (Paranoides Denken) mit sechs Items Rechnung. Typische Krankheitsaspekte sind Gedankenprojektion bis hin zur wahnhaften Täuschung, häufig verbunden mit Angst vor Autonomieverlust und Feindseligkeit gegenüber dem Umfeld.

Patienten, die sich sozial isoliert und entfremdet fühlen und die im Extremfall schwere psychotische Episoden durchlaufen, werden mit Hilfe von Skala 9 (Psychotizismus) eingestuft. Sie erleben die Realität verzerrt und zeigen Symptome von Schizophrenie, wie z. B. Halluzinationen und Denkstörungen. Akut Betroffene leiden unter Stimmenhören und sind etwa überzeugt von der Vorstellung, jemand habe Macht über ihre Gedanken.

Das Antwortverhalten der Patienten erlaubt die Bestimmung von drei sogenannten „Globalen Kennwerten“, die wiederum Rückschlüsse zulassen auf die Art und den Grad der Erkrankung. In dieser Arbeit einen besonderen Stellenwert nimmt der „GSI“ (global severity index) ein, der die psychische Belastung des Patienten misst. Der „PSDI“ (positive symptom distress index) misst die Intensität der Antworten, und der „PST“ (positive symptom total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

### **Fragen zur Behandlungserwartung**

Dieser Fragebogen (siehe dieser Arbeit beiliegende CD-Rom) fußt ursprünglich auf einem Konzept von *Plaum* (1968), das von *Schöl* und *Künsebeck* (1984) überarbeitet worden ist. Darin werden 24 verschiedene Behandlungserwartungen genannt, die der Patient auf einer dreistufigen Skala „bestimmt“, „wahrscheinlich“ und „nicht“ spezifizieren kann. Er soll dabei die Therapieeffizienz der entsprechenden Methode aus seiner Sicht einschätzen. Der Fragebogen unterscheidet zwei abgrenzbare Skalen von Behandlungswünschen.

Skala 1 beschreibt solche Arten von Behandlung, die das Leiden bei psychischen und sozialen Problemen lindern helfen können. Hierbei werden zwölf Items unterschieden. Die klassisch-organische Versorgung ist Gegenstand von Skala 2 mit elf Items. Wegen der Häufigkeit der Nichtbeantwortung wurden die Items 3 und 8 nicht in die Faktoranalyse einbezogen.

### **Fragebogen zur Messung der Psychotherapie-Motivation (FMP)**

Der Fragebogen zur Messung der Psychotherapie-Motivation (s. CD-Rom) von *W. Schneider, H.-D. Basler* und *B. Beisenherz* (1989) gibt Aufschluss über Einstellungen des Patienten gegenüber eigenen körperlichen und psychischen Beschwerden und registriert Aussagen zu psychologischen Behandlungsformen. Es werden insgesamt 47 Aussagen dargeboten, wobei der Patient auf einer fünfstufigen Ratingskala „stimmt uneingeschränkt“, „stimmt eingeschränkt“, „unentschieden“, „stimmt eher nicht“ und „stimmt überhaupt nicht“ jeweils seine Meinung bzw. seine Erfahrung mitteilen kann. Die Reihenfolge der Items des Fragebogens wurde nach dem Zufallsprinzip festgelegt.

Der Test besteht aus vier Subskalen. Skala 1 (Krankheitserleben) beleuchtet in elf Items Aspekte des Leidensdrucks und des sekundären Krankheitsgewinns. Skala 2 (Laienätiologie), mit acht Items, befragt den Probanden nach seiner Meinung zur Ursache seines Leidens und zu den Faktoren, die die Symptome auslösen. Anhand von acht Items auf Skala 3 (Allgemeine Behandlungserwartung) kann der Patient seine Erwartungen und Einstellungen gegenüber organischen und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen darlegen. Skala 4 (Erfahrungen und Einstellungen zur Psychotherapie) umfasst 20 Items und gibt die Vorerfahrung und Einstellung des Patienten gegenüber psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen wieder.

### **Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)**

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (s. CD-Rom) dient der Erfassung relevanter Aspekte der Lebenszufriedenheit in zehn Lebensbereichen (Gesundheit, Arbeit und Beruf, Finanzielle Lage, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, Eigene Person, Sexualität, Freunde/Bekannte/Verwandte, Wohnung). Jede der zehn Subskalen ist wiederum in sieben Items unterteilt, die jeweils Antworten im Rahmen einer siebenstufigen Auswahl „sehr zufrieden“, „zufrieden“, „eher zufrieden“, „weder noch“, „eher unzufrieden“, „unzufrieden“ und „sehr unzufrieden“ ermöglichen. Neben der Erfassung bereichsspezifischer Lebenszufriedenheit gestattet der Fragebogen Aufschlüsse über die allgemeine Lebenszufriedenheit eines Patienten. Allerdings fließt in diese Summe nur ein Teil der Befragung ein, denn nicht berücksichtigt werden die Skalen „Arbeit und Beruf“, „Ehe und Partnerschaft“ sowie „Beziehung zu den eigenen Kindern“.

Es stellt sich dabei heraus, dass Probanden mit hohen Werten im Bereich „Gesundheit“ mit ihrem allgemeinen Gesundheitszustand, ihrer seelischen und körperlichen Verfassung, ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und mit ihrer Widerstandskraft gegen Krankheit zufrieden sind. Auch vorübergehende Erkrankungen und eventuell auftretende Schmerzen fallen dann kaum ins Gewicht.

Im Bereich „Arbeit und Beruf“ drücken hohe Punktzahlen Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit aus. Solche Menschen sehen ihren Arbeitsplatz als sicher an und bewerten das Betriebsklima positiv. Auch dem Ausmaß ihrer beruflichen Anforderungen und Belastungen fühlen sie sich gewachsen. Abwechslung statt Monotonie prägen ihren Arbeitsalltag.

Probanden mit hohen Werten im Bereich „Finanzielle Lage“ sehen ihre und gegebenenfalls die wirtschaftliche Existenz ihrer Familie als gesichert an. Sie sind zufrieden mit der derzeitigen Höhe ihres Einkommens und beurteilen ihre Einkommensentwicklung positiv. Auch für das Alter haben sie vorgesorgt.

Personen mit hohem Skalenwert im Bereich „Freizeit“ sind sowohl mit der Länge als auch mit dem Erholungswert ihres Feierabends und ihres Jahresurlaubs zufrieden. Die für Hobbys und für nahestehende Personen verfügbare Zeit und insgesamt die Abwechslung in der Freizeit werden positiv bewertet.

Im Bereich „Ehe und Partnerschaft“ sind Personen mit hohem Skalenwert mit wesentlichen Aspekten ihrer Ehe bzw. Partnerschaft zufrieden. Zu den wesentlichen Gesichtspunkten zählen die Anforderungen an den Partner, die gemeinsamen Unternehmungen, Offenheit, Verständnis und Hilfsbereitschaft des Partners (der Partnerin) sowie der Austausch von Zärtlichkeit und das Gefühl von Geborgenheit.

Bei hohen Werten im Lebensbereich „Beziehung zu den eigenen Kindern“ bewerten Personen die Beziehungen zu den eigenen Kindern insgesamt positiv, das heißt, wenn sie an ihr Auskommen und ihre Freude mit den Kindern, an deren schulisches und berufliches Fortkommen, aber auch an die Mühen und Kosten denken. Sie sind mit dem Einfluss auf ihre Kinder, mit den gemeinsamen Unternehmungen und mit der Anerkennung, welche die Kinder ihnen entgegenbringen, zufrieden.

Fragen zur „Eigenen Person“ werden von Probanden mit hohen Skalenwerten bei Zufriedenheit, positiver äußerer Erscheinung, besonderen Fähigkeiten, charakterlicher Eigenart, Vitalität und Selbstvertrauen belegt. Dazu gehören auch die Einschätzung, wie das Leben bisher gelebt wurde, und das Auskommen mit anderen Menschen.

Personen mit hohem Skalenwert im Bereich „Sexualität“ sehen ihre körperliche Attraktivität positiv und sind mit ihrer sexuellen Leistungsfähigkeit, mit ihren sexuellen Kontakten und der Qualität ihrer sexuellen Begegnungen zufrieden. Mit dem Partner können sie frei und unbefangen über den Bereich der Sexualität sprechen.

Fragen zum sozialen Umfeld geben Aufschluss über den Lebensbereich „Freunde, Bekannte, Verwandte“. Hier demonstrieren hohe Skalenwerte bei der Beantwortung, dass auf Kontaktpflege zu Freunden und Bekannten, zu Verwandten oder Nachbarn Wert gelegt wird. Soziale Aktivitäten, Nachbarschaftshilfe oder gesellschaftliches Engagement sind verbreitet.

Probanden, die einen hohen Wert im Abschnitt „Wohnung“ erreichen, sind mit ihren Wohnbedingungen zufrieden. Dazu gehören Größe, Zustand und Lage der Wohnung, ihre Kosten sowie die Erreichbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel und ihre Exposition zu Lärm und anderen Emissionen.

Einen Gesamteindruck der Befindlichkeit des Probanden ermöglicht der Bereich „Allgemeine Lebenszufriedenheit“, in welchem die Gebiete „Gesundheit“, „Finanzielle Lage“, „Eigene Person“ und „Sexualität“, „Freizeitgestaltung“, „Wohnsituation“ und „Soziale Kontakte“ vom Probanden beurteilt werden sollen. Wie in den übrigen Fragebereichen auch, zeichnen sich diejenigen Personen mit den höchsten Skalenwerten durch größere Zufriedenheit aus. Falls es in einzelnen Bereichen oder unter speziellen Aspekten Anlass zu Unzufriedenheit gibt, kann dies durch Zufriedenheit in anderen Bereichen kompensiert werden. Die Bereiche Arbeit und Beruf, Ehe und Partnerschaft sowie Beziehung zu den eigenen Kindern, die viele Personen nicht betreffen, bleiben im Fragekomplex „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ ausgeklammert.

### Zusatzfragen

Speziell auf unsere Patientengruppe zugeschnittene Fragen ergeben schließlich den Block „Zusatzfragen“ (s. CD-Rom). Unter den neun selbst erstellten Ergänzungsfragen befinden sich fünf offene Fragen, die es den Patienten ermöglichen, eigene persönliche Anmerkungen zu machen:

1. Wurden die Fragebögen sorgfältig von Ihnen ausgefüllt?
2. Beeinträchtigen die Ohnmachtsanfälle (z. B. durch Vermeidung von Situationen) Ihr tägliches Leben?
3. Finden Ihre Symptome Akzeptanz bei Ihrem Partner/Umfeld?
4. Wann und wo kam es zum ersten Mal zu dieser Ohnmacht?
5. Wann und wo traten weitere Ohnmachtsanfälle auf?
6. Was halten Sie generell von seelischen Behandlungen (Psychotherapie)?
7. Was halten Sie für sich persönlich (in Bezug auf Ihre Ohnmachtsanfälle) von einer seelischen Behandlung (Psychotherapie)?
8. Glauben Sie, dass es seelische Ursachen für Ihre Ohnmachtsanfälle gibt?
9. Glauben Sie, dass es körperliche Ursachen für Ihre Ohnmachtsanfälle gibt?

### Soziodemographische Daten

Im Fragebogen SCL-90-R wurden im Rahmen dieser Studie auch soziodemographische Daten der Probanden erhoben, darunter Angaben zu Alter, Geschlecht und Schulausbildung. Alle Patienten waren bei der Teilnahme der Studie volljährig und wurden von uns in drei Altersgruppen eingeteilt. Die Unter-30-Jährigen, die Gruppe der 30- bis 55-jährigen Probanden sowie die Patienten mit einem Lebensalter von über 55 Jahren. Bei der Unterteilung der Schulbildung übernahmen wir die Vorgaben des Fragebogens SCL-90-R und unterschieden nach Haupt- und Realschulabschluss, nach Patienten mit Hochschulreife und Patienten mit abgeschlossenem Studium.

### 7.1.2 Statistik

Es handelt sich bei der vorgestellten Untersuchung um eine Pilotstudie mit kleiner Teilnehmerzahl. Aufgrund der kleinen Stichprobe gelten die Voraussetzungen der normalverteilten Grundgesamtheit und der Varianzhomogenität nicht;

dadurch scheiden multivariante Analysemethoden aus. Es erfolgt somit eine non-parametrische Auswertung.

Die Daten wurden deskriptiv und unter Berechnung des U-Tests ( $U = 1,96$ ,  $\alpha = 0,05$ , zweiseitig) erhoben.

Die Daten wurden mit einem PC unter Verwendung der Software MS Excel berechnet.

## 7.2 Probleme bei der Durchführung der Studie

Die Untersuchungsgruppe setzt sich aus Probanden zusammen, die an einer Kipptisch-Untersuchung teilgenommen haben. Obwohl während der Periode der Datenerhebung alle Patienten hinsichtlich einer Teilnahme an der Untersuchung angesprochen worden waren, beteiligte sich letztlich nur eine überschaubare Zahl (Untersuchungsgruppe  $n=24$ ) an dem Kipptisch-Test und somit an der Studie. Zum Teil wurden sogar fixe Termine ohne telefonische Absage nicht wahrgenommen. Die Untersuchungsgruppen-Teilnehmer konnten die Fragebögen entweder im Nachgang der Kipptisch-Untersuchung vor Ort ausfüllen oder aber die Bögen unter Zugabe eines frankierten Rückumschlages zwecks späterer Erledigung mit nach Hause nehmen. Doch auch hier war die Rücklaufquote eher ernüchternd. Daher ist die Untersuchungsgruppe relativ klein.

Neben unseren standardisierten Fragebögen Symptom-Checkliste von *Derogatis*, Fragebogen zur Lebenszufriedenheit und zur Psychotherapie-Motivation sowie dem Fragebogen zur Behandlungserwartung wurden die Zusatzfragen von beiden Patientengruppen nur unvollständig ausgefüllt. Besonders die offenen Fragestellungen blieben zum großen Teil unbeantwortet. Daher haben wir uns entschieden, die Zusatzfragen bei der Auswertung nicht zu berücksichtigen.

Außerdem haben wir Probanden, die nicht volljährig waren, von der Studie ausgeschlossen, da ein Großteil der Erziehungsberechtigten einer Teilnahme ihrer Kinder an der Erhebung nicht zugestimmt hat.

# 8 Ergebnisse

## 8.1 Psychotherapie-Motivation in der Verteilung der Gesamtstichproben

Im Rahmen dieser Untersuchung haben wir in der Gesamtstichprobe (n = 64) die Psychotherapie-Motivation mit Hilfe der weiter oben bereits vorgestellten standardisierten Fragebögen gemessen. In der Gesamtstichprobe subsumierten wir die Patienten mit unklaren Synkopen und die klinische Vergleichsgruppe der Psychosomatischen Ambulanz. Wir stellen bei 23 Teilnehmern (35,9 Prozent), also bei insgesamt mehr als einem Drittel der Probanden, eine eher geringe Motivation bezüglich einer psychoptehrapeutischen Behandlung fest. Die Einteilung der verschiedenen Motivationsabstufungen der Patienten haben wir dem Manual zu dem Fragebogen zur Psychotherapie-Motivation (FMP) entnommen. (vgl. Tabelle 8.1 und Abbildung 8.1).

Gesamtstichprobe		
Häufigkeit	absolut	relativ
hochmotivierte Patienten	2	3,1%
normal motivierte Patienten	39	61,0%
gering motivierte Patienten	23	35,9%
Summe	64	100,0%

**Tabelle 8.1: Psychotherapie-Motivation in der Gesamtstichprobe**  
(Untersuchungs- und klinische Vergleichsgruppe)

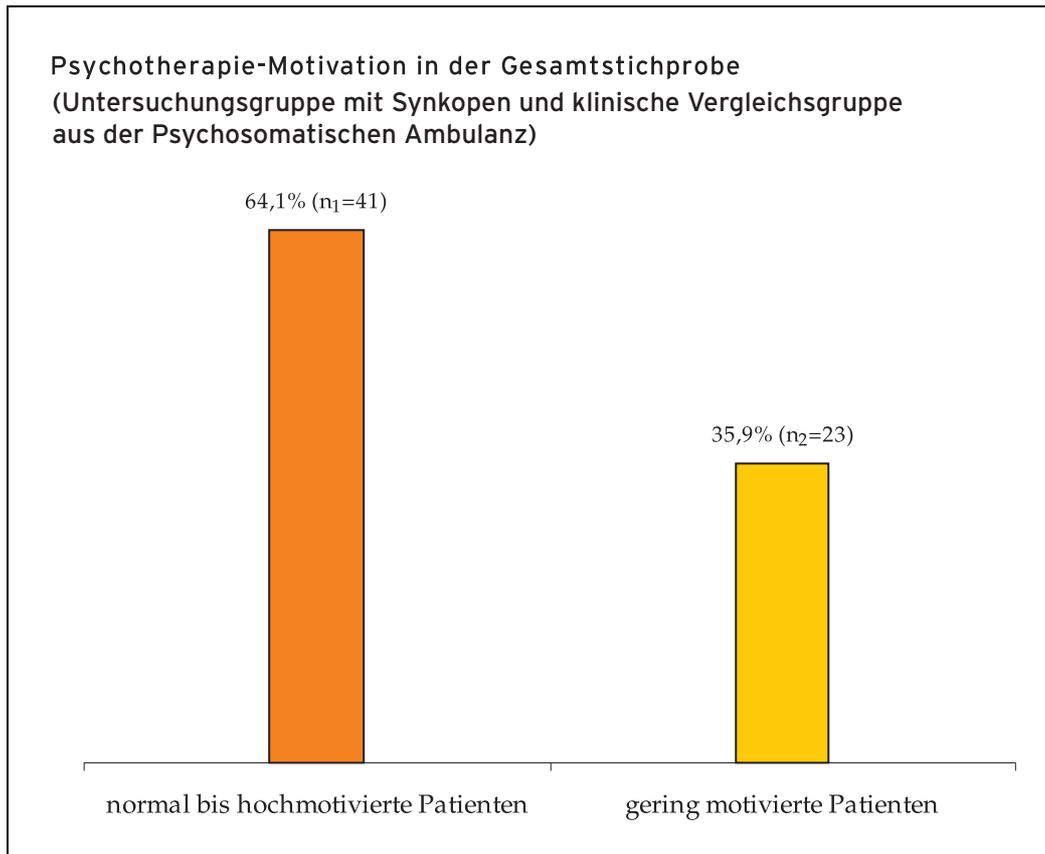


Abbildung 8.1: Psychotherapie-Motivation in der Gesamtstichprobe

### 8.1.1 Psychotherapie-Motivation von Patienten der Untersuchungs- und klinischen Vergleichsgruppe im Vergleich

Kern der vorliegenden Studie ist die Frage der Verteilung von Psychotherapie-Motivation bei Patienten der Untersuchungsgruppe (Probanden der Kipptisch-Untersuchung) einerseits und der klinischen Vergleichsgruppe (Studienteilnehmer aus der Psychosomatischen Ambulanz des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf (UKE)) andererseits. Bei der Auswertung der Fragebögen zur Psychotherapie-Motivation von *W. Schneider et al. (1989)* zeigen in der Untersuchungsgruppe 14 Patienten, also 58 Prozent, eine insgesamt geringere Psychotherapie-Motivation im Vergleich zur Patientengruppe aus der Psychosomatischen Ambulanz, wo sich lediglich neun Probanden, also 22 Prozent, unmotiviert zeigen. Zehn Kipptisch-Patienten (42 Prozent) geben normale bis hochmotivierte Psychotherapie-Motivation zu erkennen (vgl. Abbildung 8.2), 31 Probanden (78 Prozent) sind es in der klinischen Vergleichsgruppe (vgl. Abbildung 8.3).

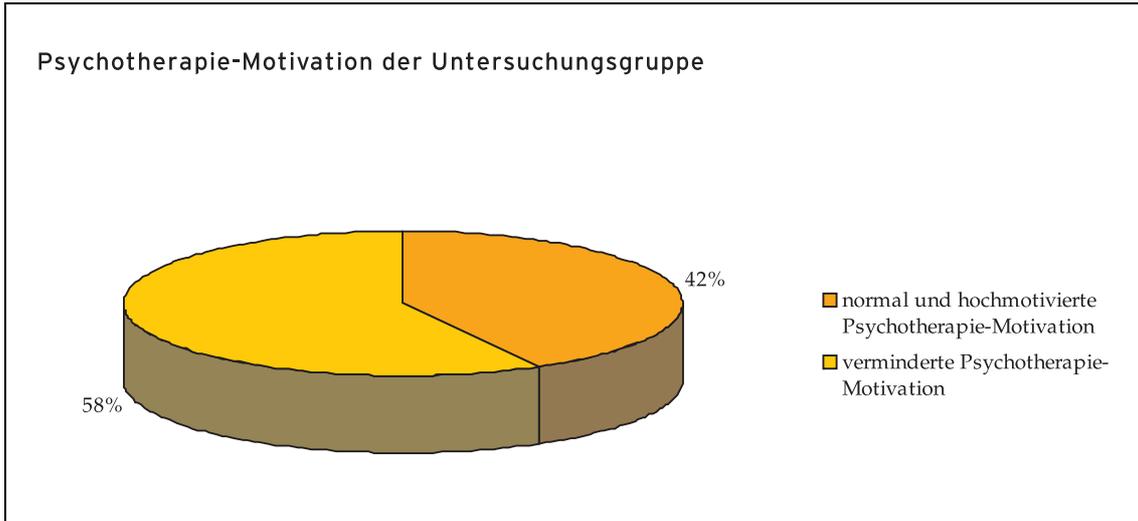


Abbildung 8.2: Psychotherapie-Motivation in der Untersuchungsgruppe

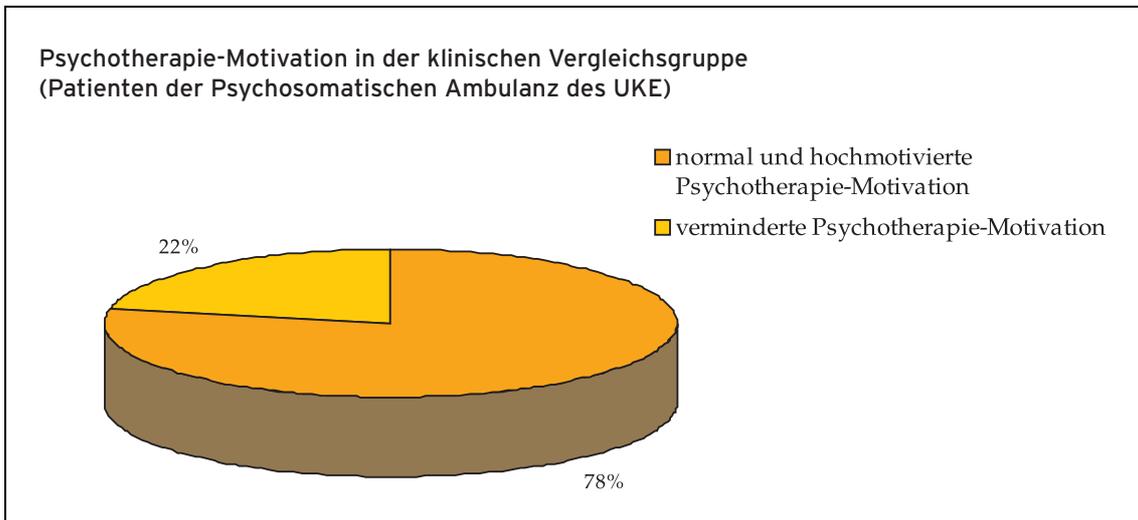
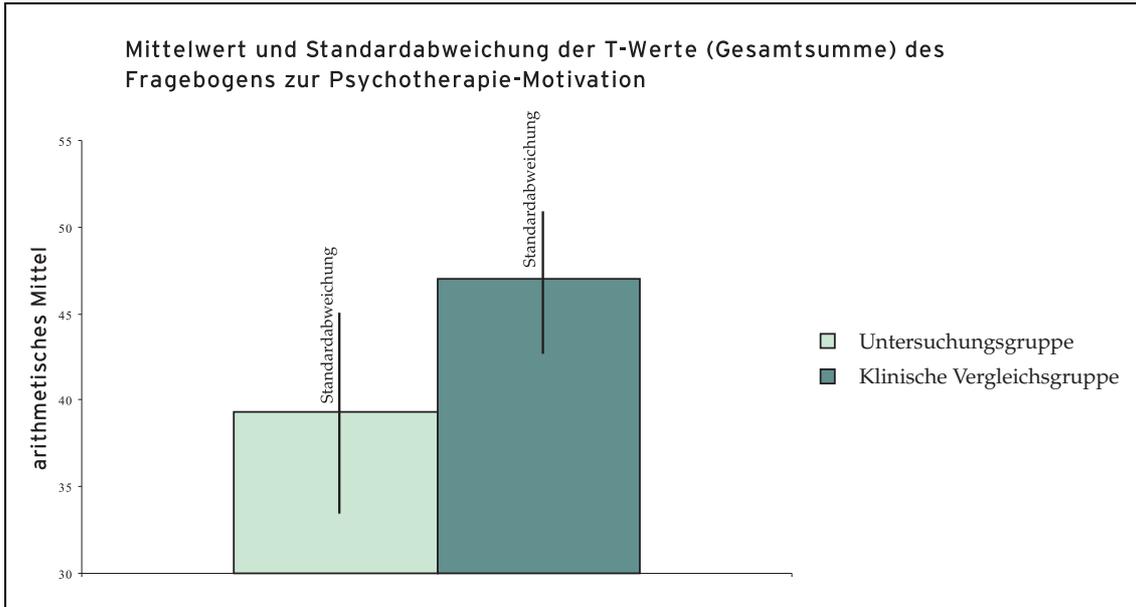


Abbildung 8.3: Psychotherapie-Motivation in der klinischen Vergleichsgruppe

Betrachtet man die Gesamtsumme der T-Werte (20 bis 64) beider Patientengruppen, so liegt das arithmetische Mittel der Untersuchungsgruppe bei  $\bar{x} = 39,29$  und das der klinischen Vergleichsgruppe bei  $\bar{x} = 47$ . Die zugehörigen Standardabweichungen  $\sigma^2$  betragen bei der Untersuchungsgruppe 11,22, bei der klinischen Vergleichsgruppe 9,44 (vgl. Abbildung 8.4).



**Abbildung 8.4:** Arithmetisches Mittel und Standardabweichung der T-Werte

Der U-Test (U-Wert = 2,59, kritischer U-Wert = 1,96, Signifikanzniveau  $p = 0,05$ ) offenbart beim Vergleich von Untersuchungsgruppe und klinischen Vergleichsgruppe signifikante Unterschiede. Die Patienten der Untersuchungsgruppe sind demnach deutlich weniger motiviert, eine Psychotherapie zu beginnen, als die Patienten der Vergleichsgruppe.

### 8.1.2 Unterschiede in der Psychotherapie-Motivation bei männlichen und weiblichen Patienten

Insgesamt nahmen 17 männliche und 47 weibliche Probanden an unserer Untersuchung teil. Die Verteilung der Geschlechter in der Untersuchungs- und in der klinischen Vergleichsgruppe stellt sich folgendermaßen dar:

	Untersuchungsgruppe	Klinische Vergleichsgruppe	Gesamt
weibliche Probanden	17	30	47
männliche Probanden	7	10	17
Gesamt	24	40	64

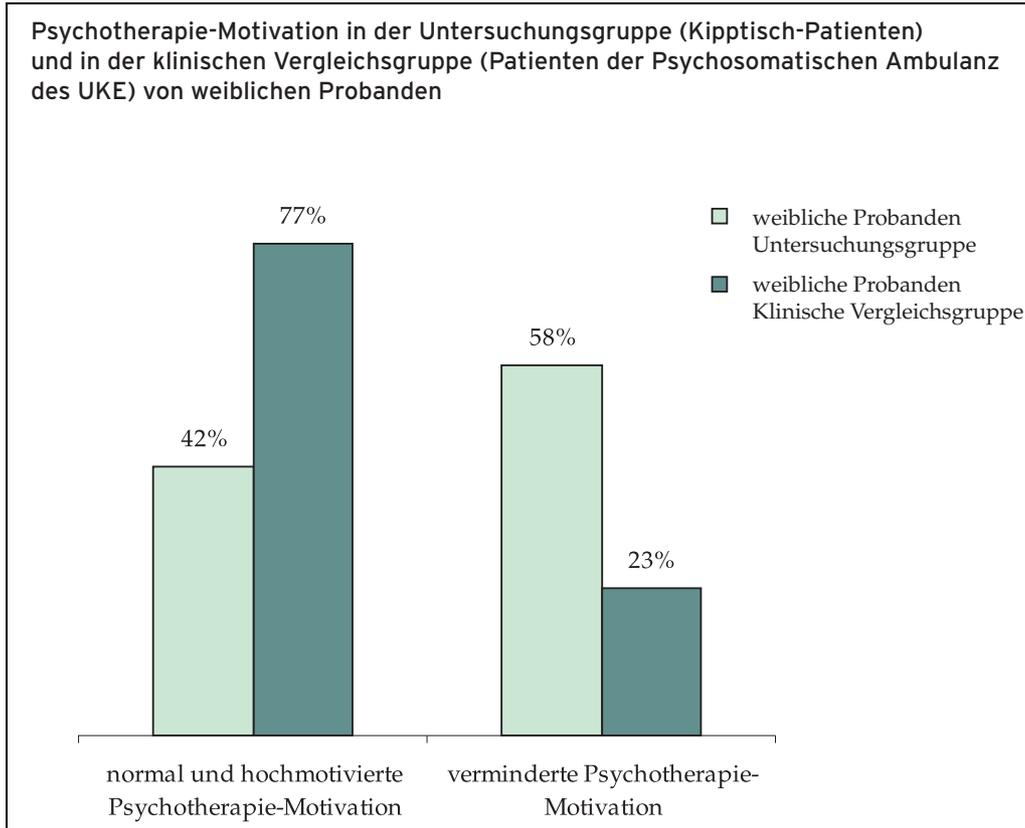
**Tabelle 8.2:** Verteilung der männlichen und weiblichen Probanden in der Studie

Zur Untersuchung der Psychotherapie-Motivation hinsichtlich der Geschlechterunterschiede verwendeten wir ebenfalls non-parametrische Verfahren wegen der geringen Fallzahl in der Untersuchungsgruppe. Hier lassen sich hinsichtlich der Motivation zwischen Frauen und Männern innerhalb der Untersuchungsgruppe nur geringe Unterschiede ausmachen. In der Gruppe der Kipptisch-Patienten zeigen sich drei männliche und elf weibliche Probanden (58 Prozent) weniger psychotherapeutisch motiviert.

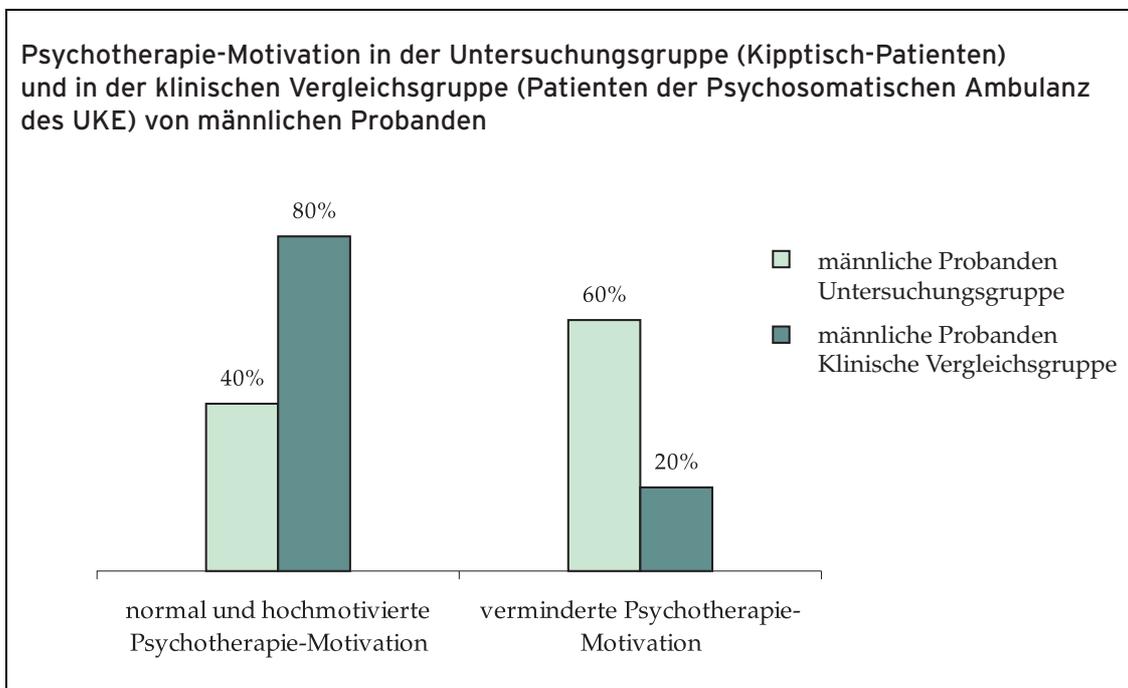
In der klinischen Vergleichsgruppe der Psychosomatischen Ambulanz ergibt sich im Hinblick auf das Geschlecht ein anderes Bild als in der Untersuchungsgruppe. Im Gegensatz zur Synkopengruppe sind hier zwei Probanden (vgl. Abbildung 8.6 und Tabelle 8.3) bzw. sieben Probandinnen (23 Prozent) (vgl. Tabelle 8.3 und Abbildung 8.5) weniger motiviert, eine psychotherapeutische Behandlung auf sich zu nehmen. Das Ergebnis der Geschlechterunterschiede muss wegen der geringen Fallzahl natürlich kritisch betrachtet werden und kann lediglich als tendenzieller Werte interpretiert werden (s. Kapitel 7.2., Probleme bei der Durchführung der Studie).

Patientengruppe	Weiblich normal bis hochmotiviert	Weiblich geringmotiviert	Männlich normal bis hochmotiviert	Männlich geringmotiviert
Untersuchungsgruppe (Kipptisch-Patienten)	8 (42%)	11 (58%)	2 (40%)	3 (60%)
Klinische Vergleichsgruppe (Psychosomatische Ambulanz)	23 (77%)	7 (23%)	8 (80%)	2 (20%)

**Tabelle 8.3:** Psychotherapie-Motivation von Patienten der Untersuchungs- und der klinischen Vergleichsgruppe mit Bezug auf das Geschlecht



**Abbildung 8.5:** Psychotherapie-Motivation in der Untersuchungsgruppe und in der klinischen Vergleichsgruppe bei weiblichen Probanden



**Abbildung 8.6:** Psychotherapie-Motivation in der Untersuchungsgruppe und in der klinischen Vergleichsgruppe bei männlichen Probanden

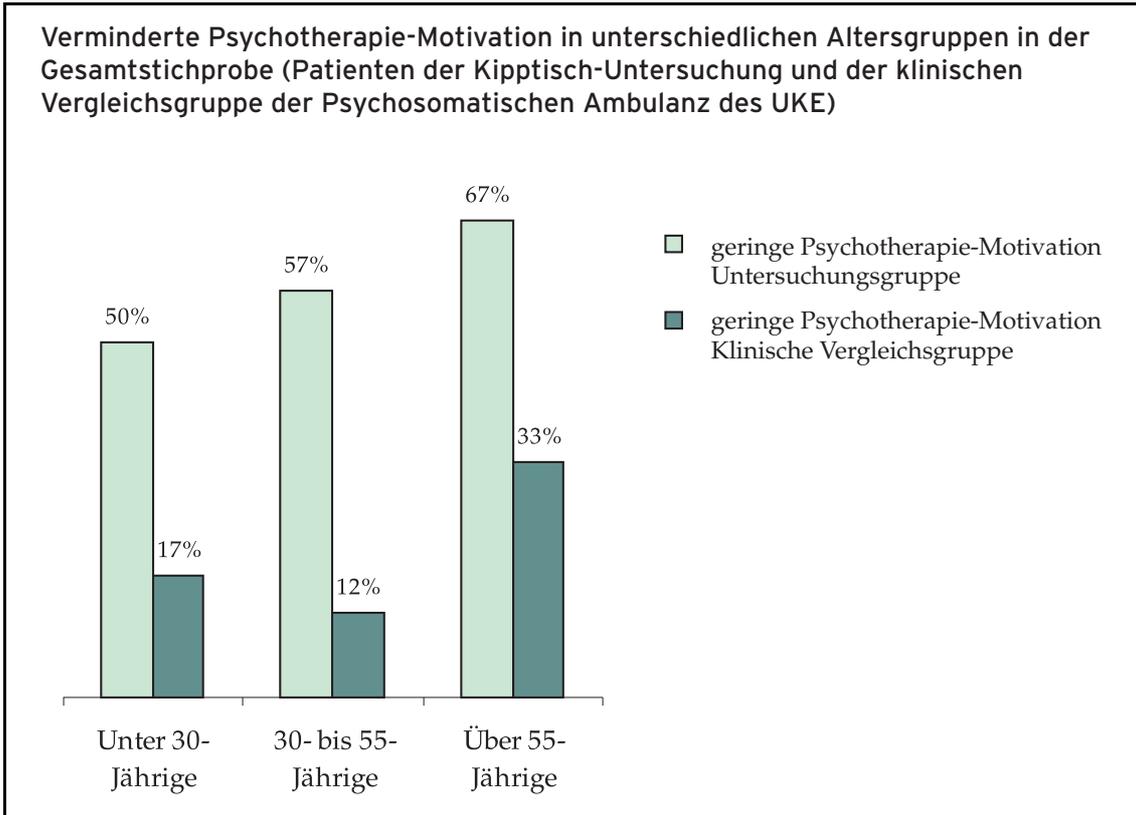
### 8.1.3 Psychotherapie-Motivation und Alter

Das Durchschnittsalter der Probanden in der Untersuchungsgruppe lag bei 42 Jahren und einer Altersspanne von 18 bis 74 Jahren. In der klinischen Vergleichsgruppe nahmen Patienten von 18 bis 70 Jahren (Mittelwert  $\bar{x}=39$ ) teil. Zur Vereinfachung der Darstellung der Daten wurden die Probanden altersmäßig in drei Gruppen unterteilt: In die Altersgruppe der unter 30-Jährigen ( $<30$ ), die mittlere Altersgruppe der 30- bis 55-Jährigen (30-55) sowie in die Gruppe der Patienten, die älter als 55 Jahre sind ( $>55$ ).

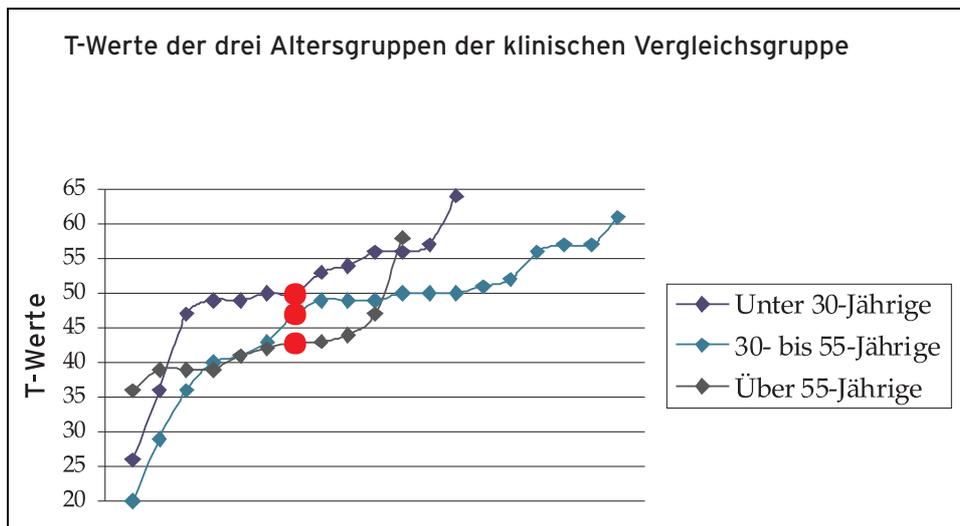
Bei der Untersuchungsgruppe lassen sich unter den Altersgruppen nur geringe Unterschiede feststellen. In der Altersklasse der unter 30-jährigen Patienten mit Synkopen zeigen vier von acht Probanden (50 Prozent) eine geringere Psychotherapie-Motivation. In der Gruppe der Kontroll-Patienten aus der Psychosomatischen Ambulanz zeigen lediglich zwei Fälle (17 Prozent) eine geringe Motivation zur psychotherapeutischen Behandlung. In der Altersgruppe der 30- bis 55-Jährigen demonstrieren vier Teilnehmer der Kipptisch-Patienten (57 Prozent) und zwei Probanden der klinischen Vergleichsgruppe (12 Prozent) geringe Motivation zur Psychotherapie. In der Altersgruppe der über 55-Jährigen stellt sich ein vergleichbares Bild dar. Hier zeigen sich ebenfalls die Patienten der Kipptisch-Untersuchungen weniger offen für eine psychotherapeutische Behandlung als die Teilnehmer der klinischen Vergleichsgruppe: sechs vs. drei Probanden (67 vs. 33 Prozent) (vgl. Abbildung 8.7).

Die T-Werte (20 bis 64) der beiden Patientengruppen stellen sich, differenziert nach den drei Altersgruppen, unterschiedlich dar. In der Untersuchungsgruppe der Kipptisch-Patienten zeigt die Altersklasse der unter 30-Jährigen genauso wie die Gruppe der 30- bis 55-Jährigen im Mittel einen Wert von  $\bar{x} = 41$  mit einer Standardabweichung  $\sigma^2 = 10,6$  bzw. 12. In der Gruppe der über 55-Jährigen wird der geringste Mittelwert ermittelt, und zwar  $\bar{x} = 37$  ( $\sigma^2 = 10,6$ ).

Bei den Patienten der klinischen Vergleichsgruppe der Psychosomatischen Ambulanz liegen die T-Werte im Mittel insgesamt höher. Die Gruppe der unter 30-Jährigen zeigt den höchsten Mittelwert  $\bar{x} = 50$  ( $\sigma^2 = 9,3$ ), die mittlere Altersklasse weist im arithmetischen Mittel einen Wert von  $\bar{x} = 47$  ( $\sigma^2 = 9,8$ ) auf, und die Gruppe der über 55-Jährigen den in der klinischen Vergleichsgruppe geringsten Mittelwert von  $\bar{x} = 43$  bei einer Standardabweichung  $\sigma^2$  von lediglich 5,6 (vgl. Abbildungen 8.8, 8.9).



**Abbildung 8.7:** Verminderte Psychotherapie-Motivation von Patienten unterschiedlicher Altersgruppen in der Gesamtstichprobe



**Abbildung 8.8:** T-Werte der Altersgruppen (Klinische Vergleichsgruppe)

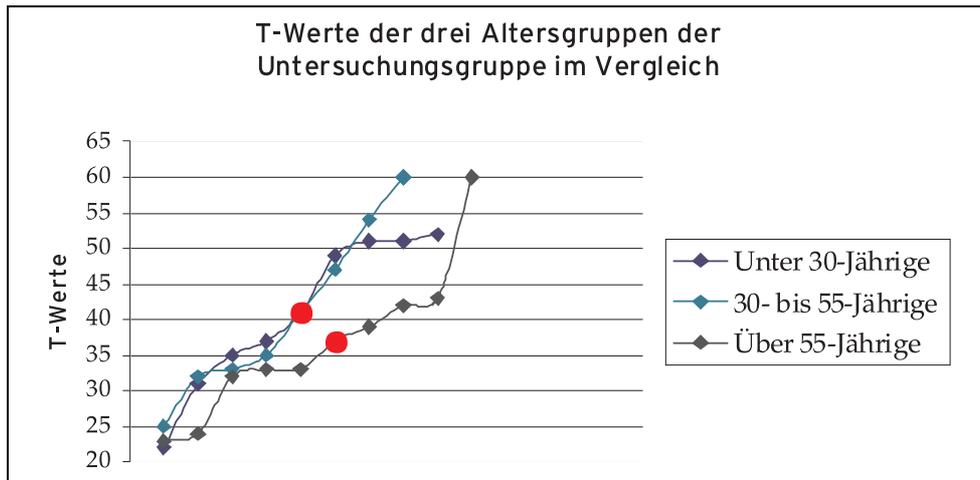


Abbildung 8.9: T-Werte der Altersgruppen (Untersuchungsgruppe)

Insgesamt lässt sich festhalten: In allen drei Altersgruppen sind die Patienten der Untersuchungsgruppe deutlich schlechter motiviert, sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen als die Patienten der klinischen Vergleichsgruppe der Psychosomatischen Ambulanz. Betrachtet man die Altersgruppen im Vergleich untereinander, so wird deutlich, dass sich die Klassen der über 55-Jährigen sowohl in der Untersuchungsgruppe der Kipptisch-Patienten als auch in der klinischen Vergleichsgruppe der Psychosomatischen Ambulanz weniger motiviert zeigen bezüglich psychotherapeutischer Behandlung als die jeweils jüngeren Altersgruppen.

### 8.1.4 Psychotherapie-Motivation und Schulbildung

Die Einteilung der Schulbildung in „Haupt- und Realschulabschluss“, „Hochschulreife“, „abgeschlossenes Studium“ und „unbekannt“ entnahmen wir der Symptom-Checkliste SCL-90-R. Eine Verteilung der Schulabschlüsse in der Gesamtstichprobe sowie in der Untersuchungs- und klinischen Vergleichsgruppe gibt die folgende Tabelle wieder:

Gesamt	Untersuchungsgruppe	Klinische Vergleichsgruppe	Gesamt
Anzahl abgeschl. Studium	4	5	9
Anzahl HSR	3	6	9
Anzahl HS/RS	12	25	37
Anzahl unbekannt	5	4	9
Gesamt	24	40	64

Tabelle 8.4: Einteilung der Patientengruppen nach Schulbildung

Beim Blick auf die Schulbildung von Patienten der Untersuchungsgruppe sind die Probanden, die wenig aufgeschlossen gegenüber Psychotherapien sind, unterschiedlich verteilt: Sieben Probanden mit Haupt- oder Realschulabschluss (63,6 Prozent), ein Patient mit Hochschulreife sowie drei Teilnehmer mit abgeschlossenem Studium.

Bei der klinischen Vergleichsgruppe aus der Psychosomatischen Ambulanz ergibt sich ebenfalls ein differenziertes Bild. Sechs Probanden aus der Gruppe der Haupt- oder Realschüler (46,2 Prozent) zeigen sich nicht offen für eine psychotherapeutische Therapie, ein Proband mit einem abgeschlossenen Studium ebenfalls nicht. Die sechs Patienten mit Hochschulreife (46,2 Prozent) bekunden diesbezüglich ebenfalls wenig Interesse (vgl. Tabelle 8.5).

Schulbildung	Untersuchungsgruppe (Kipptisch-Patienten)	Klinische Vergleichsgruppe (Psychosomatische Ambulanz)
Haupt- oder Realschulabschluss	7 (63,6%)	6 (46,2%)
Hochschulreife	1 (9,1%)	1 (7,6%)
Abgeschlossenes Studium	3 (27,3%)	6 (46,2%)

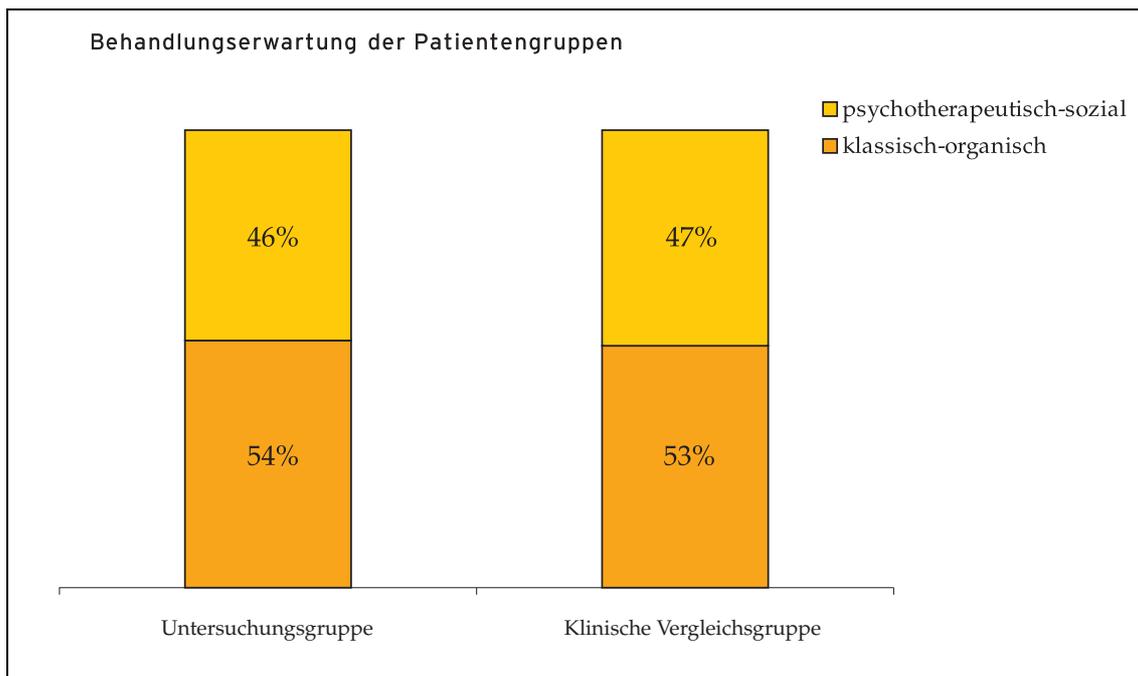
**Tabelle 8.5:** Psychotherapie-Motivation in Bezug auf die Schulbildung der beiden Patientengruppen

### 8.1.5 Behandlungsvorstellungen in den Probandengruppen und ihr Einfluss auf die Psychotherapie-Motivation

Besonderes Augenmerk legten wir darauf, herauszuarbeiten, welche Behandlungsvorstellung und, damit verbunden, welches subjektive Krankheitskonzept bei den Studienteilnehmern vorherrscht.

Sehen sie eine Lösung ihrer Probleme eher im psychisch-sozialen Ansatz, oder hoffen sie, mit Hilfe einer klassisch-organmedizinischen Orientierung gesund zu werden? Es schien uns dazu zweckmäßig, die Antwortskala zu reduzieren und die Kategorien „wahrscheinlich“ und „bestimmt“ als Bejahung zu werten. Über eine Häufigkeitsauszählung lässt sich eruieren, ob es Unterschiede hinsichtlich der Behandlungserwartung bei den jeweiligen Gruppen gibt.

Als Ergebnis lässt sich feststellen: Sowohl in der Untersuchungsgruppe als auch in der klinischen Vergleichsgruppe halten sich die Patienten mit einer psychisch orientierten Behandlungserwartung und die Patienten, die größere Erwartungen an klassisch-organmedizinische Ansätze knüpfen, in etwa die Waage. In der Untersuchungsgruppe orientieren sich durchschnittlich 54 Prozent der Patienten an einer Behandlung, die eher somatisch ausgerichtet ist, in der Probandengruppe aus der Psychosomatischen Ambulanz geben ihr 53 Prozent den Vorzug. Eine Behandlung, die psychotherapeutisch-soziale Schwerpunkte setzt, können sich 46 Prozent der Patienten aus der Kipptisch-Gruppe vorstellen. In der Vergleichsgruppe präferieren 47 Prozent der Patienten eine psychotherapeutische Behandlung (vgl. Abbildung 8.10). Insgesamt sind die Präferenzen in den jeweiligen Gruppen nur marginal. Sowohl die Patientengruppe der Kipptisch-Untersuchungen als auch die der klinischen Vergleichsgruppe der Psychosomatischen Ambulanz tendieren leicht zu klassisch-organmedizinischen Behandlungsmethoden.



**Abbildung 8.10: Behandlungserwartung der Patientengruppen**

Betrachtet man deskriptiv die Gesamtsummenhäufigkeit der Behandlungserwartung (0 bis 48) der beiden untersuchten Patientengruppen, so lassen sich nur geringe Unterschiede feststellen. In der Untersuchungsgruppe der Kipptisch-Patienten können wir ein arithmetisches Mittel von  $\bar{x} = 35,71$  bei einer Standardabweichung von  $\sigma^2 = 12,04$  errechnen. Die Gruppe der Psychosomatischen Ambulanz erreicht im Mittel einen Wert von  $\bar{x} = 31,75$  ( $\sigma^2 = 11,44$ ).

In der Summenhäufigkeit (0 bis 24) der eher klassisch-organischen Behandlungserwartung stellte sich die Untersuchungsgruppe mit  $\bar{x} = 17,33$  ( $\sigma^2 = 6,03$ ) im Gegensatz zur klinischen Vergleichsgruppe  $\bar{x} = 16,9$  ( $\sigma^2 = 5,89$ ) mit ähnlichen Werten dar. Die psychosoziale Behandlungserwartungshaltung zeigt in der Untersuchungsgruppe im Vergleich zur klinischen Vergleichsgruppe ( $\bar{x} = 18,28$ ,  $\sigma^2 = 6,85$  vs.  $\bar{x} = 14,9$ ,  $\sigma^2 = 6,53$ ) leicht erhöhte Werte im arithmetischen Mittel.

### 8.1.6 Allgemeine Lebenszufriedenheit der Probanden in Bezug auf Alter, Geschlecht und Schulbildung

Die Auswertung der Ergebnisse zum Punkt „allgemeine Lebenszufriedenheit“ anhand des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (Brähler et al., 2000) unterstreicht deutlich das Missbehagen beider Probandengruppen an ihren jeweiligen Lebensumständen. 15 Patienten der Untersuchungsgruppe (83 Prozent) sowie 23 Probanden der klinischen Vergleichsgruppe (85 Prozent) halten verschiedene Lebensbereiche, wie Gesundheit, Beziehungen zu sich und anderen Menschen, Beruf, Wohnung, Finanzen oder Freizeit für stark verbesserungswürdig. Lediglich drei Patienten der Kipptisch-Patienten und vier der klinischen Vergleichsgruppe der Psychosomatischen Ambulanz weisen eine normale oder erhöhte Lebenszufriedenheit auf (vgl. Abbildung 8.11).

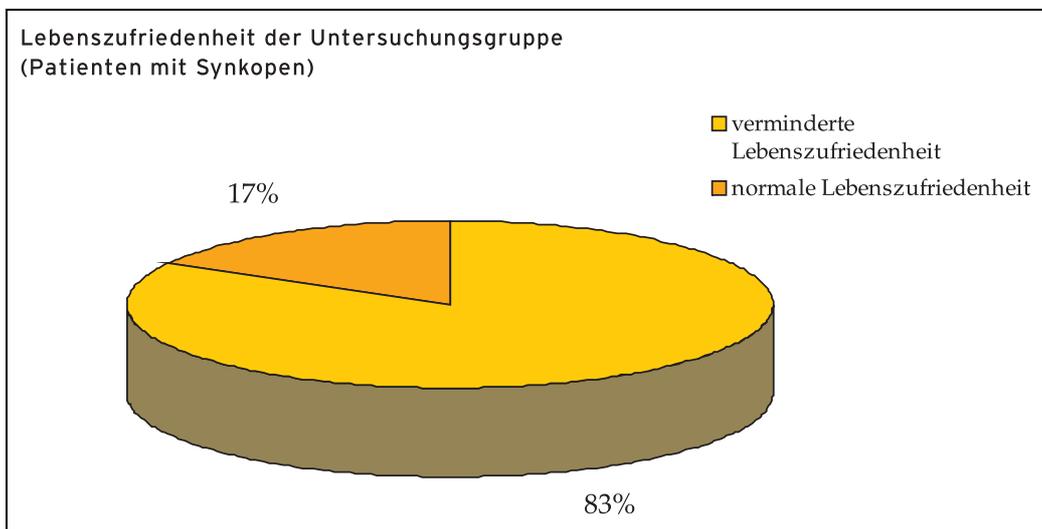
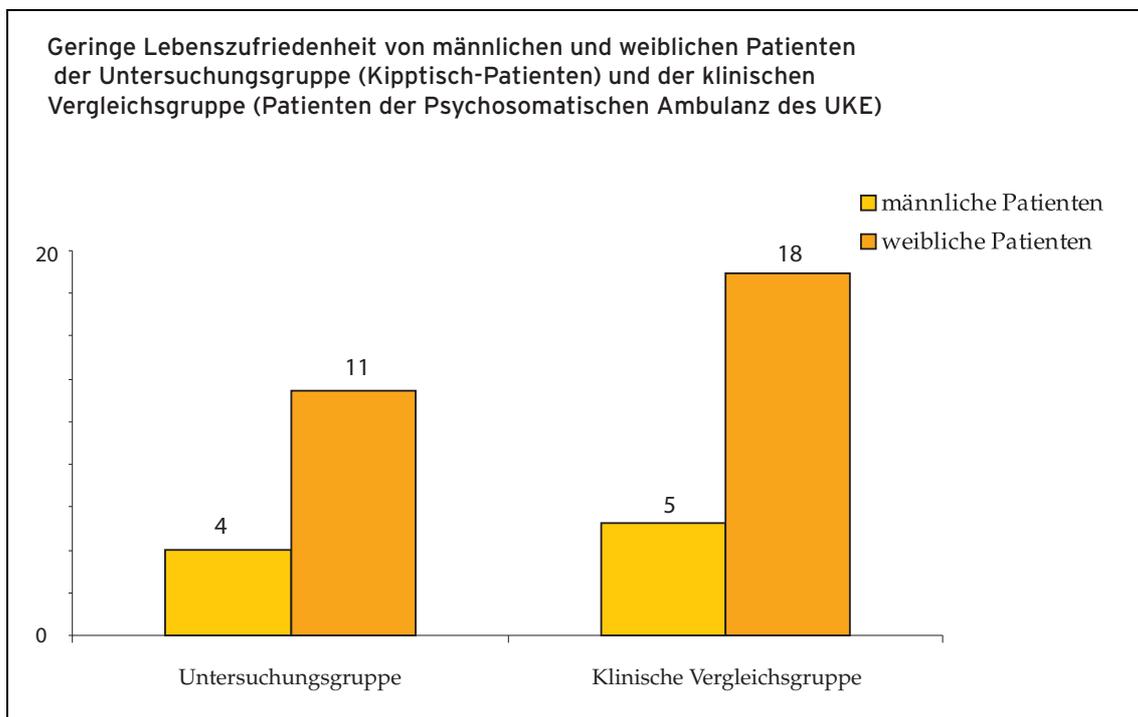


Abbildung 8.11: Lebenszufriedenheit der Untersuchungsgruppe

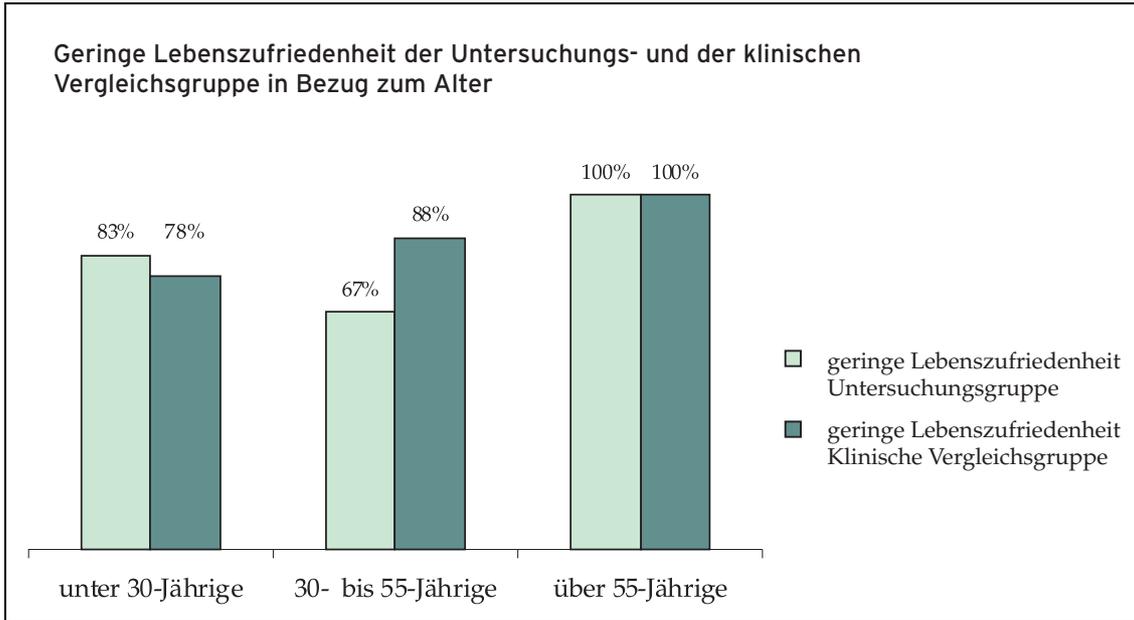
Bei der Betrachtung der Geschlechter zeigen sich Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten. In der Untersuchungsgruppe dokumentieren vier männliche und elf weibliche Probanden (73,3 Prozent) geringe Lebenszufriedenheit. In der Vergleichsgruppe zeigen sich fünf männliche und 18 weibliche (78,3 Prozent) Studienteilnehmer unzufrieden mit ihren jeweiligen Lebensumständen (vgl. Abbildung 8.12).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass der Parameter Lebenszufriedenheit bei mehr als der Hälfte der Teilnehmer der Studie vermindert ist (59 Prozent).



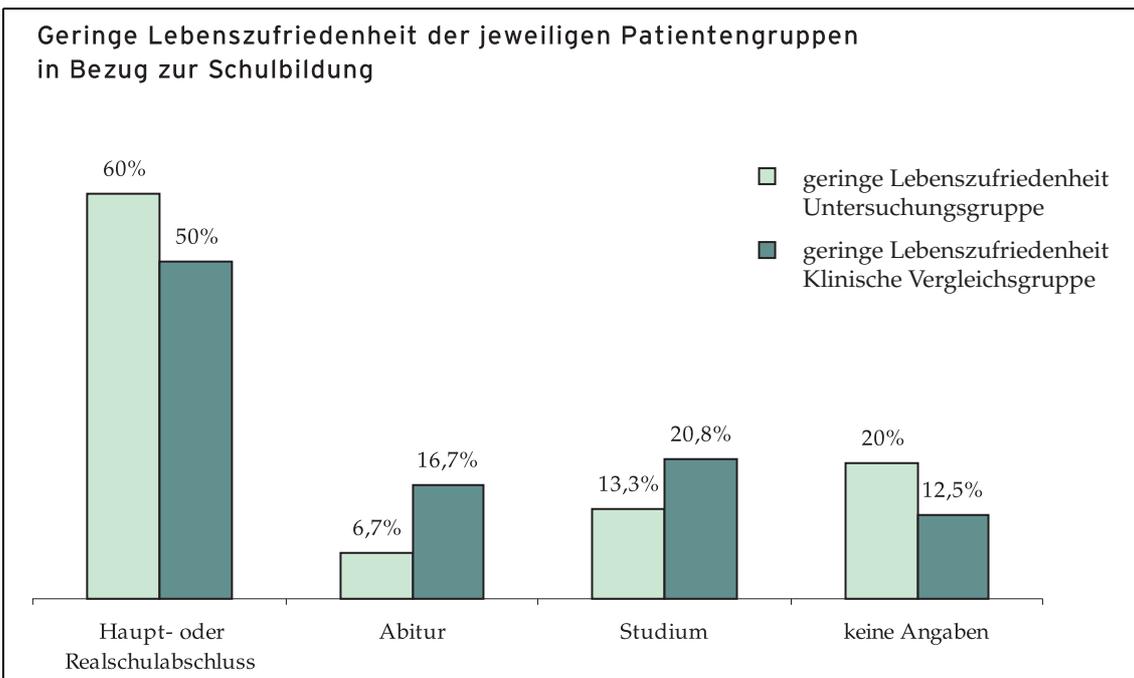
**Abbildung 8.12:** Geringe Lebenszufriedenheit von männlichen und weiblichen Patienten der Untersuchungsgruppe und der klinischen Vergleichsgruppe

Untersucht man die verschiedenen Altersgruppen hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit, lassen sich nur schwache Merkmalsausprägungen feststellen ( $\sigma^2 = 1,366$ ,  $K$  (korr.) = 0,05). In der Untersuchungsgruppe zeigen zwei über 55-Jährige im Vergleich zu fünf Patienten der Altersgruppe unter 30 und vier Probanden der mittleren Altersgruppe der 30- bis 55-Jährigen die geringste Lebenszufriedenheit. In der Vergleichsgruppe verhält es sich ähnlich wie in der Untersuchungsgruppe. Auch hier lassen zwei Ältere im Vergleich zu den 14 Probanden der mittleren (88 Prozent) und den sieben Patienten der jüngsten (78 Prozent) Altersgruppe erkennen, dass sie mit ihrem Status quo unzufrieden sind (vgl. Abbildung 8.13).



**Abbildung 8.13:** Geringe Lebenszufriedenheit von Patienten der Untersuchungs- und klinischen Vergleichsgruppe in Bezug zum Alter

Die Schulbildung scheint einen Einfluss auf den Parameter Lebenszufriedenheit zu besitzen, jedenfalls zeigen die Ergebnisse auch hier Unterschiede. Bezüglich der Lebenszufriedenheit werden Patienten der Untersuchungs- und der klinischen Vergleichsgruppe mit jeweils unterschiedlicher Schulbildung untereinander verglichen.



**Abbildung 8.14:** Geringe Lebenszufriedenheit der untersuchten Patienten in Bezug zur Schulbildung

In der Untersuchungsgruppe der Kipptisch-Ambulanz dokumentieren ein Patient mit Hochschulreife und zwei Patienten mit abgeschlossenem Studium Unzufriedenheit mit ihrer jeweiligen Lebenssituation. Bei den neun Befragten in der Gruppe der Haupt- oder Realschüler sind es 60 Prozent. Drei Patienten machen zur Schulbildung keine Angaben. Zufrieden mit ihrem Alltag zeigen sich zwei Probanden mit Haupt- und Realschulabschluss. In der Gruppe der Probanden mit abgeschlossenem Studium ist lediglich ein Patient mit seiner aktuellen Lebenssituation zufrieden.

Insgesamt dokumentieren wir bei den 27 Befragten der klinischen Vergleichsgruppe eine hohe Lebensunzufriedenheit: Fünf Patienten mit einem abgeschlossenen Studium im Vergleich zu zwölf Haupt- oder Realschülern (50 Prozent) sowie den vier Probanden mit Hochschulreife. Drei Probanden machten zur Schulbildung keine Angaben. Lediglich in der Gruppe der Haupt- oder Realschüler lassen die Antworten einer Probandengruppe von drei Befragten auf allgemeine Lebenszufriedenheit schließen (vgl. Abbildung 8.14).

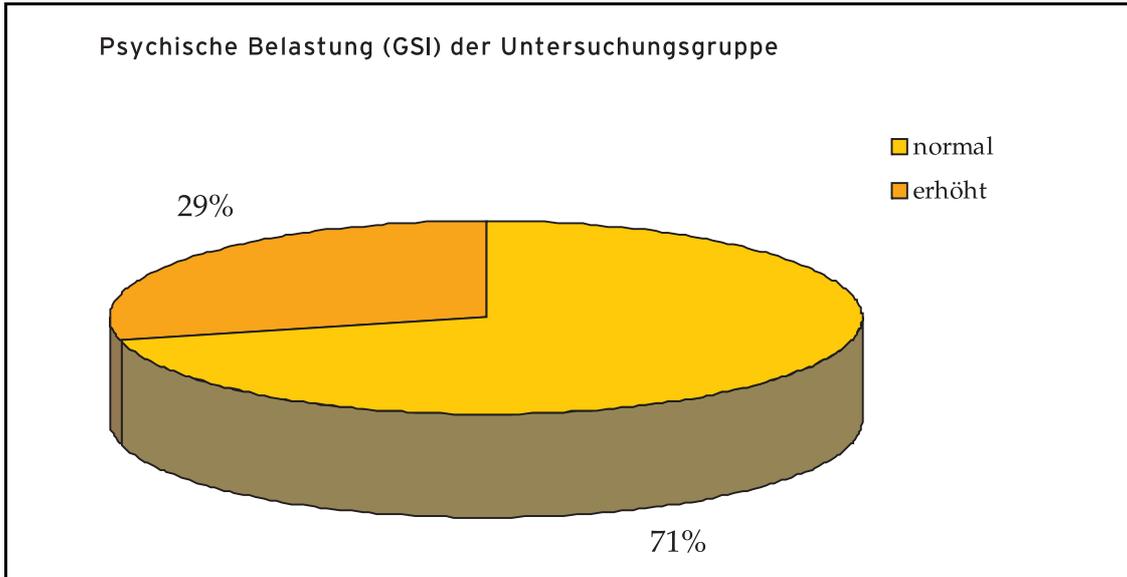
### 8.1.7 Vergleich der psychischen Belastung von Patienten der Untersuchungsgruppe und der Vergleichsgruppe

Der „GSI“ (global severity index), der im Rahmen des SCL-90-R gemessen wurde, beschreibt die psychische Belastung eines Patienten. Ein normwertiger GSI ergibt sich lediglich bei etwa einem Drittel der Patienten (29 Prozent), wobei der Unterschied in beiden Probandengruppen nur gering ausfällt (vgl. Tabelle 8.6).

Die Untersuchungsgruppe weist, wie in Abbildung 8.15 dargestellt, erhöhte psychische Belastung (GSI) bei sieben Patienten (29 Prozent) auf. 71 Prozent (17 Probanden) der Kipptisch-Patienten erreichen normale Werte.

Untersuchungsgruppe	
psychische Belastung	gesamt
Erhöht	17 (71%)
Normal	7 (29%)
Klinische Vergleichsgruppe	
psychische Belastung	gesamt
Erhöht	27 (70%)
Normal	12 (30%)

Tabelle 8.6: Psychische Belastung (GSI) im Vergleich

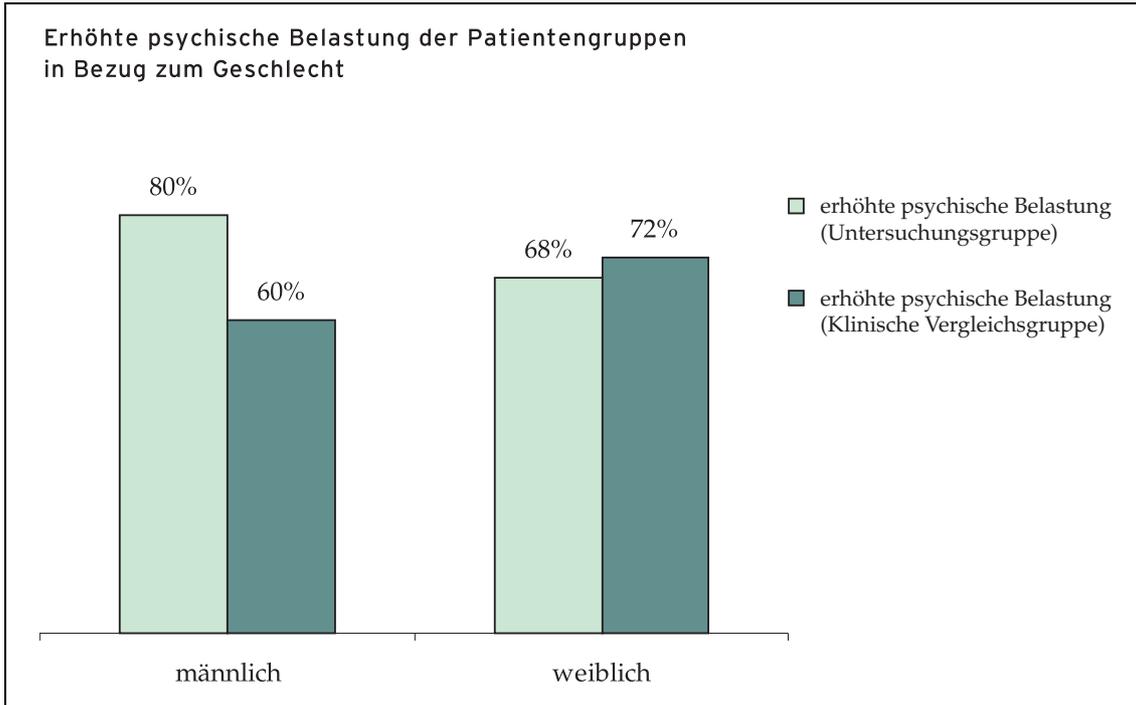


**Abbildung 8.15:** Psychische Belastung (GSI) der Untersuchungsgruppe

Betrachtet man die psychische Belastung mit Blick auf die Geschlechter, so fällt auf, dass die weiblichen Patienten sowohl in der Untersuchungs- als auch in der klinischen Vergleichsgruppe zu mehr als zwei Dritteln eine höhere psychische Belastung zeigen. In der Untersuchungsgruppe zeigen 13 weibliche (68 Prozent) im Gegensatz zu vier männlichen Patienten (80 Prozent) eine erhöhte psychische Belastung. In der klinischen Vergleichsgruppe weisen 21 weibliche (72 Prozent) vs. sechs männliche Teilnehmer (60 Prozent) eine Erhöhung der psychischen Belastung auf (vgl. Abbildung 8.1.6, Tabelle 8.7).

Untersuchungsgruppe		
psychische Belastung	männlich	weiblich
Erhöht	4	13
Normal	1	6
Klinische Vergleichsgruppe		
psychische Belastung	männlich	weiblich
Erhöht	6	21
Normal	4	8

**Tabelle 8.7:** Psychische Belastung (GSI) in Bezug zum Geschlecht

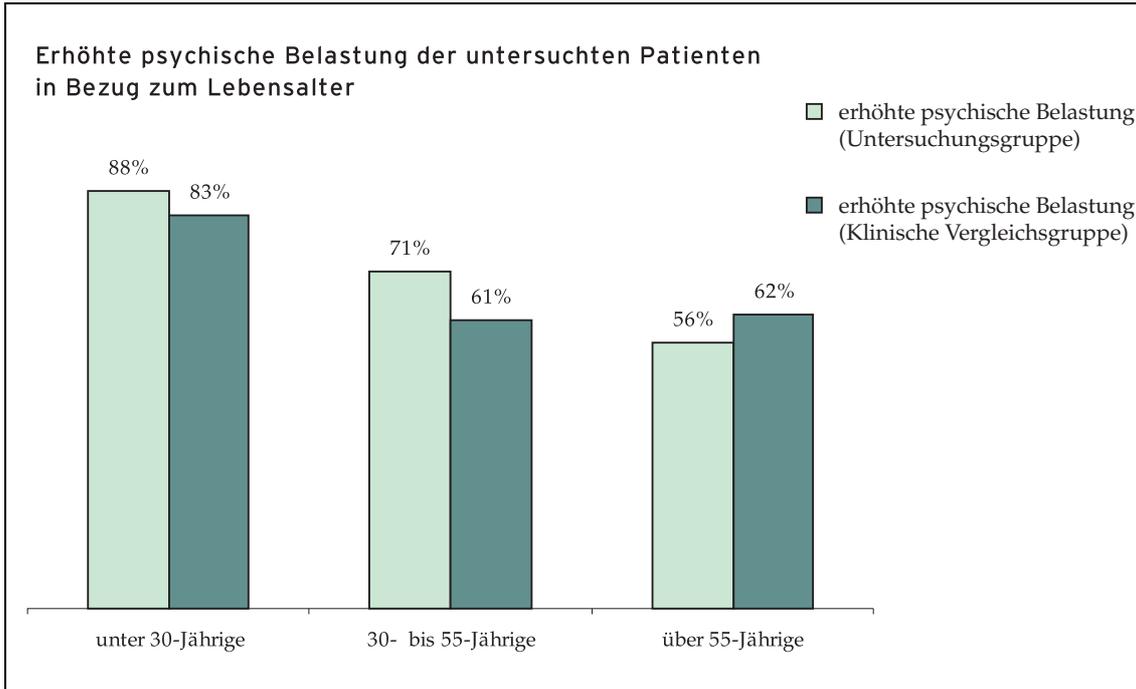


**Abbildung 8.16:** Erhöhte psychische Belastung der Patientengruppen in Bezug zum Geschlecht

Setzen wir das Lebensalter in Bezug zur psychischen Belastung (GSI) der Patientengruppen, dann fällt auf, dass in der Untersuchungsgruppe fünf Probanden und in der klinischen Vergleichsgruppe elf Patienten der unter 30-Jährigen (88 Prozent vs. 83 Prozent) eine erhöhte psychische Belastung aufweisen. In der Gruppe der 30- bis 55-Jährigen zeigen in der Patientengruppe der Kipptisch-Untersuchungen 71 Prozent und in der klinischen Vergleichsgruppe 61 Prozent einen erhöhten GSI. In der Gruppe der Älteren weisen lediglich fünf Probanden in der Untersuchungsgruppe und fünf Patienten in der klinischen Vergleichsgruppe eine erhöhte psychische Belastung auf (vgl. Tabelle 8.8 und Abbildung 8.17).

Untersuchungsgruppe			
psychische Belastung	<30	30 - 55	> 55
Erhöht	7 (88%)	5 (71%)	5 (56%)
Normal	1 (12%)	2 (29%)	4 (44%)
Klinische Vergleichsgruppe			
psychische Belastung	<30	30 - 55	> 55
Erhöht	10 (83%)	11 (61%)	5 (62%)
Normal	2 (17%)	7 (39%)	3 (38%)

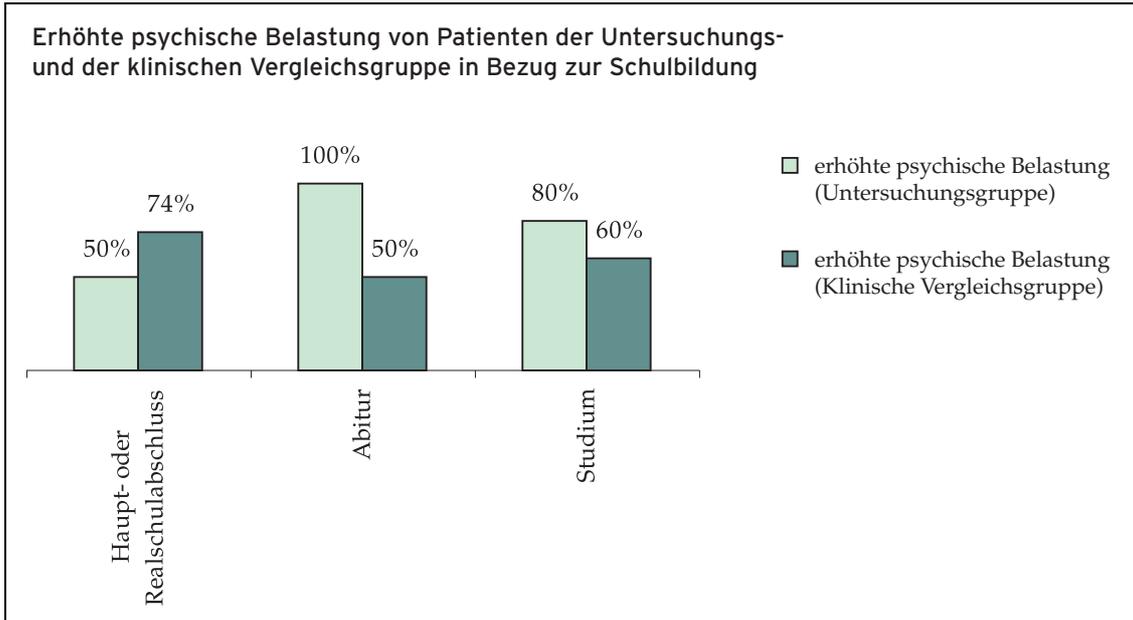
**Tabelle 8.8:** Psychische Belastung (GSI) in Bezug zum Lebensalter



**Abbildung 8.17:** Erhöhte psychische Belastung der Patientengruppen in Bezug zum Lebensalter

Bei der Untersuchung einer möglichen Beziehung der Parameter Schulbildung und psychische Belastung (GSI) ergibt sich bei den Kipptisch-Patienten folgendes Bild. Zwei Patienten mit Abitur fühlen sich belastet, außerdem vier Probanden mit abgeschlossenem Studium sowie sechs Patienten mit Haupt- oder Real- schulabschluss.

In der klinischen Vergleichsgruppe stellt sich die Verteilung der psychischen Belastung (GSI) in Bezug zur Schulbildung der Probanden etwas anders dar. 17 Personen aus der Gruppe der Haupt- oder Realschüler (74 Prozent) dokumentieren über die Fragebögen für sich eine hohe psychische Belastung. Drei Probanden mit abgeschlossenem Studium sowie drei Patienten der Gruppe mit Hochschulreife weisen eine höhere psychische Belastung auf (vgl. Abbildung 8.18 und Tabelle 8.9).



**Abbildung 8.18:** Erhöhte psychische Belastung von Patienten der Untersuchungs- und der klinischen Vergleichsgruppe in Bezug zur Schulbildung

Betrachten wir zunächst die T-Werte (20 bis 80) der psychischen Belastung (GSI) isoliert, so stellen sich die Zahlen im arithmetischen Mittel in der Untersuchungsgruppe mit den Kipptisch-Patienten wie folgt dar:  $\bar{x} = 60$  ( $\sigma^2 = 16$ ). Bei differenzierterer Betrachtung der Patienten nach Art der Schulbildung zeigen sich die Haupt- oder Realschüler im Mittel mit  $\bar{x} = 60$  ( $\sigma^2 = 14$ ) und die Patienten mit Hochschulreife im Mittel mit  $\bar{x} = 69$  ( $\sigma^2 = 4$ ). Für die Probandengruppe der Studierenden errechnen wir einen Mittelwert von  $\bar{x} = 66$  ( $\sigma^2 = 11$ ).

Untersuchungsgruppe			
psychische Belastung	Haupt-/ Realschule	Abitur	Studium
Erhöht	6	2	4
Normal	6	0	1
Klinische Vergleichsgruppe			
psychische Belastung	Haupt-/ Realschule	Abitur	Studium
Erhöht	17	3	3
Normal	6	3	2

**Tabelle 8.9:** Psychische Belastung (GSI) in Bezug zur Schulbildung

Die klinische Vergleichsgruppe der Psychosomatischen Ambulanz zeigt einen etwas höheren T-Wert im Mittel als die Untersuchungsgruppe ( $\bar{x} = 66$ ;  $\sigma^2 = 14$ ). Bei der Berechnung der T-Werte der Patienten mit verschiedener Schulbildung kommen wir auf unterschiedliche Mittelwerte. Die klinische Vergleichsgruppe der Haupt- oder Realschüler weist ein arithmetisches Mittel von  $\bar{x} = 67$  ( $\sigma^2 = 15$ ) auf. In der Gruppe der Abiturienten zeigen die Patienten im Mittel einen T-Wert von  $\bar{x} = 63$  ( $\sigma^2 = 8$ ) und in der klinischen Vergleichsgruppe der Probanden mit einem abgeschlossenen Studium messen wir die höchsten T-Werte im Mittel von  $\bar{x} = 70$  ( $\sigma^2 = 14$ ). Wegen der geringen Fallzahl der Untersuchungsgruppe ( $n < 30$ ) kamen auch bei der Untersuchung der Psychotherapie-Motivation hinsichtlich der Schulbildung der beiden Gruppen deskriptive und non-parametrische Testverfahren zur Anwendung. Signifikanzen im Vergleich der Untersuchungs- und klinischen Vergleichsgruppe zeigen sich nicht (U-Wert = -1,71, kritischer U-Wert = 1,96, Signifikanzniveau  $p = 0,05$ ).

# 9 Diskussion und Schlussfolgerung

Die alte Therapeutenweisheit: „Patienten sind immer motiviert, es fragt sich nur zu was!“ (zit. n. Rief, 2006) hat sicherlich ihren wahren Kern. Man ist geneigt, die mitschwingende Ironie dieser Aussage als Indiz dafür heranzuziehen, dass es zwischen Therapeuten und Patienten immer wieder zu Schwierigkeiten hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlung kommt. Dies gilt es in der Therapieplanung zu berücksichtigen. Jedweder Therapieansatz, so ist deshalb zu fordern, muss auf eventuelle Probleme in der Abstimmung zwischen Therapeut und Patient vorbereitet sein.

## 9.1 Probleme der Psychotherapie-Motivation und Ansätze zu ihrer Verbesserung

Gerade die Einführung deskriptiver Klassifikationssysteme für psychische Störungen begünstigt – oftmals fälschlicherweise – die Annahme, dass auch aus Patientensicht Hauptziel der Behandlung die Behebung der Symptomatik sei. Eine wichtige Erkenntnis aus der Motivationspsychologie stellt indes die Tatsache dar, dass Motivation nicht als dichotomes Merkmal im Sinne von „liegt vor“ oder „liegt nicht vor“ charakterisiert werden kann. Die Motivation eines Patienten stellt sich vielmehr als äußerst komplexes Phänomen dar. Die Einflussnahme durch den Therapeuten – und darauf fußend seine Interventionsplanung – muss daher eindeutig darauf abgestimmt sein, in welcher Motivationsphase der Patient sich mit Bezug auf ein bestimmtes Problem befindet (Rief, 2006). Motivationsveränderungen gehorchen nicht zwangsläufig dem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“. Nicht selten sind Therapeuten enttäuscht, wenn nach einer psychotherapeutischen Beratung Patienten die ausgesprochenen Empfehlungen nicht oder nicht

vollständig umsetzen. Man kann heute davon ausgehen, dass die affirmative Herangehensweise, also die Entwicklung positiver, attraktiver Motive für den Patienten, effektiver ist als die Betonung aversiver Zustände und die Wege zu ihrer Vermeidung.

*Kanfer et al.* (1996) stellen als eine Methode zum Aufbau einer Veränderungsmotivation die „Ziel- und Wertklärung“ vor. Daraus lässt sich ableiten, welchen seiner Lebensziele der Patient mit der vorliegenden Symptomatik näherkommt und welche den Abstand zu ihnen vergrößern. Als klassische Technik zur Motivationsklärung mit Blick auf Veränderungen gilt die Verwendung von „Vier-Felder-Tafeln“. Dabei wird gemeinsam mit dem Patienten eruiert, welche Gründe für und welche gegen das Beibehalten der aktuellen Situation sprechen.

In den Arbeiten von *Prochaska* und *DiClemente* (1986) wird auf die Veränderung der Motivation in unterschiedlichen Phasen der Behandlung eingegangen. Demnach geht jeder Veränderung eine „Vorüberlegens-Phase“ voraus. Der Patient erhält in dieser Phase Informationen, die mit seiner bisherigen Sichtweise der Situation nicht konkordant sind. Der Therapeut versucht nun, beim Patienten eine Reflexion der aktuellen Lebensphase anzustoßen. In der zweiten Phase dieses Modells (Kontemplationsphase) beginnt der Patient ernsthafte Zweifel am bisherigen Zustand seiner Lebenssituation zu äußern. Die Intervention des Behandlers zielt darauf ab, dem Patienten deutlich zu machen, dass es mehr Gründe für eine Veränderung als für das Beibehalten des bisherigen Zustandes gibt. In der „Phase des Handelns“ wird dem Patienten konkret vorgegeben, mit welchen Verhaltensänderungen er kritische Situationen im Leben bewältigen kann. Die vierte Etappe schließlich ist die Phase der „Aufrechterhaltung“. In diesem sensiblen Zeitraum berichtet der Patient über mögliche Probleme, die sich für ihn ergeben haben. Die Gefahr eines potentiellen Rückfalls, besonders bei Suchterkrankungen, ist in diesem Therapieabschnitt am größten. Ziel jeder Behandlung sollte es sein, den Patienten zu einer dauerhaften Verhaltensänderung zu bewegen, insofern muss die Interventionsplanung auf das Risiko eines Rückfalls abstellen. Das Modell verdeutlicht, dass es in der Therapie für den Behandler darauf ankommt, sich die psychische Befindlichkeit seines Patienten ebenso zu vergegenwärtigen wie dessen Ressourcen bezüglich seiner Motivation.

Treten im Zuge einer Psychotherapie Motivationsprobleme auf, so kann deren Ursache verschiedener Natur sein. Auch die Variationsbreite der Indikatoren kann formenreich sein. *Rief* (2006) sieht erste Hinweise auf mangelnde Motivation gege-

ben, wenn der Patient beginnt, Therapietermine unentschuldigt verstreichen zu lassen oder Vorwände zu benutzen, um Sitzungen zu verschieben. Auch zunehmende Schwierigkeiten bei der Terminfindung deuten darauf hin. So werden „Hausaufgaben“ immer häufiger vergessen, oder der Patient berichtet, dass er keine Zeit für deren Erledigung gefunden hätte. Wenig motivierte Patienten können außerdem ein passives und verschlossenes Verhalten in der therapeutischen Sitzung zeigen und dem Therapeuten und dessen Vorschlägen mit offener oder verdeckter Kritik begegnen. Herrscht in therapeutischen Gesprächen zudem Anspannung, können Inhalte möglicherweise nicht mehr verbalisiert werden. Grundsätzlich rät *Rief*, dass solche Probleme thematisiert werden, um gemeinsam mit dem Patienten zu beraten, wie die Situation zu lösen sei. Gerade bei wenig erfahrenen Psychotherapeuten lasse sich oftmals beobachten, dass sie Hemmungen hätten, Probleme in der Psychotherapie-Motivation oder vermutete Probleme in der psychotherapeutischen Beziehung zu verbalisieren. Diese Fähigkeit müsse jedoch als Grundkompetenz psychotherapeutischen Handelns angesehen werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Psychotherapie-Motivation und die therapeutische Beziehung schulübergreifend als die beiden entscheidenden Faktoren für das Gelingen von Psychotherapie gelten dürfen. Die Verbesserung der Psychotherapie-Motivation ist daher das Ergebnis eines stabileren und vertrauensvolleren Verhältnisses zwischen Therapeut und Patient.

Auf diesen elementaren Zusammenhang haben unterschiedliche Untersuchungen wiederholt hingewiesen (z. B. Berking, 2005; Felber et al., 2005; Janecke, 2003; Schweickhardt et al., 2005). In einer Studie von *Rumpold* et al. (2005) wurden 107 Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz hinsichtlich ihrer Psychotherapie-Motivation und der Qualität ihrer therapeutischen Beziehung untersucht. Sowohl die gestellte Diagnose als auch die Persönlichkeit bzw. die psychotherapeutische Ausrichtung des Behandlers erwiesen sich als bedeutsame Einflussfaktoren auf die Stärke der Motivation des Patienten sowie auf die Güte der Beziehung zum Therapeuten. Auch in der Arbeit von *Fischer-Kern* et al. (2006) zeigt sich die Einschätzung des Therapeuten als prognostisch signifikante Variable. In dieser Untersuchung zog man Angaben von Patienten und Therapeuten im Rahmen eines Erstgesprächs heran und stellte eine Prognose zur Aufnahme einer Psychotherapie auf. Den 92 Patienten legte man im Anschluss des Erstgesprächs Fragebögen zur Messung ihrer Psychotherapie-Motivation vor. Die Therapeuten forderte man zum selben Zeitpunkt auf, eine Beurteilung der Funktionsbeeinträchtigung und der initialen therapeutischen Arbeitsbeziehung zum Probanden

abzugeben. Dabei zeigte sich, dass soziodemographische Kriterien und Persönlichkeitsvariablen ebenso wie die Diagnose hinsichtlich der Motivation des Patienten weniger prognostische Relevanz hatten als die individuelle Einschätzung der Therapeuten bezüglich ihrer Beziehungs- und Arbeitsmöglichkeiten mit dem Patienten.

Ein häufig beklagtes Problem psychotherapeutischer Behandlung ist nicht nur die oftmals dürftige Inanspruchnahme von Therapien seitens der Patienten, sondern das Aussetzen und im schlechtesten Fall gar der endgültige Abbruch einer begonnenen Psychotherapie. Etwa fünf Prozent aller Psychotherapien scheitern deswegen (Mayr, 2004). Um den Zusammenhang zwischen Ausgangsmotivation und Behandlungsabbruch zu beleuchten, wurden in einer Stichprobe von 4638 Patienten, die sich in stationärer psychosomatischer Rehabilitation befanden, Daten im Hinblick auf motivationale, sozialmedizinische, klinische und soziodemographische Variablen erhoben. Danach war ein Patient umso mehr zur aktiven Mitarbeit entschlossen, je höher sein Leidensdruck war, je mehr Hoffnung er an die Besserung seiner Beschwerden durch die Behandlung knüpfte und je stärker er sich die mit einer aktiven Mitarbeit verbundenen Verhaltensweisen, wie Selbstreflexion, zutraute. Die Wahrscheinlichkeit von Behandlungsabbrüchen ließ sich anhand der motivationalen Ausgangslage allerdings nicht vorhersagen.

Viele Patienten gelangen im Zuge einer Vermittlung über eine psychotherapeutisch-psychosomatische Klinikambulanz zur Psychotherapie. Das bestätigt auch eine Studie von *Rumpold et al.* (2004), in welcher 140 Patienten aus einer Stichprobe von 215 zwei Jahre nach Überweisung nachuntersucht wurden. 57,1 Prozent der befragten Patienten hatten eine Psychotherapie begonnen. Vor allem junge Frauen folgten dem Rat des Ambulanzpersonals. Auch die Fähigkeit zur Fürsorge, Hilfsbereitschaft bis an die Grenze von Ausnutzbarkeit, Selbstunsicherheit und übersteigerte Expressivität zählen zu den Eigenschaften der Probanden, die sich dazu entschlossen hatten, eine Psychotherapie zu beginnen. Alle gaben an, vor Therapiebeginn hochmotiviert gewesen zu sein. Ausnahmslos berichtete die Gruppe, dass sich ihre psychischen Probleme im Verlauf der Therapie gebessert hätten.

Die zitierten Arbeiten unterstreichen allesamt die Bedeutung der Motivation des Patienten als wirksamste Determinante des Therapieerfolgs. Wissenschaft und Praxis sollten deshalb in ihrem Bestreben nicht nachlassen, Wege und Methoden zu entwickeln, die dazu beitragen können, Psychotherapie-Motivation zu verbessern.

## 9.2 Motivation von Probanden der Untersuchungs- und der klinischen Vergleichsgruppe im Vergleich

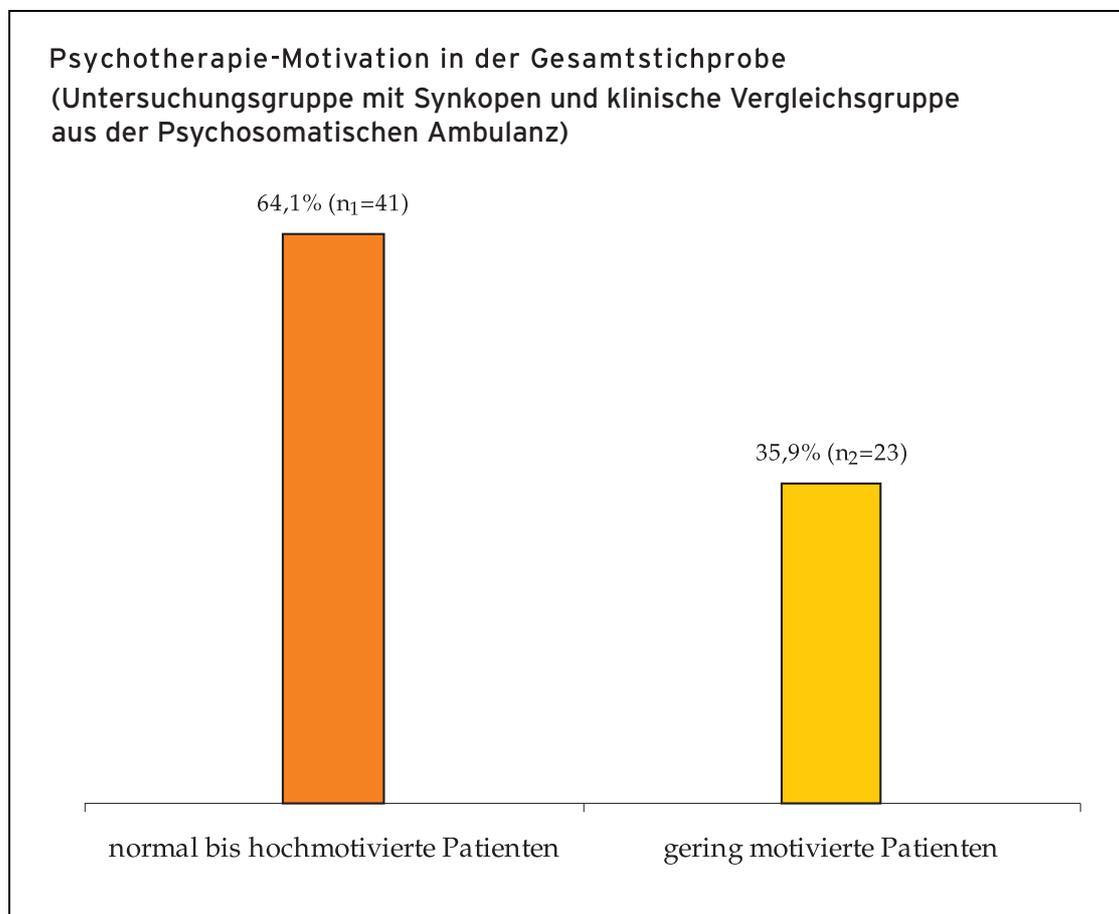
Wie schon in vielen Arbeiten zuvor beschrieben, hängt der Therapieerfolg zum großen Teil von der Psychotherapie-Motivation des Patienten ab (z.B. Franz, 1990, 1993; Raskin, 1961; Rosenthal und Frank, 1958; Schneider et al., 1990, 1999). Bei der Auswertung unserer Fragebögen zur Psychotherapie-Motivation von W. Schneider et al. (1989) zeigen in der Untersuchungsgruppe 14 Patienten, also 58 Prozent, insgesamt eine geringere Psychotherapie-Motivation im Vergleich zur Patientengruppe aus der Psychosomatischen Ambulanz, wo sich lediglich neun Probanden, also 22 Prozent, unmotiviert zeigen.

Die vorliegende Arbeit beleuchtet die Einstellung der Patienten, sowohl die der Untersuchungsgruppe der Kipptisch- als auch die der klinischen Vergleichsgruppe der Psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, zu ihren eigenen Beschwerden und entsprechenden Therapievor schlägen. Mehr als ein Drittel der untersuchten Probanden äußerten sich wenig aufgeschlossenen gegenüber einer psychotherapeutischen Intervention. Wie bereits zuvor erwähnt, gelten wegen der geringen Fallzahl in der vorliegenden Studie (Untersuchungsgruppe n=24) die Voraussetzungen einer Normalverteilung nicht. Somit finden non-parametrische sowie deskriptive Verfahren Anwendung. 35,9 Prozent der Studienteilnehmer (absolut 23) lassen in ihren Antworten auf entsprechende Fragen erkennen, dass sie einer vorgeschlagenen psychotherapeutischen Intervention mit Vorbehalten begegnen und dementsprechend gering motiviert sind (vgl. Abb. 9.1).

Der Vergleich unserer Untersuchungsgruppe mit der klinischen Vergleichsgruppe lässt bezüglich der jeweiligen Motivationslage zur psychotherapeutischen Intervention deutliche Unterschiede erkennen. Die Probanden der Kipptisch-Patienten lassen anders als die der klinischen Vergleichsgruppe eine signifikant niedrigere Psychotherapie-Motivation erkennen (58 vs. 22 Prozent).

Natürlich hängt die Psychotherapie-Motivation von einer Reihe verschiedener Faktoren ab. Im Ergebnisteil dieser Arbeit (Kapitel 8) haben wir die Motivation zur Psychotherapie der beiden Patientengruppen in Beziehung zu unterschiedlichen Faktoren betrachtet. Zum einen haben wir die entsprechenden Parameter

der Untersuchungs- und der klinischen Vergleichsgruppe miteinander verglichen, zum anderen haben wir sie in Beziehung zum Geschlecht, dem Lebensalter und der Schulbildung der Probanden gestellt. Des Weiteren haben wir den Einfluss der Faktoren „Lebenszufriedenheit“ (Fragebogen zur Lebenszufriedenheit) und die psychischen Belastungen der Untersuchungs- und der klinischen Vergleichsgruppe (GSI des SCL-90-R) auf die Motivation der Patienten zur Psychotherapie beleuchtet. In Laufe dieses Kapitels möchten wir nochmals auf die beschriebenen Parameter in Bezug auf die Psychotherapie-Motivation der Probanden eingehen.



**Abbildung 9.1:** Psychotherapie-Motivation in der Gesamtstichprobe

### 9.3 Psychotherapie-Motivation von Männern und Frauen

Die Frage, wie motiviert Männer und Frauen auf psychotherapeutische Angebote eingehen, und wie etwaige Unterschiede einzuordnen sind, ist mit Bezug auf unseren Studienansatz von Interesse. Einige vergleichbare einschlägige Arbeiten gelangen zu dem Ergebnis, dass mehr Männer als Frauen entsprechende Angebote ablehnen, Frauen im Allgemeinen also eher bereit seien, sich auf eine Psychotherapie einzulassen als Männer. Sie gelten deshalb als insgesamt motivierter.

Unabhängig vom Geschlecht gibt der Grad der Motivation den Ausschlag darüber, ob für einen Patienten, für den eine bestimmte Therapieform festgelegt worden ist, eine gute Prognose gestellt werden kann oder nicht. *Nickel et al. (2005)* demonstrieren in ihrer Untersuchung depressiv erkrankter Frauen, welche herausragende Rolle der Motivation bei der Therapie zufällt. Die Patientinnen, die zur Mitarbeit in der Therapie bereit waren, profitierten nachhaltiger von der Behandlung als diejenigen, die der jeweiligen Therapie mit Skepsis und Vorbehalten begegneten. Auch die Ergebnisse der Untersuchung von *Veroff (1981)* konsolidieren diese Einschätzung. Ließen sich in dieser Studie aus der Mittelschicht stammende Frauen mittleren Alters bereitwillig auf psychotherapeutische Hilfsangebote ein, stieß dieselbe Offerte bei älteren, wenig gebildeten Männern aus unteren sozialen Schichten vermehrt auf Ablehnung.

Innerhalb der Untersuchungsgruppe unserer Studie lassen sich zwischen Frauen und Männern allerdings nur geringe Unterschiede bezüglich der Motivation zur Psychotherapie feststellen. 60 Prozent der männlichen Teilnehmer aus der Untersuchungsgruppe der Kipptisch-Patienten und 58 Prozent der Teilnehmerinnen demonstrieren wenig bis gar kein Interesse, ihrem Leben mit Hilfe einer Psychotherapie eine Wende zu geben. Zwar ließe sich in der Untersuchungsgruppe eine Beziehung zwischen Probandenalter und Psychotherapie-Motivation herstellen, dem steht allerdings die geringe Fallzahl gegenüber, sodass nur vorsichtig gesicherte Aussagen getroffen werden können. Anders als in der Untersuchungsgruppe zeigen in der klinischen Vergleichsgruppe zwei männliche Patienten und sieben weibliche wenig bis überhaupt keine Motivation (vgl. Tabelle 8.3).

Insgesamt sind mehr als die Hälfte der weiblichen und männlichen Probanden der Untersuchungsgruppe der Kipptisch-Patienten gering bis nicht motiviert, bezüglich einer psychotherapeutischen Intervention

## 9.4 Alter und Psychotherapie-Motivation

„Je älter der Patient, desto geringer ist seine Bereitschaft, sich auf eine psychotherapeutische Behandlung einzulassen.“ Diese These lässt sich durch die Ergebnisse der meisten (allerdings nicht aller) einschlägigen Studien auf diesem Feld erhärten. Auf negative Konnotationen, die bei älteren Patienten mitschwingen, wenn der Behandler ihnen eine Psychotherapie vorschlägt, weisen z.B. *King*, 1980, *Reimer*, 1998, und *Speidel*, 1985, hin. Das Faktum an sich wird in den meisten der von uns durchgesehenen Arbeiten allerdings nur festgestellt, die Gründe dafür werden häufig nur unzureichend erörtert und lassen deshalb Raum für Spekulationen. Hier ergeben sich nach unserem Dafürhalten Ansätze für eine vertiefende Ursachenforschung.

Für viele Ältere ist die Diagnose einer psychischen Beeinträchtigung häufig schamhaft besetzt. Entsprechende Diagnosen werden von ihnen unter Umständen nicht akzeptiert oder aufgrund des hohen Alters der Patienten vom Behandler gar nicht erst diagnostiziert. So fand dies z.B. *Franz* (1997) bei der Mehrheit von Patienten mit einem Lebensalter von etwa 60 Jahren bestätigt. Jüngere Probanden reagierten diesbezüglich deutlich aufgeschlossener. Auf Empfehlungen zur psychotherapeutischen Begleitung reagierte eine Gruppe betagterer Patienten, die *Peters et al.* (1993) untersuchten, mit Vorbehalten. Sie favorisierten „beschwerdeorientierte“ Konzepte und begegneten „problemorientierten“ Ansätzen mit Skepsis. Bei den Älteren lag der Anteil der wenig motivierten Patienten etwa doppelt so hoch wie bei den Jüngeren.

Hartnäckige Ressentiments gegen Psychotherapie stellten *Maercker et al.* (2005) im Rahmen einer repräsentativen epidemiologischen Studie zur psychotherapeutischen Versorgung von Patienten im höheren Lebensalter fest. Nur etwa fünf Prozent der Befragten gaben an, seit ihrem 65. Lebensjahr einschlägige Therapien in Anspruch genommen zu haben. Als „therapie-motivierter“ bezeichnen auch *Janta et al.* (1981) die jüngeren von 51 untersuchten Patienten. Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen überdies *Schneider et al.* (1990). Auch *Schneiders* Forschungsgruppe hält fest: Jüngere stehen Psychotherapieangeboten im Allgemeinen aufgeschlossener gegenüber als die ältere Klientel. Über die Beweggründe dafür liegt bisher kaum wissenschaftliches Material vor, auf das man sich stützen könnte.

*Brown* (1978) vermutet, dass ältere Patienten weniger dazu neigen, Probleme, die auftreten, überhaupt in einen psychischen Zusammenhang zu bringen, und daher weniger häufig psychologische Hilfe in Anspruch nehmen als jüngere Patienten. Bei *Peters et al.* (1993) wird beispielsweise berichtet, viele Ältere vertreten noch heute die Auffassung, seelische Probleme ließen sich durch starken Willen schon in den Griff bekommen. Auch mit Blick auf die psychogene Synkope wird altersmäßig diversifiziert. *Wyllie, Friedman* und *Leiders* (1991) geben den jüngeren Erwachsenen unter den Betroffenen die besseren Prognosen, weil diese einsichtiger und motivierter seien.

Doch nicht alle Autoren teilen diese Ansicht. *Franz et al.* (1990) können die Parameter Alter, Bildung und Geschlecht nicht in eine eindeutige Relation zur Psychotherapie-Motivation setzen, und *Newton et al.* (1991) attestieren Älteren eine vergleichsweise stärker ausgeprägte Fähigkeit zur Selbstreflexion in Verbindung mit einer kritischeren Betrachtung der eigenen Lebenswege. In Anbetracht der überschaubaren verbleibenden Lebenszeit, gepaart mit dem Wunsch nach Veränderung, könne dies die Motivation bei älteren Menschen sogar beflügeln. *Radebold* äußert schon in Arbeiten aus den Jahren 1979 und 1980 die Überzeugung, dass die Entwicklungsmöglichkeiten älterer Menschen stark unterschätzt werden. Fast drei Jahrzehnte später (2007) führt er vor Augen, dass zurzeit trotz lebhafter Nachfrage über 60-Jährigen kaum fachpsychotherapeutische Angebote unterbreitet werden. Bei älteren Patienten mag auch deren subjektive Einschätzung eine Rolle spielen, eine Therapie „lohne“ sich für sie nicht mehr. Sie wollen der Gesellschaft in ihrem Alter nicht mehr zur Last fallen. Dass manche Therapeuten und die Krankenkassen solche Einschätzungen bei alten Menschen befördern und womöglich verdeckte Kosten-Nutzen-Analysen anstellen, lässt sich nicht beweisen. Offizielle Verlaufbarungen wird man dazu naturgemäß nicht finden.

In unserer Untersuchung bot sich eine Unterteilung in drei Altersgruppen an, und die Ergebnisse sind, auch wenn nur eine geringe Fallzahl herangezogen werden konnte, mit den Resultaten vergleichbarer Studien konkordant. Die Gruppe der über 55-Jährigen zeigt sowohl in der Untersuchungsgruppe der Kipptisch-Patienten als auch in der klinischen Vergleichsgruppe der Psychosomatischen Ambulanz die schlechteste Psychotherapie-Motivation (67 vs. 33 Prozent). Anders die Jüngeren: Immerhin die Hälfte der befragten unter 30-Jährigen mit Synkopen stehen psychotherapeutischen Ansätze aufgeschlossen gegenüber. Bei den unter 30-Jährigen der Kontroll-Patienten aus der Psychosomatischen Ambulanz verwerfen lediglich zwei Patienten entsprechende Offerten. Erwar-

tungsgemäß ist das Motivationsverhalten in allen drei Altersgruppen der Kipp-tisch-Patienten schlechter als das der Patienten in den jeweiligen Klassen der klinischen Vergleichsgruppe aus der Psychosomatischen Ambulanz. Beiden Gruppen ist aber gemeinsam, dass jeweils Ältere nicht davon überzeugt sind, mit Hilfe von Psychotherapie-Angeboten das Blatt zum Besseren zu wenden. Entsprechend niedrig fällt die gemessene Motivation der Älteren für eine Teilnahme an solchen Angeboten aus.

### 9.5 Psychotherapie-Motivation und Schulbildung

Nach Auswertung der Fremdliteratur zu diesem Thema erlaubt die Schulbildung von Patienten Rückschlüsse auf deren Einstellung zur Psychotherapie. *Reimer* (1998) konnte in seiner Untersuchung zeigen, dass wenig gebildete Patienten mit niedrigen Abschlüssen der Psychotherapie eher ablehnend gegenüberstehen. Seine Patienten verbalisierten dann vermehrt den Wunsch nach organmedizinischer Behandlung. *Franz et al.* (1990) konnten dagegen keine Zusammenhänge von Behandlungspräferenzen mit den Parametern Geschlecht, Alter oder Bildung feststellen und auch keine Rückschlüsse auf die Therapie-Motivation ziehen. In dieser Untersuchung nahmen männliche Patienten, Erkrankte mit einem niedrigen Bildungsniveau sowie ältere Probanden in großer Anzahl eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. In der Ergebnisdiskussion argumentieren *Franz et al.*, dass diese überraschenden Fakten ihre Erklärung wahrscheinlich in der besonders effektiven Motivationsarbeit der Therapeuten haben. 1997 kommt *Franz* in einer Studie zu dem Schluss, dass Psychotherapieangebote bei sozial besser gestellten Patienten mit höherem Bildungsstand eher angenommen werden. In diese Ergebniskette fügt sich auch die Arbeit von *Janta et al.* (1981) ein, in der die Autoren u. a. die bessere Mitarbeit von Angehörigen der Mittelschicht hervorheben, hier vor allem jüngere Frauen.

Die Patienten unserer Untersuchungsgruppe, die kritisch gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung eingestellt sind, besitzen sieben einen Haupt- oder Realschulabschluss, ein Patient Abitur und drei Probanden ein abgeschlossenes Studium. In der Vergleichsgruppe aus der Psychosomatischen Ambulanz besuchten sechs der Therapieablehner eine Haupt- oder Realschule, ein Proband der wenig Motivierten haben Abitur und sechs ein abgeschlossenes Studium.

## 9.6 Die Behandlungserwartung und das subjektive Krankheitskonzept der Patienten

Nach *Köhle* (1986) können Therapeuten nur bei einem Viertel, bestenfalls bei einem Drittel ihrer potentiellen Patienten, auf ausreichende psycho-soziale Behandlungsbereitschaft zurückgreifen, ein Umstand, der eine gute Psychotherapie-Motivation beim Einzelnen nicht unbedingt fördert. *Plaum* (1968) klassifiziert seine Patienten nach unterscheidbaren Kriterien bezüglich deren Erwartungshaltung und verspricht sich davon ein verbessertes Verständnis von Krankheitstheorien der Betroffenen. Er differenziert zwischen psychologischen, organischen und „inkonsistenten“ Motiven. Nach *Plaums* Arbeit beschäftigten sich noch eine Reihe weiterer Untersuchungen mit dem Thema Behandlungserwartung auf Seiten der Patienten und den Wünschen und Zielen, die sie daran knüpfen. *Finke et al.* (1995) durchleuchteten in einer psychiatrischen Klinik die Behandlungsziele von Patienten mit neurotischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder schizophrenen Erkrankungen. Der überwiegende Teil der Befragten gab in der Erhebung an, „Lebensmut und Selbstvertrauen“ finden zu wollen. Dann folgten mit abnehmender Häufigkeit die Motive „Klärung der Lebensschwierigkeiten“, „Rückgang der Beschwerden“ und „Zunahme der Leistungsfähigkeit“. An letzter Stelle der von *Finke* untersuchten Behandlungsziele rangierten „individuelle Selbsterfahrung“ und „Verbesserung der Beziehungsfähigkeit“.

Auch die vorliegende Arbeit ist der Frage nach der Behandlungserwartung und dem subjektiven Krankheitskonzept der von uns untersuchten Probanden nachgegangen. Relevant erschien auch uns in diesem Kontext die Frage, ob sich die Patienten eine eher klassisch-organisch orientierte Therapie wünschten oder ob sie einem psychisch-sozialen Therapieansatz den Vorzug gaben. In der vorliegenden Studie lässt die Auswertung der Ergebnisse mit Bezug auf die Behandlungserwartung innerhalb der Gruppen und im Vergleich der Gruppen miteinander allerdings nur geringe Unterschiede erkennen. Weder die Probanden der Untersuchungsgruppe noch die der Vergleichsgruppe geben bestimmten Behandlungsformen einen eindeutigen Vorzug. Die Erwartungen derer, die glauben, von einer körperbezogenen Therapie zu profitieren, halten sich in etwa die Waage mit denen, die sich vorstellen können, aus der Psychotherapie einen Nut-

zen für ihre Gesundheit zu ziehen. In der Untersuchungsgruppe neigen 54 Prozent der Patienten zu eher klassisch-organmedizinischen Ansätzen, unter den Probanden aus der Psychosomatischen Ambulanz geben ihnen 53 Prozent den Vorzug.

Beide Gruppen, sowohl die Teilnehmer der Kipptisch-Untersuchungen als auch die der klinischen Vergleichsgruppe aus der Psychosomatischen Ambulanz, geben also klassisch-organmedizinischen Behandlungsmethoden den Vorzug, allerdings nur geringfügig, sodass sich insgesamt kaum Unterschiede im Antwortverhalten der Patienten ergeben. Von Präferenzen für einen der abgefragten Bereiche kann also keine Rede sein.

Andere Untersuchungen betonen die negativ-ablehnende bzw. unentschlossene Einstellung vieler Patienten zu Therapien und Methoden, die ihnen ihre Behandler vorschlagen. Die weiter oben bereits zitierte Studie von *Köhle* (1986) stellt bei nur einem Viertel bis maximal einem Drittel der befragten Probanden eine allgemeine Behandlungsbereitschaft fest. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass zwei Drittel bis drei Viertel seiner Klientel nur unzureichend Therapiewillen demonstrieren. Die Antworten der Teilnehmer unserer Studie, die sich in beiden Patientengruppen zu 35,9 Prozent demotiviert zeigen, weisen tendenziell zwar in die Richtung von *Köhles* Zahlen, erreichen diese Werte indes nicht. Lediglich die 58 Prozent der Untersuchungsgruppe der Kipptisch-Patienten, die sich hinsichtlich ihrer Psychotherapie-Motivation eher gering bis nicht motiviert zeigen, können das Ergebnis von *Köhle* unterstreichen.

Auch *Schneider et al.* (1999) untersuchten in einer Studie insgesamt 219 Patienten hinsichtlich ihrer Behandlungserwartung. Sie fanden einen systematischen Zusammenhang zwischen Erwartung der Patienten zu Beginn der Behandlung und einem Therapieerfolg. Bei angemessener Behandlungserwartung und Therapie-Motivation traten weniger Unstimmigkeiten auf. Patienten mit psychotherapeutischer Behandlungserwartung profitierten hier deutlich stärker von der Psychotherapie als Patienten, die sich anfangs eine organmedizinische Behandlungserwartung gewünscht hatten und umdenken mussten.

## **9.7 Die Lebenszufriedenheit der Patientengruppen und ihr Einfluss auf die Psychotherapie-Motivation**

Die Angaben zur individuellen Lebenszufriedenheit unserer Personengruppen zeigen einen insgesamt ernüchternden Befund. Von den befragten Probanden (Gesamtstichprobe n=64) äußern sich insgesamt 84 Prozent dahingehend, dass sie mit ihrer aktuellen Lebenssituation unzufrieden seien. Betrachten wir die Untersuchungsgruppe der Kipptisch-Patienten im Vergleich zu unserer klinischen Vergleichsgruppe, zeigen sich nur geringe Unterschiede in der Lebenszufriedenheit (83 vs. 85 Prozent), obwohl die Untersuchungsgruppe eine deutlich geringere Psychotherapie-Motivation aufweist. Eine mögliche Korrelation mit der verminderten Psychotherapie-Motivation, die bei den Probanden der Untersuchungsgruppe protokolliert wurde (fast 60 Prozent), lässt sich auf den ersten Blick nicht herstellen.

Zwar scheint der Parameter „Lebenszufriedenheit“ bei allen Teilnehmern der Studie verbesserungswürdig, bei der Betrachtung der Geschlechter zeigen sich dennoch Unterschiede. Wir stellen fest, dass die männlichen Probanden diesbezüglich noch schlechter aufgestellt sind als die weiblichen. Geben in der Untersuchungsgruppe doch vier Männer und elf Frauen an, mit ihrer Lebenssituation nicht einverstanden zu sein, dokumentieren dies in der Vergleichsgruppe fünf Männer und 18 weibliche Studienteilnehmer.

Nicht nur männliche und weibliche Probanden machen unterschiedliche Angaben, sondern auch die Vertreter verschiedener Altersgruppen weisen Unterschiede hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit auf. In unserer Untersuchung bekundet die Gruppe der älteren Patienten eine im Vergleich zu den jüngeren Patienten geringere Lebenszufriedenheit (Vgl. Tab. 9.1). Hier handelt es sich um ein Paradoxon, da sich bei der Untersuchung der psychischen Belastung ein anderes Bild darstellte. In der Untersuchungsgruppe und in der klinischen Vergleichsgruppe bekundete jeweils mehr als die Hälfte der Untersuchten (56 vs. 62 Prozent) eine erhöhte Belastung.

Alter	Untersuchungsgruppe	Klinische Vergleichsgruppe
< 30	5	7
30-55	4	14
> 55	6	2

**Tabelle 9.1: Altersgruppen und ihr Bezug zur Lebenszufriedenheit**

Nach unseren Erhebungen, die allerdings auf eine geringe Fallzahl gründen, besitzt die Art der Schulbildung einen nachweisbaren Einfluss auf die Akzeptanz psychotherapeutischer Behandlung. Probanden mit geringerem Bildungsniveau zeigen sich auch in unserer Untersuchung weniger motiviert als Patienten mit Hochschulreife oder abgeschlossenem Studium, darüber hinaus ergeben sich Zusammenhänge mit dem Untersuchungsmerkmal Lebenszufriedenheit. Die Zahlen unterstreichen, dass Probanden mit geringer Schulbildung häufiger unzufrieden mit ihrer jeweiligen Lebenssituation sind als Patienten mit höheren Abschlüssen. Nennenswerte Unterschiede ergeben sich diesbezüglich zwischen Untersuchungs- und klinischen Vergleichsgruppe aber nicht. In der Untersuchungsgruppe der Kipptisch-Ambulanz sind die Probanden mit Haupt- oder Realschulabschluss zu 60 Prozent nicht zufrieden mit ihrem Leben; in der klinischen Vergleichsgruppe liegt dieser Wert bei 50 Prozent.

## **9.8 Die Beziehung psychischer Patientenbelastung zur Psychotherapie-Motivation**

Insgesamt ermittelten wir bei mehr als zwei Dritteln der Probanden eine erhöhte psychische Belastung, wobei sich zwischen der Untersuchungsgruppe und der klinischen Vergleichsgruppe (71 vs. 70 Prozent) kaum Differenzen feststellen ließen. Die weiblichen Patienten weisen insgesamt eine höhere psychische Belastung auf als die männlichen, ein Merkmal, was in der klinischen Vergleichsgruppe (21 vs. 6) noch deutlicher als bei den Patienten der Untersuchungsgruppe (13 vs. 4) hervortritt. In allen drei Altersgruppen zeigen die Probanden sowohl in der Untersuchungsgruppe als auch in der klinischen Vergleichsgruppe eine erhöhte psychische Belastung. Am deutlichsten stellt sich die Differenz in der Altersgruppe der unter 30-Jährigen dar, sowohl innerhalb der Untersuchungs-

gruppe als auch unter den Patienten der Psychosomatischen Ambulanz (88 vs. 83 Prozent). Auch die Schulbildung scheint einen Einfluss auf die psychische Belastung der Probanden zu haben. In beiden Patientengruppen weisen die Haupt- und Realschüler eine höhere psychische Belastung auf als die Patienten mit qualifizierterem Schulabschluss oder Studium.

Eine erhöhte psychische Belastung geben in der Untersuchungsgruppe vier Männer und 13 Frauen zu Protokoll. In der klinischen Vergleichsgruppe ist die geschlechtsspezifische Differenz sogar noch größer als in der Untersuchungsgruppe. Hier sind es 21 weibliche vs. sechs männliche Probanden (vgl. Tab. 9.2).

Probanden	Untersuchungsgruppe	Klinische Vergleichsgruppe
männliche	4	6
weibliche	13	21

**Tabelle 9.2:** Erhöhte psychische Belastung der Patientengruppen in Bezug zum Geschlecht

Auf das Paradoxon zwischen den Parametern der Lebenszufriedenheit und psychischer Belastung unserer Patienten haben wir im Unterkapitel 9.7 bereits hingewiesen.

# 10 Schlussbetrachtung

Anlass der vorliegenden Arbeit waren die Ergebnisse einer gemeinsamen Studie von *Ulrich Stuhr*, Klinik für Psychosomatik und Medizinische Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und *Rodolfo Ventura* des Universitären Herzzentrums von der seinerzeitigen Abteilung für Kardiologie, ebenfalls am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Ihre Publikation mit dem Titel „Psychiatric Conditions in Patients with Recurrent Unexplained Syncope“ (2001) machte uns auf die schlechte Psychotherapie-Motivation von Patienten mit unklaren Synkopen aufmerksam. *Ventura* und *Stuhr* konnten belegen, dass diejenigen Patienten, die ein entsprechendes therapeutisches Angebot der Psychosomatischen Ambulanz wahrgenommen hatten, davon profitierten. Die Therapieteilnehmer ließen eine Besserung ihrer Symptomatik erkennen. Naturgemäß warf dies die Frage auf, worin mögliche Ursachen für die Zurückweisung von Psychotherapieangeboten zu suchen sind.

Des Weiteren erschien es uns sinnvoll zu klären, von welchen Variablen die Psychotherapie-Motivation abhängig ist. Die Basisdaten unserer Erhebung fußen auf einem breitgefächerten Forschungssetting (Symptom-Checkliste, Fragebögen zur Behandlungserwartung, zur Psychotherapie-Motivation, zur Lebenszufriedenheit sowie die Erfassung soziodemographischer Daten des Patienten, vgl. Kapitel 7 „Methodik und Material“). Dass lediglich 42 Prozent der Patienten unserer Untersuchungsgruppe Psychotherapieangeboten aufgeschlossen gegenüberstanden und eine Teilnahme für sich in Betracht zogen, überrascht uns nicht (vgl. klinische Vergleichsgruppe: 78 Prozent). In der oben zitierten Pilotstudie von *Stuhr* und *Ventura* waren es auch nur 52 Prozent der Probanden, die sich bereit erklärten, an einem psychosomatischen Erstgespräch im Rahmen der Evaluation teilzunehmen. Trotz psychosomatischer Indikation ließen sich letztlich nur 19 Prozent der Teilnehmer dieser Untersuchung auf eine psychotherapeutische Behandlung ein.

Die Ursachen für das oftmals geringe Interesse der Erkrankten an Psychotherapie – das belegt die Durchsicht der einschlägigen Publikationen zu diesem Themenbereich – können sehr vielfältig sein. Die Auswertung der Antworten unserer befragten Patienten ergab, dass mehr als die Hälfte (59 Prozent) der Teilnehmer zur Zeit der Evaluation unzufrieden mit ihren Lebensumständen waren und dass 70,5 Prozent unter einer hohen psychischen Belastung litten. Das Leiden, das durch diese ungünstigen Faktoren entsteht, so könnte man annehmen, müsste das Interesse an Psychotherapie bei den Betroffenen eigentlich befördern. Beim näheren Betrachten der von den Teilnehmern geäußerten Behandlungserwartung – klassisch-organmedizinisch oder psycho-sozial – konnten eklatante Verschiebungen zugunsten einer Therapieform nicht festgestellt werden (54 vs. 46 Prozent).

In der Mehrzahl der Studien zu diesem Thema wird darauf verwiesen, dass sich weibliche Patienten im Allgemeinen offener gegenüber psychotherapeutischen Angeboten zeigen als männliche Patienten. Durch unser Datenmaterial lässt sich dieser Zusammenhang indes nicht erhärten. In der Gruppe der Kipptisch-Patienten (Untersuchungsgruppe) fallen geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich niedrigerer Psychotherapie-Motivation nicht auf (58 Prozent weiblich vs. 60 Prozent männlich), ebenso wenig in der klinischen Vergleichsgruppe (23 Prozent weiblich vs. 20 männlich). Dies deckt sich allerdings mit entsprechenden Ergebnissen bezüglich der Affinität der Geschlechter zu bestimmten Therapieformen bei der Pilotstudie von *Stuhr* und *Ventura*. Auch in der Pilotstudie gab es in diesem Punkt keine Auffälligkeit, etwa Präferenzen der Geschlechter zu bestimmten Therapieformen. Unsere Erwartung, dass Frauen sich gegenüber psychotherapeutischen Angeboten offener zeigten, wurde in unserer Studie also nicht erfüllt. Wir fanden aber bei einem anderen Parameter Zusammenhänge bestätigt, die gängige Lehrmeinung sind: Die Motivation, sich auf eine Psychotherapie einzulassen, ist bildungsabhängig. So stellten wir bei den Probanden mit dem niedrigsten Bildungsniveau auch die stärksten Ressentiments gegen Psychotherapie fest (Haupt- oder Realschule: sieben Probanden, ein Patient mit Hochschulreife sowie drei Probanden mit einem abgeschlossenes Studium).

Die Mehrheit der einschlägigen Studien kommt zu dem Ergebnis, dass Therapie-Motivation auch eine Frage des Alters ist. Ältere Patienten sind demnach aus unterschiedlichen Gründen schlechter motiviert als jüngere Probanden. Auch in unserer Untersuchung stellten wir die drei Altersgruppen (unter 30-Jährige, 30-bis 55-Jährige und über 55-Jährige) einander gegenüber und fragten nach der

jeweiligen Therapiebereitschaft. Erwartungsgemäß fanden wir die Gruppe der Älteren am schlechtesten motiviert. In der mittleren Altersgruppe und bei den Jüngeren dokumentierten wir eine höhere Bereitschaft, mittels Psychotherapie am Zustand der eigenen psychischen Befindlichkeit etwas zum Positiven zu verändern. Dies deckt sich im Übrigen mit den Ergebnissen der Pilotstudie von *Ventura* und *Stuhr* und mit denen der klinischen Vergleichsgruppe der Psychosomatischen Ambulanz in unserer Studie.

# 11 Literaturverzeichnis

## A

Abboud, F. M (1989)

Ventricular Syncope: Is the Heart a Sensory Organ?

In: New Engl. J. Med. 320: S. 390-392

Adler, R. H.; Zlot, S.; Hürny, Ch.; Minder, Ch. (1987)

Engel's „Psychogenic Pain and the Pain-Prone Patient“: A Retrospective Controlled Clinical Study.

In: Psychosom. Med. 51: S. 87-101

Adler, R. H. (1995)

Konversion.

In: Adler, R.; Hermann, J. M.; Köhle, K.; Schoneke, O. W.; v. Uexküll, Th.; Wesiack, W. (Hrsg.)

Psychosomatische Medizin: S. 650

5. Auflage

Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore

Amaro Gonzales, C.; Caridad Pou Garcia, M.; Mella Mejias, C. F. (1979)

Characteristics of Sexuality in Samples of Hysterical and Normal Women.

In: Rev. Hosp. Psiquiatr. 2: S. 309-322

Ahrens, S. (1981)

Empirische Untersuchungen zum Krankheitskonzept neurotischer, psychosomatischer und somatischer kranker Patienten (Teil II).

In: Med. Psychologie 7: S. 175-190

Ahrens, S.; Elsner, H. (1981)

Empirische Untersuchungen zum Krankheitskonzept neurotischer, psychosomatischer und somatischer kranker Patienten (Teil I).

In: Med. Psychologie 7: S. 95-109

### B

- Bäumel, J.; Pitschel-Walz, G. (2003)  
Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen.  
Schattauer Verlag; New York
- Barrois, C. (1988)  
Les nervoses traumatiques: le psychotherapeute face aux destresses des chocs psychiques.  
Dumod; Paris
- Barsky, A. J. (1988)  
Somatoform Disorders.  
In: Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. (Hrsg.)  
Comprehensive Textbook of Psychiatry: S. 273-281  
5<sup>th</sup> edn. Williams & Wilkins, Baltimore
- Bass, C.; Benjamin, S. (1993)  
The Management of Chronic Somatization.  
In: Brit. J. Psychiatry 162: S. 472-480
- Beck, A. T.; Freeman, A. et al. (1993)  
Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen.  
Psychologie Verlags Union; Weinheim
- Beckmann, D.; Richter, H. - E. (1972)  
Gießen-Test. Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik.  
Huber Verlag; Wien, Bern, Stuttgart
- Beckmann, D. (1979)  
Paardynamik und Gesundheitsverhalten –Einige Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung.  
In: Richter, H.-E.; Strotzka, H.; Willi, J. (Hrsg.)  
Familie und seelische Krankheit –Eine neue Perspektive der psychologischen Medizin und der Sozialtherapie: S. 123-130  
Rowohlt Verlag; Reinbek
- Begin, A. E.; Strupp, H. H. (1972)  
Changing Frontiers in the Science of Psychotherapy.  
Chicago, Aldine
- Benbadis, S. R; Allen, W. (2000)  
An Estimate of the Prevalence of Psychogenic Non-epileptic Seizures.  
Seizure 9: S. 280–281
- Berger, M. (1999)  
Psychiatrie und Psychotherapie.  
Urban und Fischer Verlag; München

- Berking, M. (2005)  
Beeinträchtigung der Psychotherapiemotivation.  
In: Lutz, W.; Joormann, J.; Kosfelder, J. (Hrsg.)  
Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie. Erkennen, Vermeiden, Vorbeugen: S. 163-181  
Huber Verlag; Bern
- Bertel, O.; Stauber, R.; Dubach, U. C. (1985)  
Diagnostische Abklärung und Verlauf bei 105 Patienten mit Synkopen.  
In: Schweiz. Med. Wschr. 115: S. 439-441
- Beutler, L. E.; Clarkin, J. F. (1990)  
Systematic Treatment Selection.  
Brunner und Mazel Verlag; New York
- Blankenburg, W. (1981)  
Der Leidensdruck des Patienten in seiner Bedeutung für Psychotherapie und Psychopathologie.  
In: Nervenarzt 52: S. 635-642
- Blaser, A. (1977)  
Der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie.  
Huber Verlag; Bern, Stuttgart, Wien
- Bleuer, E. (1975)  
Lehrbuch der Psychiatrie.  
Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York
- Bornstein, R. F. (1998)  
Implicit and Self-Attributed Dependency Needs in Dependent and Histrionic Personality Disorders.  
In: J. Person. Assessm. 71 (1): S. 1-14
- Bornstein, R. F. (1999)  
Histrionic Personality Disorder, Physical Attractiveness and Social Adjustment.  
In: J. Psychopath. Behav. Assessm. 21(1): S. 79-94
- Brähler, C.; Brähler, E. (1986)  
Der Einfluss von Patientenmerkmalen und Interviewverlauf auf die Therapieannahme – Eine katamnestiche Untersuchung zum psychotherapeutischen Erstinterview.  
In: Zsch. Psychosom. Med. 32 (2): S. 140-160
- v. Braun, C. (1985)  
Nicht ich: Lüge, Liebe, Libido.  
Verlag Neue Kritik; Frankfurt a. M.

Brenman, E. (1990)

Hysterie.

In: Psyche 44 (12): S. 1063-1081

Bridges, K.; Goldberg, D. P. (1985)

Somatic Presentation of DSM-III Psychiatric Disorders in Primary Care.

In: Psychosom. Res. 29: S. 563-569

Briquet, P. (1859)

Traité de l'hysterie.

Bailliere Verlag; Paris

Brisset, C. (1970)

Hysterie et psychosomatique: Les rapports de la structure et de l'histoire.

In: Evol. Psychiatr. 22: S. 377-404

Brown, B. (1978)

Social and Psychological Correlates of Helpseeking Behavior Among Urban Adults.

In: Am. J. Community Psychol. 6: S. 425-439

## C

Carp, E. (1971)

Über das Präcox- und Hysteriegefühl.

In: Psychother. Psychosom. 19: S. 232-239

Chodoff, P.; Lyons, H. (1958)

Hysteria, the Hysterical Personality and „Hysterical“ Conversion.

In: Am. J. Psychiat. 7: S. 734-740

Coryell, W.; Norten, S. G. (1981)

Briquet's Syndrome (Somatization Disorder) and Primary Depression: Comparison of Background and Outcome.

In: Compr. Psychiatry 22: S. 249-256

Cottier, C. (1997)

Vasovagale Synkope.

In: Therapeutische Umschau 54: S. 120-126

Csef, H. (1997)

Konversion als psychosomatische Erkrankung.

In: Nissen, G. (Hrsg.)

Hysterie und Konversion: S. 59-69

Huber Verlag; Bern, Stuttgart, Wien

v. Cube, T. (1983)

Katamnese von Patienten der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München.

In: Zschr. Psychosom. Med. 29: S. 49-75

### D

Davidson, R. J. (1995)

Cerebral Asymmetry, Emotion and Affective Style.

In: Davidson, R. J.; Hugdahl, K. (Hrsg.)

Brain Asymmetry.

MIT Press; Cambridge

Day, S. C.; Cook, E. F.; Funkenstein, H. (1982)

Evaluation of Emergency Room Patients with Transient Loss of Consciousness.

In: Am. J. Med. 73: S. 15-23

Deckers, L. (2005)

Motivation – Biological, Psychological and Environmental.

Pearson; Boston

Deneke, F.-W. (1999)

Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten: S. 102-104

Schattauer Verlag; Stuttgart, New York

Didi-Hubermann, G. (1997)

Erfindung der Hysterie.

Fink Verlag; Stuttgart, New York

Diehl, R. R.; Berlit, P. (1995)

Die quantitative Kipptischuntersuchung mit TCD-Monitoring.

In: Nervenarzt 66: S. 116-123

Drossman, D. A.; Leserman, J.; Nachman, G. et al. (1990)

Sexual and Physical Abuse in Women with Functional or Organic Gastrointestinal Disorders.

In: Ann. Intern. Med. 113: S. 828-833

### E

Eames, P. (1992)

Hysteria Following Brain Injury.

In: J. Neurol. Neuro. Psych. 55: S. 1046-1053

Eckhardt-Henn, A. (2004)

In: A. Eckhardt-Henn, S. O. Hoffmann (Hrsg.)

Dissoziative Bewusstseinsstörungen – Theorie, Symptomatik, Therapie: S. 287

Schattauer Verlag; Stuttgart, New York

Egle, U. T.; Ecker-Egle, M.-L. (1998)

Psychogene Störungen in der Neurologie. Dissoziative und Konversionsstörungen.

In: Psychotherapeut 43: S. 247-261

Egle, U. T. (2003)

„Schieflage“ in der Versorgung.

In: Deutsches Ärzteblatt Jg. 100 (46): S. 2323

Engel, G. L (1962)

Fainting. 2. Auflage

Thomas Verlag; Springfield

Engel, G. (1972)

Conversion Symptoms.

In: MacBryde, C.; Blacklow, R. (Hrsg.)

Symptoms and Signs in Clinical Medicine: S. 650-668

5. Auflage

J. B. Lippincott; o.O.

Escobar, J. I.; Burnam, M. A.; Karno, M.; Forsythe, A.; Golding, J. M. (1987)

Somatization in the Community.

In: Arch. Gen. Psychiatry 44: S. 713-718

v. Essen, C.; Habermas, T. (1994)

Hysterie und Bulimie. Ein Vergleich zweier ethnisch-historischer Störungen.

In: Habermas (Hrsg.)

Zur Geschichte der Magersucht. Eine medizin-psychologische Rekonstruktion: S. 164-193

Fischer Verlag; Frankfurt a. M.

## F

Faller, H (1989).

Subjektive Krankheitstheorie des Herzinfarkts. In :Bischoff, C, Zenz, H (Hg.). Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber

Faller, H (1997)

Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 45:264-78

Faller, H. (1998)

Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz.

In: Psychotherapeut 43: S. 8-17

Faller, H.; Wagner, R. F.; Weiß, H. (2000)

Therapeutische Orientierung und Wahrnehmung des Patienten bei der Erstuntersuchung.

In: Psychotherapeut 45: S. 108-115

Felber, M.; Hagleitner, J.; Lang, M.; Margreiter, U.; Schwentner, G.; Wohlgenannt, M. (2005)  
Wege zur Psychotherapie: eine Untersuchung an Psychotherapie-Klientinnen und-Klienten.  
In: Psychotherapie-Forum 13 (2): S. 81-87

Ferenczi, S. (1919)  
Hysterie und Pathoneurosen.  
In: Psychoanalyse  
Internationaler Psychoanalytischer Verlag; Leipzig

Fichter, M. M. (1990)  
Verlauf psychischer Erkrankungen.  
Springer; Berlin, Heidelberg, New York

Fiedler, P. (1998)  
Persönlichkeitsstörungen.  
Psychologie Verlags Union; Weinheim

Fink, P. (1992a)  
Physical Complaints and Symptoms of Somatization Patients.  
In: J. Psychosom. Res. 36: S. 125-136

Fink, P. (1992b)  
The Use of Hospitalizations by Persistent Somatizing Patients.  
In: Psychol. Med. 22: S. 173-180

Fink, P. (1992c)  
Surgery and Medical Treatment in Persistent Somatizing Patients.  
In: Psychol. Med. 36: S. 439-447

Finke, J.; Teusch, L.; Gastpar, M. (1995)  
Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik – eine empirische Untersuchung  
über die Erwartung der Patienten.  
In: Psychiatrische Praxis 22: S. 112-116

Fischer, W.; Gebhardt, M.; Jahr, H. (1986)  
Hysterie und Psychose.  
In: Psychiat. Neurol. Med. Psychol. 38: S. 324-330

Fischer-Homberger, E. (1979)  
Krankheiten der Frau und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau.  
Erkrankungen in der Bevölkerung.  
Huber Verlag; Bern, Stuttgart, Wien

Fischer-Kern, M.; Slunecko, T.; Leithner, K.; Loeffler-Stastka, H.; Ponocny-Seliger, E. (2006)  
Prädikatoren für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie.  
In: Nervenarzt 77 (3): S. 309-317

Fish, F.A.; Benson, D.W. (1992)

Tilt Testing for the Evaluation of Unexplained Syncope.

In: Prim. Cardiol. 18 (3): S. 87-97

Fitzpatrick, A.; Sutton, R. (1989)

Tilting Towards a Diagnosis in Recurrent Unexplained Syncope.

In: Lancet 21: S. 658-660

Fitzpatrick, A.; Theodorakis, G.; Vardas, P.; Sutton, R. (1991)

Methodology of Head-up-tilt Table Testing in Patients with Unexplained Syncope.

In: J. Am. Coll. Cardiol. 17: S. 125-130

Flick, U (1998)

Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit.

In: Flick, U (Hg). Wann fühlen wir uns gesund?:

Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit.

Weinheim, München: Juventa

Foucault, M. (2001)

Wahnsinn und Gesellschaft.

Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft.

Routledge; London, Boston

Foucault, M. (2002)

Der Wille zum Wissen.

Routledge; London, Boston

Franke, G. (1995)

Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version.

Beltz Test GmbH; Göttingen

Franz, M. et al. (1990)

Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz.

In: Psychoth. Psychosom. med. Psychol. 40: S. 369-374

Franz, M. (1997)

Der Weg in die psychotherapeutische Beziehung.

Vandenhoeck & Ruprecht Verlag; Göttingen

Freud, S. (1893a)

Charcots Gedenkwort.

In: Gesammelte Werke, Bd. 1, (1952)

Fischer Verlag; Frankfurt a. M.

Freud, S.; Breuer, J. (1893b/95)

Studien über Hysterie.

In: Einleitung von Mentzos, S. (1991)

Fischer Verlag; Frankfurt a. M.

Freud, S. (1894)

Die Abwehr-Neuropsychosen.

Versuch einer psychologischen Theorie der erworbenen Hysterie, vieler Phobien und Zwangsvorstellungen und gewisser halluzinatorischer Psychosen: S. 33-74

In: Gesammelte Werke, Bd. 1

Fischer Verlag; Frankfurt a. M.

Freud, S. (1996)

Zur Ätiologie der Hysterie.

In Gesammelte Werke, Bd. 1

Fischer Verlag; Frankfurt a. M.

Freud, S. (1901/5)

„Bruchstück einer Hysterie-Analyse“: S. 161-286

In: Gesammelte Werke, Bd. 5

Fischer Verlag; Frankfurt a. M.

Freud, S. (1908)

Hysterische Phantasien und ihre Beziehung zur Bisexualität: S. 191-199

In: Gesammelte Werke, Bd. 2

Fischer Verlag; Frankfurt a. M.

Freud, S. (1913)

Zur Einleitung der Behandlung (1913)

In: Studienausgang. Ergänzungsband (1967): S. 107- 204

Fischer Verlag; Frankfurt a. M.

Freud, S. (1917)

Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In Gesammelte Werke, Bd. 11

Fischer Verlag; Frankfurt a. M.

Freyberger, H. J.; Spitzer, C. (2005)

Dissoziative Störungen.

In: Nervenarzt 76: S 893-900

Fritsch, S. (1996)

Hysterie. Theatralisches Spiel – phantasierte Erschöpfung. In: Psychologie heute 5: S. 48-53

Fritzsche, K.; Ratz, U.; Federschmidt, H.; Zeeck, A. (2003)

Psychosomatischer Liaisondienst in der Neurologie. Zusammenhänge zwischen Behandlungsbedarf und Realisierung psychotherapeutischer Intervention.

In: Nervenarzt 74 (10): S. 875-880

Frommer, S.; Frommer, J. (1997)  
Von der Hysterie zur Nervosität.  
In: Psychother. Psychosom. med. Psychol. 47: S. 219-224

### G

Gabbard, G. O. (2000)  
A Neurobiologically Informed Perspective on Psychotherapy  
In: Br. J. Psychiatry 177: S. 117-122

Garfield, S. L. (1994)  
Research on Client Variables in Psychotherapy.  
In: Bergin, A. E.; Garfield, S. L. (Hrsg.)  
Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: S. 190-228  
4. Auflage  
Wiley Verlag; New York

Gates, J. R.; Ramani, V.; Whalen, S. ; Loewenson, R. (1985)  
Ictal Characteristics of Pseudoseizures.  
In: Arch. Neurol. 42: S. 1183-1187

Gates, J.R (1998)  
Diagnosis and Treatment of Nonepileptic Seizures.  
In: McConnell, H. W; Synder, P. J. (Hrsg.)  
Psychiatric Comorbidity in Epilepsy: Basic Mechanisms, Diagnosis and Treatment.  
In: American Psychiatric Press, S. 187–204

Gillman, S. L. (1982)  
Der männliche Stereotyp von der weiblichen Sexualität im Wiener Fin de Siècle.  
In: Jahrbuch der Psychoanalyse 42: S. 236-263

Gleixner, C.; Müller, M; Wirth, S. et al. (1998/9)  
Neurologie und Psychiatrie für Studium und Praxis.  
Medizinische Verlags- und Informationsdienste; Breisach

Golding, J. M. (1994)  
Sexual Assault History and Physical Health in Randomly Selected Los Angeles Women.  
In: Health Psychol. 13: S. 130-138

Goldberg, D. P. (1992)  
The Management of Medical Outpatients with Non-Organic Disorders:  
the Reattribution Model.  
In: Creed, F.; Mayou, R.; Hopkins, A. (Hrsg.)  
Medical Symptoms Not Explained by Organic Disease.  
Royal College of Psychiatrists; London

Goldstein, A. P. (1971)  
Psychotherapeutic Attraction.  
Pergamon Verlag; New York

Graupe, S. R. (1984)  
Tiefenpsychologisch orientierte Therapiemethoden.  
In: Schmidt, L. R. (Hrsg.)  
Lehrbuch der klinischen Psychologie: S. 597-623  
Enke Verlag; Stuttgart

Grawe, K. (1994)  
Was sind die wirklich wirksamen Ingredienzien der Psychotherapie?  
Vortrag Psychotherapiekongress; Hamburg

Gress, H. (1996)  
Über die soziale Botschaft der Hysterie.  
In: Seidler, G. H. (Hrsg.)  
Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels: S. 194-210  
Enke Verlag; Stuttgart

Groppel, G.; Kapitany, T; Baumgartner, C. (2000)  
Cluster Analysis of Clinical Seizure Semiology of Psychogenic Nonepileptic Seizures.  
In: Epilepsia (41): S. 610-614

Grubrich-Simitis, I. (1995)  
Urbuch der Psychoanalyse. Hundert Jahre „Studien über Hysterie“  
von J. Breuer und S. Freud.  
In: Psyche 12: S. 1117-1155

Guidelines on Management (Diagnosis and Treatment) of Syncope (2004)  
Update 2004, Executive Summary  
In: Eur. Heart J. 25: S. 2054-72

Gurtner, H., P. (1984)  
Kardiovaskuläre Synkopen.  
In: Schweiz. Med. Wschr. 144: S.1514-1525

Guze, S.; Woodruff, R.; Clayton, P. (1972)  
Sex, Age, and the Diagnosis of Hysteria.  
In: Am J. Psychiatr. 129: S. 745-748

## H

Haas, J. P. (1987)  
Bemerkungen zum sogenannten „Hysterie-Gefühl“.  
In: Nervenarzt 59: S. 92-98

Haberl, R. (2000)  
Jede Synkope bedarf der Abklärung mit Kipptischuntersuchung: Die Contraposition.  
In: Herzschr. Elektrophys. 11 (2): S. 73-78

Hartmann, S. (2000)  
Über den psychischen Mechanismus der Konversion.  
In: Psychotherapeut 45: S. 25-31

Haynes, R. B. (1979)  
Compliance in Health Care.  
In: Hopkins  
Johns Hopkins University Press; Baltimore

Haynes, R. B.; Taylor, D. W.; Sackett, D. W. (1982)  
Compliance-Handbuch.  
Oldenbourg Verlag; München

Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (2006)  
Motivation und Handeln: S. 1-43  
Springer Verlag; Heidelberg

Heigl, F. (1978)  
Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie.  
Vandenhoeck & Ruprecht Verlag; Göttingen

Hellpach, W. (1906)  
Die geistigen Epidemien.  
In: Die Gesellschaft. Sammlung Sozialpsychologischer Monographien, Bd. 11

Helmchen, H. (2005)  
Zwischen Individualisierung und Standardisierung.  
In: Dt. Ärzteblatt Jg. 102 (13): S. 748

Henningsen, P. (1996)  
Die Konversion: Psychosomatik statt Psychogenese?  
In: Psychothr. Psychosom. Med. Psychol. 46: S. 391-399

Hernandez-Peon, R. (1959)  
Centrifugal Control of Sensory Inflow to the Brain and Sensory Perception.  
In: Acta. Neurol. Latinoamer. 5: S. 279-298

Hernandez-Peon, R., Chavez-Ibarra, F.; Aguilar-Figueroa, E. (1963)  
Somatic Evoked Potentials in One Case of Hysterical Anaesthesia.  
In: Electroenceph. Clin. Neurophysiol. 15: S. 889-892

Hiller, W (2005)

Somatisierung-Konversion-Dissoziation:  
Verhaltenstherapeutische Therapiestrategien  
Psychosom Med Psychother 51, 4-22  
Vandenhoeck & Ruprecht

Hilmes, C. (1990)

Die femme fatale. Ein Weiblichkeitsmythos in der nachromantischen Zeit.  
Verlag für akademische Texte; Stuttgart

Hoffmann, S. O. (1979)

Charakter und Neurose. Ansätze zu einer psychoanalytischen Charakterologie.  
Suhrkamp Verlag; Frankfurt a. M.

Hoffmann, S. O.; Egle, U. (1984)

Zum Beitrag von J. J. Groen über das psychogene Schmerzsyndrom – zugleich ein Plädoyer für  
die Erweiterung des Konversionsbegriffes.  
In: Psychoth. med. Psychol. 34: S. 25-26

Hoffmann, S. O. (1986)

Psychoneurosen und Charakterneurosen.  
In: Kisker, K. P.; Lauter, H.; Meyer, J. E.; Müller, C.; Strömgen, E. (Hrsg.)  
Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1  
Neurosen, psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie.  
Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York, Tokio

Hoffmann, S. O.; Egle, U. (1989a)

Die Psychodynamik des Schmerzkranken.  
Psychother. med. Psychol. 39: S. 183-184

Hoffmann, S. O.; Egle, U. (1989b)

Der psychogen und psychodynamisch Schmerzkranken – Entwurf zu einer psychoanalytisch  
orientierten Nosologie.  
In: Psychother. med. Psychol. 39: S. 193-201

Hoffmann, S. O.; Egle, U. (1993)

Der Schmerzkranken.  
Schattauer Verlag; Stuttgart, New York

Hoffmann, S. O. (1994)

Die Dissoziation. Neue Aktualität für ein altes klinisches Konzept.  
In: Kockott, G.; Möller, H.-J. (Hrsg.)  
Sichtweisen der Psychiatrie: S. 16-24  
Zuckschwerdt Verlag; München, Bern, Wien, New York

Hoffmann, S. O. (1996a)

Der Konversionsmechanismus.

In: Psychotherapeut 41: S. 88-94

Hoffmann, S. O. (1996b)

Die alte Hysterie in den neuen diagnostischen Glossaren.

In: Hysterie heute: S. 1-9

Hoffmann, S. O.; Hochapfel, G. (1999)

Neurosenlehre, Psychotherapeut. und Psychosomat. Medizin.

6. Auflage

Schattauer Verlag; Stuttgart, New York

Hontschik, B. (1989)

Die Appendektomie als mechanische Psychotherapie bei jungen Frauen.

In: Söllner, W.; Wesiak, W.; Wurn, B. (Hrsg.)

Sozio-psycho-somatik: S. 236-244

Springer Verlag; Berlin, Heidelberg

Horwitz, M. J. (1991)

Hysterical Personality Style and the Histrionic Personality Disorder.

Northvale; New York

Huppmann, H.; Wilker, W. (1988)

Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie.

Urban & Schwarzenberg Verlag; München, Wien, Baltimore

## I

Israël, L. (1987)

Die unerhörte Botschaft der Hysterie.

Ernst Reinhardt Verlag; München, Basel

## J

Janet, P. (1907)

The Major Symptoms of Hysteria.

Mac Millian Verlag; New York

Janssen, P. (2003)

„Schieflage“ in der Versorgung.

In: Dt. Ärzteblatt Jg. 100 (46): S. 2323

Janta, B.; Hilpert, H.; Riedel, P. (1987)

Die Entscheidung des Arztes zum psychoanalytischen Interview.

In: Zschr. Psychosom. Med. 33: S. 20-31

Jaspers, K. (1946)

Allgemeine Psychopathologie.

4. Auflage

Springer Verlag; Berlin, Heidelberg

Janecke, N. (2003)

Bedeutung der Motivation und therapeutischen Beziehung in der Psychotherapie.

Dissertation, Naturwissenschaftliche Fakultät: S. 108

Innsbruck

Jordan, J; Sapper, H; Schimke, H.; Schulz, W. (1989)

Zur Wirksamkeit des patientenzentrierten psychosomatischen Konsiliardienstes.

In: Psychother. Med. Psychologie 39: S. 127-134

### **K**

Kächele, H.; Kordy, H. (1995)

Indikation als Entscheidungsprozess.

In: v. Uexküll, T. (Hrsg.)

Psychosomatische Medizin.

5. Auflage

Urban und Schwarzenberg Verlag; Wien, München, Baltimore

Kandel, E. R. (1979)

Psychotherapy and the Single Synapse.

In: N. Engl. J. Med. 301: S. 1028-1037

Kanfer, F. H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D. (1996)

Selbstmanagement-Therapie.

2. Auflage

Springer Verlag; Berlin

Kanton, W.; Lin, E.; v. Korff, M.; Russo, J.; Lipscomb, P.; Bush, T. (1991)

Somatization: A Spectrum of Severity.

In: Am. J. Psychiatry 148: S. 34-40

v. Kapferer, R. (1934-1940)

Die Werke des Hippokrates.

In: Die hippokratische Schriftensammlung in neuer deutscher Übersetzung.

Mohr Siebeck Verlag; Stuttgart

Kapfhammer, H-P. et al. (1998)

Konversions Syndrome in der Neurologie.

In: Psychother. Psychosom. med. Psychol. 48: S. 463-474

Kapfhammer, H-P. (2007)  
Somatoforme Störungen.  
In: Nervenarzt 79: S. 99-117

Kapfhammer, H-P. (2008)  
Dissoziative Störungen.  
In: Möller, H. J.; Laux, G.; Kapfhammer, H. P. (Hrsg.)  
Psychiatrie und Psychotherapie: S. 273-765  
Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, Tokio

Kapoor, W. N.; Fortunato, M.; Hanusa, B. H.; Schullberg, H. C. (1995)  
Psychiatric Illnesses in Patients with Syncope.  
In: Am. J. Med. 99: S. 505-512

Kapoor, W. N.; Karpf, M.; Maher, Y.; Miller, R. A.; Levey, G. (1983)  
A Prospective Evaluation and Follow-up of Patients with Syncope.  
In: New England J. Med. 309: S. 197-204

Kapoor, W. N. (1998)  
An Overview of the Evaluation and Management of Syncope.  
In: Grupp, B. P.; Olshansky, B. (Hrsg.)  
Syncope: Mechanisms and Management: S. 1-13  
Armonk Verlag; New York, Futura

Keithly, L. J., Samples, S. J., Strupp, H. H. (1980)  
Patient Motivation as a Predictor of Process and Outcome in Psychotherapy.  
In: Psychother. Psychosom. 33: S. 87-97

Kellner, R. (1986)  
Somatization and Hypochondriasis.  
New York, Praeger

Kellner, R. (1987)  
Hypochondriasis and Somatization.  
In: JAMA 258: S. 2718-2722

Kellner, R. (1990)  
Somatization: Therories and Research.  
In: Nerv. Ment. Disease 178: S. 150-160

Kellner, R.; Hernandez, J.; Pathak, D. (1992a)  
Hypochondriacal Fears and Beliefs, Anxiety and Somatization.  
In: Br. J. Psychiatry 160: S. 525-532

Kellner, R. (1992b)

Psychosomatic Syndroms and Somatic Symptoms.

In: American Psychiatric Press;

Washington, DC

Kemp, R.; Kirow, G. et al. (1998)

Randomized Controlled Trial of Compliance Therapy: 18 Month Follow-up.

In: Br. J. Psychiatry 172: S. 413-419

Kernberg, O. F.; Burstein, E. D.; Coyne, L.; Appelbaum, A.; Horwitz, L.; Voth, H. (1972)

Psychotherapy and Psychoanalysis. Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project.

In: Bull of Menninger Clinic (36): S. 1-274

Kernberg, O. F. (1973)

Summary and Conclusions of "Psychotherapy and Psychoanalysis. Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project".

In: Int. J. Psychiat. (11): S. 62-76

Kikushima, S.; Kobayashi, Y.; Nakagawa, H.; Katagiri, T. (1999)

Triggering Mechanism for Neutral Mediated Syncope Included by Head-up Tilt Test: Role of Catecholamines and Response to Propranolol.

In: J. Am. Coll. Cardiol. 33 (2): S. 350-357

King, D. W.; Gallagher, B. B.; Murvin, A. J. (1982)

Pseudoseizures: Diagnostic Evaluation.

In: Neurology 32: S. 18-23

King, V. (2001)

Hysterie und weibliche Adoleszenz.

In: Forum der Psychoanalyse 17: S. 235-250

Kirmayer, L. J.; Robbins J. M. (1992)

The Body's Insistence on Meaning: Metaphors as Presentations in Illness Experience.

Soc. Sci. Med. Q. 6: S. 323-346

Kirmayer, L. J.; Robbins J. M., Paris, J. (1992)

Somatoform Disorder: Personality and the Social Matrix of Somatic Distress.

In: J. Abnorm. Psychol. 103: S. 126-136

Kleinmann, A. (1986)

Social Origins of Distress and Disease.

In: Yale Univ. Press; New Haven CT

- Köcher, D. (1982)  
Patienten-Compliance im psychosomatischen Konsiliardienst: Ausmaß und Einflussgrößen.  
Dissertation, FU Berlin
- Köhle, P. (1986)  
Bereitschaft zur Fachpsychotherapie.  
In: Psychiat. Neurol. Psychol. 38 (12): S. 722-727
- Köhle, P. (1991)  
Funktionelle Syndrome in der inneren Medizin.  
In: Internist 32: S. 3-11
- Köller, M. L.; Meesmann, M. (2000)  
Neurokardiogene konvulsive Synkope.  
In: Z. Kardiol. 89: S. 1032-1038
- Kraepelin, E. (1889)  
Psychiatrie: S. 429  
3. Auflage  
Abel; Leipzig
- Krahn, A. D.; Klein, G. J.; Yee, R. (1998)  
Recurrent Syncope: When all else Fails.  
In: Grubb, B. P.; Olshansky, B. (Hrsg.)  
Synkope: Mechanisms and Management: S. 359-369  
Springer Verlag; Berlin
- Kretschmer, G. (1974)  
Hysterie.  
Thieme Verlag; Stuttgart
- Kroenke, K.; Mangelsdorff, D. (1989)  
Common Symptoms in Ambulatory Care: Incidence, Evaluation, Therapy and Outcome.  
In: The Am. Journal of Medicine 86: S. 262-265
- Kroenke, K.; Swindle, R. (2000)  
Cognitive-Behavioral Therapy for Somatization and Symptom Syndromes:  
a Critical Review of Controlled Clinical Trials.  
In: Psychother. Psychosom. 69: S. 205-215
- Küchenhoff, J. (2002)  
Hysterie heute – eine Revision.  
In: Forum Psychoanal. 18: S. 224-244

Kuhl, J. (1983)  
Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle.  
Springer Verlag; Berlin

Kuhl, J. (2001)  
Motivation und Persönlichkeit.  
Histrionische Persönlichkeitsstörung: S. 18-63  
Springer-Verlag; Berlin

### L

Lamott, F. (1998)  
Die vermessene Frau.  
Wilhelm Fink Verlag; München

Lamprecht, F. (1979)  
Arzt, Patient und Krankheit im Blickfeld der medizinischen Psychologie.  
Zeitschr. Allgem. Med. 55: S. 1837-1846

Lang, K. (2003)  
Behandlungsabbrüche und Therapiemotivation in der stationären Rehabilitation  
von Patienten mit psychischen Erkrankungen.  
Dissertation, Fachbereich Psychologie: S. 261  
Hamburg

Lang, Th.; Eich, D. (1994)  
Akute Bewusstseinsstörung und Epilepsie aus psychiatrischer Sicht.  
Schweiz. Med. Wochenschr. 124: S. 1162-1168

Leibbrand, W.; Wettley, A. (1961)  
Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie.  
Karl Alber Verlag; Freiburg, München

Lesser, R. P. (1996)  
Psychogenic Seizures.  
Neurology 46: S. 1499-1507

Lewin, K. (1931)  
Environmental Forces in Child Behavior and Development.  
In: Murchison, C. (Hrsg.)  
Handbook of Childpsychology: S. 94-127  
Woraster, Mass; Clark University Press

Lewis, A. (1975)  
The Survival of Hysteria.  
In: Psychol. Med. 5: S. 9-12

Liggan, D. Y.; Kay, J. (1999)

Some Neurobiological Aspects of Psychotherapy: A Review.

In: J. Psychother. Pract. Res. 8: S. 103-114

Linden M. (1982)

Die Veränderung von Krankheitsmodell und Compliance bei schizophrenen Patienten, In:

Helmchen H, Linden M, Rüger U, Hrsg.

Psychotherapie in der Psychiatrie

Springer, Berlin, Heidelberg, New York

Linden M. (1985)

Krankheitskonzepte von Patienten.

Psychiatr Prax 12: 8-12

Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A. (2008)

Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund

Psychother Psych Med 58: S. 123-129

Link BG, Phelan JC. (2001)

Conceptualizing Stigma

Ann Rev Sociol 27: 363-385

Links, P. S.; v. Reekum, R. (1993)

Childhood Sexual Parental Impairment and the Development  
of Borderline Personality Disorder.

In: Can. J. Psychiatry 38: S. 472-474

Linzer, M.; Pontinen, M.; Gold, D. T.; Divine, G. W.; Felder, A.; Brooks, W. B. (1991)

Impairment of Physical and Psychosocial Function in Recurrent Syncope.

In: J. Clin. Epidemiol. 44: S. 1037-1043

Linzer, M.; Varia, I.; Pontinen, M.; Divine, G. W.; Grubb, B. P.; Estes, N. A. M. (1992)

Medically Unexplained Syncope: Relationship to Psychiatric Illness.

In: Am J. Med. 92: S. 18-25

Lipowski, Z. J. (1988)

Somatisation. The Concept and its Clinical Application.

In: Am. J. Psychiatry 145: S. 1358-1368

v. Lieshout, J. J.; Wieling, W.; Karemaker, J. M.; Eckberg, D. L. (1991)

The Vasovagal Response.

In: Clin. Sci. 81: S. 576-586

Linden, M. (1979)

Therapeutische Ansätze zur Verbesserung von Compliance.

In: Nervenarzt 50: S. 109-114

Livesley, W. J. (2001)

A Framework for an Integrated Approach to Treatment. In: Livesley, W. J. (Hrsg.)  
Handbook of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment: S. 570-600  
Guilford Press; New York

Loch, W. (1985)

Anmerkungen zur Pathogenese und Psychodynamik der Hysterie.  
In: Brühler, K.-E.; Weiß, H. (Hrsg.)  
Kommunikation und Perspektivität. Beiträge zur Anthropologie aus  
Medizin und Geisteswissenschaften.  
Königshausen & Neumann Verlag; Würzburg

Lorenzer, A. (1986)

Intimität und soziales Leid.  
In: Archäologie der Psychoanalyse.  
Suhrkamp Verlag; Frankfurt a. M.

### **M**

Mace, C. J. (1992)

Hysterical Conversion II: A Critique.  
In: Brit. J. Psychiat. 161: S. 378-389

Maercker, A.; Enzler, A.; Grimm, G.; Helfenstein, E.; Ehlert, U. (2005)

Inanspruchnahme und Psychotherapiemotivation in einer repräsentativen  
Bevölkerungsstichprobe über 65-Jähriger – Ergebnisse der Züricher Altersstudie.  
In: Psychother. Psych. Med. 55: S. 177-182

Mai, F. M. (1995)

Hysteria in Clinical Neurology.  
In: The Can. J. Neurol. Sci. 22: S. 101-110

Mamor, J. (1953)

Orality in the Hysterical Personality.  
In: J. Am. Psyc. Ass. 1: S. 656-671

Manolis, A. S.; Linzer, M.; Salem, D.; Estes, M. N. A. (1990)

Synkope: Current Diagnostic Evaluation and Management.  
In: Ann. Intern. Med. 112: S. 850-863

Marshall, J. C.; Halligan, P. W.; Fink, G. R. et al. (1997)

The Functional Anatomy of a Hysterical Paralysis.  
Cognition 64: 1-8

- Maschewsky-Schneider, U. (1996)  
Frauen – das kranke Geschlecht – Mythos oder Wirklichkeit?  
In: Maschewsky-Schneider, U. (Hrsg.)  
Frauen – das kranke Geschlecht: S. 7-18  
Leske & Budrich Verlag; Opladen
- Mayr, U. (2004)  
Warum Therapien scheitern.  
In: Psychologie heute 31(6): S. 64-68
- McDougall, W.(1908)  
An Introduction to Social Psychology.  
Methuen; London
- McDougall, W. (1932)  
The Energies of Men.  
Methuen; London
- Meichenbaum, D.; Turk, D. C. (1994)  
Therapiemotivation des Patienten: S. 59-63  
Huber Verlag; Bern
- Meierkord, H.; Will, B.; Fish, D.; Shorvon, S. (1991)  
The Clinical Features and Prognosis of Pseudoseizures  
Diagnosed Using Video-EEG Tetmetry.  
In: Neurology 41: S. 1643-1646
- Menninger, K. (1934)  
Polysurgery and Polysurgery Addication.  
In: Psa. Quartlery 3: S. 173-199
- Mentzos, S. (1960)  
Die Photostimulation im klinischen EEG.  
Dissertation; Hamburg
- Mentzos, S.; Pittrich, W. (1971)  
Über die Zuverlässigkeit psychiatrisch-psychologischer Anamnesen.  
Schattauer Verlag; Stuttgart, New York
- Mentzos, S. (1980)  
Hysterie.  
Kindler Verlag; München

Mentzos, S. (1996)

Affektualisierung innerhalb der hysterischen Inszenierung.

In: Seidler, G. H. (Hrsg.)

Hysterie heute: S. 90-102

Enke Verlag; Stuttgart

Mentzos, S. (1997)

Neurotische Konfliktverarbeitung

Fischer Taschenbuch (Frankfurt am Main)

Mentzos, S. (2004)

Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen.

Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen

Meyer, J. E. (1961)

Die abnorme Erlebnisreaktion im Kriege bei Truppe und Zivilbevölkerung.

In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 3

Micale, M. (1994)

Charcot and les nervoses traumatiques: Historical and Scientific Reflections.

In: Rev. Neurol. 150: S. 498-505

Millon, T. (1996)

Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond.

Wiley; New York

Morillo, C. A.; Eckberg, D. L.; Ellenbogen, K. A.; Beightol, L. A.; Hoag, J. B.;

Tahvanainen, K. U.; Kuusela, T. A.; Diedrich, A. M. (1997)

Vagal and Sympathetic Mechanisms in Patients with Orthostatic Vasovagal Syncope.

In: Circulation 96 (8): S. 2509-2513

## **N**

Nemiah, J. C. (1995)

Dissociative Disorders.

In: Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. (Hrsg.)

Comprehensive Textbook of Psychiatry 6 (1): S. 1281-1293

Newton, N. A.; Brauer, D.; Gutmann, D. L.; Grunes, J. (1991)

Psychodynamic Therapy with the Age: A Review.

In: Clinical Gerontology

Brink, T. L. (Hrsg.)

The Haworth Press; New York

Nickel, R. (2003)

„Schieflage“ in der Versorgung.

In: Dt. Ärzteblatt Jg. 100 (46): S. 2323

Nickel, C.; Muehlenbacher, M.; Kettler, C.; Tritt, K.; Egger, C.; Lahnmann, C.; Gil, F. P.;

Leiberich, P.; Bachler, E.; Buschmann, W.; Forthuber, P.; Fartacek, R.; Mitterlehner, F.;

Rother W.; Loew, T.; Nickel, M. (2005)

Behandlungsmotivation und Ergebnisse der stationären Psychotherapie bei

Frauen mit depressiven Erkrankungen: eine prospektive Studie.

In: Gesundheitswesen 68: S. 11-17

Nix, W. A. (1990)

Das Chronic-fatigue-Syndrome – Ein neues Krankheitsbild?

In: Nervenarzt 61: S. 390-396

Nübling, R. (1992)

Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept.

VAS Verlag für Akademische Schriften oHG; Frankfurt a. M.

## O

Ogata, S. N.; Silk, K. R.; Goodrich, S.; Lohr, N. E.; Westen, D.; Hill, E. M. (1990)

Childhood Sexual and Physical Abuse in Adult Patients with Boderline Personality Disorder.

In: Am. J. Psychiatry 147: S. 1008-1013

## P

Paracelsus (Theophrast von Hohenheim) (1530)

Sämtliche Werke, Bd. 8 (1924)

v. Sudhoff, K. (Hrsg.)

Otto Wilhelm Barth Verlag; München

Paris, J.; Zweig-Frank, H.; Guzder, J. (1994)

Psychological Risk Factors for Boderline Personality Disorder in Female Patients.

In: Compr. Psychiatry 35: S. 301-305

Pascuzzi, R. M. (1994)

Nonphysiological (Functional) Unilateral Motor and Sensory Syndromes

Involve the Left More Often than the Right Body.

In: J. Nerv. Ment. Dis. 182: S. 118-121

Penn, D. L.; Mueser, K. T. (1996)

Research Update on the Psychosocial Treatment of Schizophrenia.

In: Am. J. Psychiatry 153: S. 607-617

- Peters, M.; Lange, C.; Radebold, H. (1998)  
Psychotherapiemotivation älterer Patienten in der Rehabilitationsklinik –  
Eine empirische Studie.  
In: Zsch. Psychosom. Med. 46: S. 259-272
- Peters, M.; Löwenberg, H. (1993)  
Erwartungen an die Behandlung in einer psychosomatischen Klinik.  
In: Zsch. Psychosom. Med. 39: S. 38-50
- Pharoah, F. M.; Rathbone, J.; Mari, J. J. et al. (2003)  
Family Intervention for Schizophrenia.  
In: Cochrane Database Syst. Rev. 4: CD 000088
- Pitschel-Walz, G.; Leucht, S.; Bäuml, J. et al. (2001)  
The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in  
Schizophrenia – a Meta-analysis.  
In: Schizophr. Bull. 27: S. 73-92
- Plaum, F. G. (1968)  
Krankheitstheorien und Behandlungserwartung psychosomatischer Patienten.  
Med. Dissertation, Universität Gießen
- Plzák, M. (1973)  
Die Diagnose und Therapie der gestörten Partnerbeziehungen.  
Praha Avicenum; o.O.
- Pfeiffer, W. (1980)  
Kulturgebundene Syndrome.  
In: Pfeiffer, W.; Schoene, W. (Hrsg.)  
Psychopathologie im Kulturvergleich.  
Enke Verlag; Stuttgart
- Probst, C. (1994)  
Reine Spekulation. Kommentar zu dem Beitrag von G. Kluxen:  
Die Sehstörungen des Apostels Paulus.  
In: Dt. Ärzteblatt 91: S. 637-638
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C. (1986)  
Towards a Comprehensive Model of Change.  
In: Miller, W. R.; Heather, N. (Hrsg.)  
Treating Addictive Behavior: Process of Change: S. 3-27  
Plenum Press; New York
- Prosen, H. (1967)  
Sexuality in Females with „Hysteria“.  
In: Am. J. Psychiatry 124: S. 687-692

Purtell, J.J.; Robins, E.; Cohen, M. E. (1951)  
Observation on Clinical Aspects of Hysteria.  
In: JAMA 146: S. 902-909

### Q

Quill, T. E. (1985)  
Somatization Disorder: One of Medicine's Blind Spots.  
In: JAMA 254: S. 3075-3079

### R

Raboch, J. (1990)  
Hysterische Persönlichkeit und Sexualität der Frau.  
In: Psychiat. Neurol. med. Psychol. 42: S. 211-217

Rabovsky, K.; Stoppe, G. (2006)  
Die Rolle der Psychoedukation in der stationären Behandlung psychisch Kranker –  
Eine kritische Übersicht.  
In: Nervenarzt 77 (5): S. 538-548

Radebold, H. (1979)  
Möglichkeiten und Einschränkungen der Behandlungserfahrungen in den  
Versorgungssystemen.  
In: Zeitschr. Gerontol. 12: 149-155

Radebold, H. (1980)  
In: Radebold, H.; Hirsch, R. D. (Hrsg.)  
Altern und Psychotherapie.  
Huber Verlag; Bern

Radebold, H. (1980)  
Die Altersdimension.  
In: Prax. Psychother. Psychosom. 25: S. 29-36

Radebold, H. (2008)  
Zeitgeschichtliche Erfahrung und ihre Folgen – notwendige weitere Perspektive  
bei Psychotherapie Älterer.  
In: Psychotherapie im Alter 14 (2): S. 53-59

Raskin, A. (1961)  
Factors Therapists Associate with Motivation to Enter Psychotherapy.  
In: J. Clin. Psychol. 17: S. 62-65

Reimer, C. (1998)  
Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz.  
In: Psychotherapeut 43: S. 8-17

Rheinberg, F. (2004)

Motivation: S. 13-58

Kohlhammer; Stuttgart

Reuber M., Fernández G., Bauer J. et al (2002)

Diagnostic Delay in Psychogenic Nonepileptic Seizures.

In: Neurology 58: S. 493–495

Reuber, M.; House, A. O. (2002)

Treating Patients with Psychogenic Non-epileptic Seizures.

In: Curr. Opin. Neurol. 15: S. 207–211

Reuber, M.; Pukrop, R.; Bauer, J. et al. (2003)

Outcome in Psychogenic Non-epileptic Seizures: 1 to 10 Year Follow-up in 164 Patients.

Ann. Neurol. 53: S. 305–311

Reybrouck, T.; Heidbuchel, H.; v.d. Werf, F.; Ector, H. (2000)

Tilttraining: a Treatment for Malignant and Recurrent Neurocardiogenic Syncope.

In: PACE 23: S. 493-498

Rief, W.; Hiller, W.; Geissner, E.; Fichter, M. (1995)

A Two-Year Follow-up Study of Patients with Somatoform Disorders.

In: Psychosomatics 36: S.376-386

Rief, W. (2006)

Psychotherapie –

Motivation zur Veränderung: S. 108-114

Thieme Verlag; Stuttgart

Riesenberg-Malcolm, R. (1996)

‘How Can We Know the Dancer from the Dance?’: Hyperbole in Hysteria.

In: J. Psycho-Anal. 77: S. 679-688

Roelke, V. (1997)

Archaische Konzepte der Hysterie.

In: Nissen, G. (Hrsg.)

Hysterie und Konversion.

Huber Verlag; Bern

Rosenthal, D.; Frank, J. D. (1958)

The Fate of Psychiatric Clinic Outpatients Assigned to Psychotherapy.

In: J. Nerv. Ment. Disease 127: S. 330-343

- Rudolf, G.; Grande, T.; Porsch, U.; Wilke, S. (1987)  
Prognose und Indikation – Von der Objektivierung der Patienteneigenschaften  
zur Analyse der Arzt-Patient-Interaktion.  
In: Lamprecht, F. (Hrsg.)  
Die Spezialisierung und Integration in der Psychosomatik und Psychotherapie: S. 225-230  
Deutsches Kollegium für psychosomatische Medizin.  
Springer Verlag; Berlin
- Rudolf, G.; Grande, T.; Porsch, U. (1988)  
Die initiale Patienten-Therapeuten-Beziehung als Prädiktor des Behandlungsverlaufs.  
In: Zschr. Psychosom. Med. 34: S. 32-49
- Rudolf, G.; Manz, R. (1993)  
Zur prognostischen Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus  
der Perspektive von Patienten und Therapeuten.  
In: Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 25: S. 1993-199
- Rudolf, G.; Henningsen, P. (1998)  
Somatoforme Störungen.  
Schattauer Verlag; Stuttgart, New York
- Rumpold, G.; Janecke, N.; Smrekar, U.; Schüssler, G.; Doering, S. (2004)  
Prädiktoren des Überweisungserfolgs einer psychotherapeutischen Klinikambulanz  
und des späteren Therapieverlaufs.  
In: Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 50 (2): S. 171-189
- Rumpold, G.; Döring, S.; Smrekar, U.; Schubert, C.; Koza, R.; Schatz, D-S.;  
Bertl-Schüssler, A.; Janecke, N.; Lampe, A. (2005)  
Changes in Motivation and the Therapeutic Alliance During a Pretherapy Diagnostic and  
Motivation-Enhancing Phase among Psychotherapy Outpatients.  
In: Psychotherapy-Research 15: S. 117-127
- Rümke, H. C. (1937)  
Allgemeine psychologische und psychoanalytische Auffassung über Hysterie.  
Wissenschaftsmythen über die Frau.  
In: Psychiat. Neurol. 39: S. 487-531
- Ruff; W. (1987)  
Der Wunsch des Patienten nach Behandlung – untersucht am  
Beispiel stationärer Psychotherapie.  
In: Psychother. med. Psychol. 37: S. 355-360
- Rusch, M., D.; Morris, G., L.; Allen, L. et al. (2001)  
Psychological Treatment of Nonepileptic Events.  
Epilepsy Behav. 2: S. 277–283

### S

Sachse, R. (2001)

Histrionische und narzisstische Persönlichkeit.

Kohlhammer Verlag; Stuttgart

Salmon, P.; Peters, S.; Stanley, I. (1999)

Patients' Perceptions of Medical Explanations for Somatisation Disorders:  
Qualitative Analysis.

In: BMJ 318: S. 372-376

Samoil, D.; v. Grubb; B. P. (1993)

Head-up Right Tilt Table Testing for Recurrent Unexplained Syncope.

In: Clin. Cardiol. 16: S. 763-766

Savage, D. D.; Corwin, L.; Mc Gree, D. L. et al. (1985)

Epidemiologic Features of Isolated Syncope: The Framingham Study.

In: Stroke 16: S. 626-629

Savard, G., Andermann, F., Teitelbaum, J. et al. (1988)

Epileptic Munchhausen's Syndrome: a Form of Pseudoseizures Distinct  
from Hysteria and Malingering.

In: Neurology 38: S. 1628-1629

Schaefer U, Bischoff C. (2002)

Qualitative analysis of subjective concepts of illness

Psychother Psychosom Med Psychol 52 (9-10): 398-407

Schaps, R. (1992)

Hysterie und Weiblichkeit: S. 141

Huber Verlag; Bern

Scheidt, C., E.; Hartmann, N.; Loew, T. (1998)

Diagnose und Behandlung von Konversionsstörungen.

In: Zsch. Psychosom. Med. 44: S. 233-250

Scheidt, C. E.; Hartkamp, N.; Loew, T. (1998)

Diagnose und Behandlung von Konversionsstörungen.

In: Zschr. Psychosom. Med. 44: S. 233-250

Scheidt, C. E.; Burger, Th.; Struckely, S.; Hartmann, A.; Fritzsche, K.; Wirsching, M. (2003)

Treatment Selection in Private Practice Psychodynamic Psychotherapy.

A Naturalistic Prospective Longitudinal Study.

Psychotherapy Research 13(3): S. 293-305

- Schepank, H.; Hilpert, H.; Hönnmann, H.; Janta, B.; Parekh, H.; Riedel, P. et al. (1984)  
Wie häufig kommen seelisch bedingte Erkrankungen wirklich vor?  
Ergebnisse des Mannheimer Kohortenprojektes.  
In: Prax. Psychother. Psychosom. 29: S. 105-114
- Schepank, H. (1986)  
Epidemiologie psychogener Störungen.  
In: Kisker, K. P.; Lauter, H.; Meyer, J. E.; Müller, C.; Strömngren, E. (Hrsg.)  
Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1. Neurosen, psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie.  
Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York, Tokio
- Schier, E.; Yecunnoamlack, T.; Tegegne, T. (1989)  
Hysterische Syndrome in einer Population ambulanter neuropsychiatrischer Patienten in  
Nordwest-Äthiopien. Phänomenologie, psychosozialer und soziokultureller Hintergrund.  
In: Psychiat. Neurol. med. Psychol.: S. 161-169
- Schmahl, Ch. (2009)  
Dissoziative und somatoforme Störung.  
Vortrag 2009
- Schmidbauer, W. (1999)  
Der hysterische Mann.  
F. A. Herbig Verlagsbuchhandlung; München
- Schneider, W.; Schmalt, S. (2000)  
Motivation.  
Kohlhammer Verlag; Stuttgart
- Schneider, W.; Basler, H. D.; Beisenherz, B. (1990)  
Krankheitserleben und Behandlungserwartung bei stationären Psychotherapiepatienten.  
In: Psychologie 16: S. 511-520
- Schneider, W.; Basler, H. D.; Beisenherz, B. (1989)  
Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation. Manual.  
Beltz Test; Weinheim
- Schneider, W. (1986)  
Zum Begriff der Psychotherapiemotivation. Konstruktvalidierung und  
Entwicklung eines Messinstruments.  
Dissertation; Univ. Marburg
- Schneider, W. (1999)  
Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf.  
In: Nervenarzt 70: S. 240-249

- Schoepf, D.; Heun, R.; Weiffenbach, O.; Herrmann, S.; Maier, W. (2003)  
4-Wochen-Prävalenz somatoformer Störungen und assoziierte psychosoziale Beeinträchtigung.  
In: Nervenarzt 74 (3): S. 245-251
- Schöl, R.; Künsebeck, H.-W. (1984)  
Behandlungserwartung bei psychosomatischen Patienten und deren Bedeutung in Poliklinik  
und Konsiliardienst.  
In: Zschr. Psychosom. Med. 30: S. 119-133
- Schönfeldt-Lecuona, C.; Connemann, B. J.; Höse, A.; Spitzer, M.; Walter, H. (2004)  
Konversionsstörungen. Von der Neurobiologie zur Behandlung.  
Nervenarzt 75: S. 619-627
- Schröder, I. (2002)  
Motivationale Voraussetzung der Selbstöffnung von Psychotherapiepatienten.  
Wissenschaftliche Beiträge; Fakultät Psychologie, Bd. 84: S. 270  
Tectum Verlag; Marburg
- Schuchert, A. (2002)  
Therapie der neurokardiogenen Synkope.  
In: Herzsch. Elektrophys. 13: S. 79-87
- Schweickhardt, A.; Leta, R.; Bauer, J. (2005)  
Inanspruchnahme von Psychotherapie in Abhängigkeit von der Psychotherapiemotivation  
während der Indikationsstellung in einer Klinikambulanz.  
In: Psychther. Psych. Med. 55: S. 378-385
- Scollo-Lavizzari, G.; Lechner-Scott, J. (1979)  
Synkopen aus neurologischer Sicht.  
In: Therapeut. Umschau 54: S. 135-143
- Seligman, M. E. (1979)  
Erlernte Hilflosigkeit.  
Urban und Schwarzenberg; München
- Sigmund, D. (1994)  
Die Phänomenologie der hysterischen Persönlichkeitsstörung.  
In: Nervenarzt 65: S. 18-25
- Sigurdardottir, K. R.; Olafsson, E. (1998)  
Incidence of Psychogenic Seizures in Adults: A Population-Based Study in Iceland.  
Epilepsia (39): S. 749-752
- Shen, W.; Bowman, E. S.; Markand, O. N. (1990)  
Presenting the Diagnosis of Pseudoseizure.  
Neurology (40): S. 756-759

Shorter, E. (1994)

Moderne Leiden.

Rowohlt Verlag; Reinbek

Sifneos, P. E. (1968)

The Motivational Process – A Selection and Prognostic Criterion for Psychotherapy of Short Duration.

In: Psychiat. Quart. (42): S. 271-280

Sifneos, P. E. (1971)

Change in Patients' Motivation for Psychotherapy.

In: Am. J. Psychiat. (128): S. 718-721

Sifneos, P. E. (1978)

Motivation for Change: A Prognostic Guide for Successful Psychotherapy.

In: Psychother. Psychosom. (29): S. 293-298

Silverman, S. (1964)

The Role of Motivation in Psychotherapeutic Treatment.

In: Am. J. Psychother. (18): S. 212-229

Silverstein, M. D.; Singer, D. E.; Muky, A. G.; Thibault, G. E.; Barnett, G. O. (1983)

Patienten mit Synkopen auf internistischen Intensivstationen.

In: J. Am. Med. Ass. D 2/7: S. 239-243

Simon, G. E. (1991)

Somatization and Psychiatric Disorders.

In: Kirmayer, L. J.; Robbins, J. M. (Hrsg.)

Current Concepts of Somatization Research and Clinical Perspectives: S. 37-62

American Psychiatric Press; London

Simons, C.; Köhle, K. (1990)

Synkopen.

In: Adler, R.; Hermann, J. M.; Köhle, K.; Schoneke, O. W.; v. Uexküll, Th.; Wesiack, W. (Hrsg.)

Psychosomatische Medizin: S. 529-536

4. Auflage

Urban & Schwarzenberg; München

Slavney, P. R. (1978)

The Diagnosis of Hysterical Personality Disorder: A Study of Attitudes.

In: Compreh. Psychiat. 19: S. 501-507

Slavney, P. R.; Rich, G. (1980)

Variability of Mood and the Diagnosis of Hysterical Personality Disorder.

In: Brit. J. Psychiat. 136: S. 402-404

- Slavney, P. R.; Breitner, J. C. S.; Rabins, P. V. (1977)  
Variability of Mood and the Diagnosis of Hysterical Traits in Normal Women.  
J. Psychiatric Research 13: S. 155-160
- Smith, G. J. (1991)  
Effectiveness of Treatment for Somatoform Disorder Patients.  
In: Psychiatry Med. 9: S. 167-173
- Smith, G. R. Jr; Monson, R. A.; Ray, D. C. (1986)  
Psychiatric Consultations in Somatization Disorders.  
In: N. Engl. J. Med. 314: S. 1407-1413
- Smith-Rosenberg, C.(1981)  
Weibliche Hysterie. Geschlechterrollen und Rollenkonflikt in der amerikanischen Familie des 19. Jahrhunderts.  
In: Honegger, C.; Heintz, B. (Hrsg.)  
Listen der Ohnmacht. Zur Sozialgeschichte weiblicher Widerstandsformen: S. 191- 215  
Syndikat; Frankfurt a. M.
- Sneddon, J. F.; Bashir, Y.; Murgatroyd, F. D.; Staunton, H. D.; Ward, D. E; Camm, A. D. (1993)  
Do Patients with Neurally Mediated Syncope Have Augmented Vagal Syncope? (abstr.).  
In: Br. Heart J. 64: S. 258
- Spitzer, C.; Freyberger, H. J.; Kessler, C. (1996)  
Hysterie, Dissoziation und Konversion. Eine Übersicht zu Konzepten, Klassifikation und diagnostischen Erhebungsinstrumenten.  
In: Psychiatr. Praxis 23: S. 63-68
- Soloff, P. H. (1998)  
Algorithms for Pharmacological Treatment of Personality Dimensions: Symptom-specific Treatments for Cognitive-perceptual, Affective, and Impulsive-behavioral Dysregulation.  
In: Bull. Menninger Clin. (62): S. 195-214
- Sra, J. S.; Jazayeri, M. R.; Avitall, B.; Dhala, A.; Deshpande, S.; Blanck, S.; Akhtar, M. (1993)  
Comparison of Cardiac Pacing with Drug Therapy in the Treatment of Neurocardiogenic (Vasovagal) Syncope with Bradycardia or Asystole.  
In: N. Engl. J. Med. 328: S. 1085-1090
- Sra, J. S.; Murthy, V.; Natale, A.; Jazayeri, M. R.; Dhala, A.; Deshpande, S.; Sheth, M.; Akhtar, M. (1994)  
Circulatory and Catecholamine Changes During Head-up Tilt Testing in Neurocardiogenic (Vasovagal) Syncope.  
In: Am. J. Cardiol. 73: S. 33-37

Stangl, Werner (2003)

Von der Unmöglichkeit zur Motivation in der Schule.

Schulmagazin 5-10

Impulse für kreativen Unterricht 71 (1): S. 9-12

Stephanos, S. (1979)

Der Begriff der Konversion.

In: v. Uexküll, Th. (Hrsg.)

Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin: S. 441-452

Urban und Fischer Verlag; München

Stern, D. B. (1977)

Handedness and the Lateral Distribution of Conversion Relations.

In: J. Nerv. Ment. Dis. 164: S. 122-128

Stern, J.; Murphy, M; Bass, C. (1993)

Personality Disorders in Patients with Somatisation Disorders.

In: Brit. J. Psychiat. 163: S. 785-789

Stevenson, R. L. (1886)

Der seltsame Fall des Dr. Jekyll und Mr. Hyde.

Insel Verlag; Frankfurt a. M.

Strauß, B; Speidel, H.; Probst, P; Seifert, A. (1991)

Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz.

In: Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 41: S. 53-60

Stuhr, U. (2000)

Psychosomatische Aspekte bei Synkopen.

Vortrag; Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Stuhr, U. (2007)

Die Bedeutung der Fallgeschichte für die Entwicklung der Psychoanalyse und heutige Schlussfolgerungen.

In: Psyche 9/10: S. 943-965

Stumpfe, D.-K.; Widera, M. (1980)

Die psychische Konfliktsituation bei der psychogenen Ohnmacht.

In: Prax. Psychother. Psychosom. 25: S. 125-130

Sturzenegger, M.; Donati, F.; Weiss, M.; Hess, Ch. W. (1996)

Unklare Synkopen – Stellenwert zweier diagnostischer Tests mit großer Spezifität.

In: Schweiz. Med. Wochenschr. 126: S. 674-681

Süllwold, F. (1990)

Zur Struktur der hypochondrischen und der hysteroiden Persönlichkeit.  
Zschrift. experimentelle und angewandte Psychologie 37 (4): S. 453-473

Swartz, M.; Landerman, R.; George, L. K. et al. (1991)

Somatisation Disorder. Psychiatric Disorders in America: S. 220-257  
In: Free Press; New York

Szaflarski, J. P.; Ficker, D. M.; Cahill, W. T et al. (2000)

Four-year Incidence of Psychogenic Nonepileptic Seizures in Adults in Hamilton County, OH.  
Neurology (55): S. 1561–1563

### T

Tiihonen, J.; Kuikka, J.; Viinamaki, H. et al. (1995)

Altered Cerebral Blood Flow During Hysterical Paresthesia.  
Biol. Psychiatry 37: S. 134-135

Treder, U. (1984)

Von der Hexe zur Hysterikerin.  
Cécile – Hexe und Hysterikerin: S. 35-74  
Bouvier Verlag; Bonn

### V

Veith, I. (1965)

The History of a Disease.  
Chicago; London

Ventura, R.; Maas, R.; Ruppel, R.; Stuhr, U.; Schuchert, A.; Meinertz, T.; Nienaber, C.A. (2001)

Psychiatric Conditions in Patients with Recurrent Unexplained Syncope.  
In: Europace 3 (4): S. 311-316

Veroff, J. B. (1981)

The Dynamics of Help-seeking in Men and Women.  
In: Psychiatry 44: S. 189-200

Verres, R (1989)

Zur Kontextabhängigkeit subjektiver Krankheitstheorien.  
In: .Bischoff, C, Zenz, H (Hrsg.). Patientenkonzepte von Körper und Krankheit.  
Bern, Stuttgart, Toronto: Huber

Volger, I.; Schulz, W. (1980)

Nicht mehr alles runterschlucken.  
In: Psychologie heute 11: S. 28-33

Vuilleumier, P.; Chicherio, C.; Assal, F. et al. (2001)  
Functional Neuroanatomical Correlates of Hysterical Sensomotoric Loss.  
Brain 124: S. 1077-1090

V. der Kolk, B. A.; Fislér, R. (1995)  
Dissociation an the Fragmentary Nature of Traumatic Memories –  
Overview and Exploratory Study.  
In: J. Traumatic Stress 8 (4): S. 505-525

### W

Walker, E. A.; Kanton, W. J.; Neraas, K.; Jemelka, R. P.; Massoth, D. (1992)  
Dissociation in Women with Chronic Pelvic Pain.  
In: Am. J. Psych. 149: S. 534-537

Warwick, H.; Marks, I. (1988)  
Behavioral Treatment of Illness Phobia and Hypochondriasis. A Pilot Study of 17 Cases.  
In: Br. J. Psychiatry 152: S. 239-241

Weickmann, D. (1997)  
Rebellion der Sinne. Hysterie – ein Krankheitsbild als Spiegel der Geschlechterordnung  
(1880-1920).  
Campus; Frankfurt a. M.

Weiner, B. (1984)  
Motivationspsychologie.  
Betz Verlag; München, Wien

White, M. B. (1997)  
Jean-Martin Charcot's Contributions to the Interface Between Neurology and Psychiatry.  
In: Can. J. Sci. 24: S. 254-260

Willi, J. (1981)  
Praktische Grundsätze zur Förderung der Familienmedizin.  
In: Psychosozial 4: S. 7-18

Winker, B. (1988)  
Bemerkung zum sogenannten Hysteriegefühl.  
In: Nervenarzt 59: S. 752

Winokur, G.; Leonard, C. (1963)  
Sexual Life in Patients with Hysteria.  
In: Dis. Nerv. Syst. 24: S. 337-343

Wittchen, H. U.; Sass, H.; Zaudig, M.; Koehler, K. (1989)  
Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-III): S. 265  
Betz Verlag; Weinheim, Basel

Wölk, W. (1992)

Vergangenheit und Zukunft des Hysteriekonzeptes.

In: Nervenarzt 63: S. 149-156

Woodruff, R.; Clayton, P.; Guze, S. (1997)

Studies of Diagnosis Outcome and Prevalence.

In: JAMA 215: S. 425-428

Wyllie, E.; Friedman, D.; Luders, H. et al. (1991)

Outcome of Psychogenic Seizures in Children and Adolescents Compared with Adults.

In: Neurology 1991 (41): S. 742-744

### **Z**

Zielke, M. (1979)

Indikation zur Gesprächspsychotherapie.

Kohlhammer Verlag; Stuttgart

## **Nebentätigkeiten**

August 1996-März 1999

Tätigkeit als MTLA

Klinische Biochemie, Zentrallabor

Universitätsklinik Bonn

April 1999-September 2002

Tätigkeit als studentische Hilfskraft in der Inneren Medizin  
und der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg

## **Berufspraxis**

November 1994-März 1996

MTLA

Klinische Biochemie, Zentrallabor

Universitätsklinik Bonn

Juli 2003-August 2005

Assistenzärztin

Rheinische Kliniken Bonn

Allgemeinpsychiatrie (akutpsychiatrische offene und geschlossene Station)

Seit Oktober 2008

Assistenzärztin

DRK-Kinderklinik Siegen

Abteilung Psychosomatik im Kinder- und Jugendalter

Siegen, im Juli 2011

# Eidesstattliche Versicherung

---

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe. Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Siegen, im Juli 2011

# Danksagung

---

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. Ulrich Stuhr, der mir die Möglichkeit zur Bearbeitung dieses interessanten Themas gab und die Durchführung des Projektes engagiert unterstützte. Im praktischen Teil der Untersuchung und bei der Niederschrift dieser Arbeit begleitete mich Professor Stuhr mit fachlichem Rat. Ich verdanke ihm wertvolle Anregungen.

Leider musste Prof. Stuhr wegen einer schweren Krankheit aus der Prüfungskommission ausscheiden und stand als Gutachter nicht mehr zur Verfügung. PD Dr. Reinhard Lindner, der die Betreuung der Dissertation übernahm, gab der Arbeit mit seinen Vorschlägen und Hinweisen noch einmal wichtige Impulse.

Außerdem möchte ich mich bei Dr. Andreas Goebel für die persönliche Begleitung und für sein Lektorat bedanken. Ein Dankeschön auch an Andreas Franke für den Satz sowie an Angela Nawrath für die Unterstützung in statistischen Fragen.

# **11** Fragebögen

# Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Kreuzen Sie bitte bei jeder der Feststellungen auf den folgenden Seiten jeweils jene Zahl an, die am ehesten Ihrer Zufriedenheit in bezug auf die betreffende Feststellung entspricht.

<b>Beispiel:</b>	① sehr zu- frieden	② zu- frieden	③ eher zu- frieden	④ weder/ noch	⑤ eher unzu- frieden	⑥ unzu- frieden	⑦ sehr unzu- frieden
Mit dem Wetter bin ich ...				X			

Wenn Sie - in diesem Beispiel - mit dem Wetter also weder zufrieden noch unzufrieden sind, dann kreuzen Sie bitte die ④ an.

Bitte kreuzen Sie zu jeder Feststellung nur ein Kästchen an.

<b>GESUNDHEIT</b>	① sehr zu- frieden	② zu- frieden	③ eher zu- frieden	④ weder/ noch	⑤ eher unzu- frieden	⑥ unzu- frieden	⑦ sehr unzu- frieden
Mit meinem körperlichen Gesundheitszustand bin ich ...							
Mit meiner seelischen Verfassung bin ich ...							
Mit meiner körperlichen Verfassung bin ich ...							
Mit meiner geistigen Leistungsfähigkeit bin ich ...							
Mit meiner Widerstandskraft gegen Krankheit bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie häufig ich Schmerzen habe, dann bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie oft ich bisher krank gewesen bin, dann bin ich ...							

<b>ARBEIT UND BERUF</b>	① sehr zu- frieden	② zu- frieden	③ eher zu- frieden	④ weder/ noch	⑤ eher unzu- frieden	⑥ unzu- frieden	⑦ sehr unzu- frieden
Mit meiner Position an meiner Arbeitsstelle bin ich ...							
Wenn ich an daran denke, wie sicher mir meine beruflichen Zukunft ist, dann bin ich ...							
Mit den Erfolgen, die ich in meinem Beruf habe, bin ich ...							
Mit den Aufstiegsmöglichkeiten, die ich an meinem Arbeitsplatz habe, bin ich ...							
Mit dem Betriebsklima an meinem Arbeitsplatz bin ich ...							
Was das Ausmaß meiner beruflichen Anforderungen und Belastungen betrifft, bin ich ...							
Mit der Abwechslung, die mir mein Beruf bietet, bin ich ...							

<b>FINANZIELLE LAGE</b>	① sehr zu- frieden	② zu- frieden	③ eher zu- frieden	④ weder/ noch	⑤ eher unzu- frieden	⑥ unzu- frieden	⑦ sehr unzu- frieden
Mit meinem Einkommen/Lohn bin ich ...							
Mit dem, was ich besitze, bin ich ...							
Mit meinem Lebensstandard bin ich ...							
Mit der Sicherung meiner wirtschaftlichen Existenz bin ich ...							
Mit meinen zukünftigen Verdienstmöglichkeiten bin ich ...							
Mit den Möglichkeiten, die ich meiner Familie aufgrund meiner finanziellen Lage bieten kann, bin ich ...							
Mit meiner voraussichtlichen (finanziellen) Alterssicherung bin ich ...							

<b>FREIZEIT</b>	① sehr zu- frieden	② zu- frieden	③ eher zu- frieden	④ weder/ noch	⑤ eher unzu- frieden	⑥ unzu- frieden	⑦ sehr unzu- frieden
Mit der Länge meines Jahresurlaubs bin ich ...							
Mit der Länge meines Feierabends und meiner Wochenenden bin ich ...							
Mit dem Erholungswert meines Jahresurlaubs bin ich ...							
Mit dem Erholungswert meiner Feierabende und meiner Wochenenden bin ich ...							
Mit der Menge der Zeit, die ich für meine Hobbies zur Verfügung habe, bin ich ...							
Mit der Zeit, die ich den mir nahestehenden Personen widmen kann, bin ich ...							
Mit der Abwechslung in meiner Freizeit bin ich ...							

<b>EHE UND PARTNERSCHAFT</b> (Bitte nur ausfüllen, wenn Sie eine(n) feste(n) Partner(in) haben)	① sehr zu- frieden	② zu- frieden	③ eher zu- frieden	④ weder/ noch	⑤ eher unzu- frieden	⑥ unzu- frieden	⑦ sehr unzu- frieden
Mit den Anforderungen, die meine Ehe/Partnerschaft an mich stellt, bin ich ...							
Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich ...							
Mit der Ehrlichkeit und Offenheit meines/meiner (Ehe-) Partner(in) bin ich ...							
Mit dem Verständnis, das mir mein(e) (Ehe-) Partner(in) entgegenbringt, bin ich ...							
Mit der Zärtlichkeit und Zuwendung, die mir mein(e) (Ehe-) Partner(in) entgegenbringt, bin ich ...							
Mit der Geborgenheit, die mir mein(e) (Ehe-) Partner(in) gibt, bin ich ...							
Mit der Hilfsbereitschaft, die mir mein(e) (Ehe-) Partner entgegenbringt, bin ich ...							

<b>BEZIEHUNG ZU DEN EIGENEN KINDERN</b>	① sehr zu- frieden	② zu- frieden	③ eher zu- frieden	④ weder/ noch	⑤ eher unzu- frieden	⑥ unzu- frieden	⑦ sehr unzu- frieden
(Nur dann ausfüllen, wenn Sie eigene Kinder haben)							
Wenn ich daran denke, wie meine Kinder und ich miteinander auskommen, bin ich ...							
Wenn ich an das schulische und berufliche Fortkommen meiner Kinder denke, bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wieviel Freude ich mit meinen Kindern habe, bin ich ...							
Wenn ich an die Mühen und Kosten denke, die mich meine Kinder gekostet haben, bin ich ...							
Mit dem Einfluß, den ich auf meine Kinder habe, bin ich ...							
Mit der Anerkennung, die mir meine Kinder entgegenbringen, bin ich ...							
Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich ...							

<b>EIGENE PERSON</b>	① sehr zu- frieden	② zu- frieden	③ eher zu- frieden	④ weder/ noch	⑤ eher unzu- frieden	⑥ unzu- frieden	⑦ sehr unzu- frieden
Mit meinen Fähigkeiten und Fertigkeiten bin ich ...							
Mit der Art, wie ich mein Leben bisher gelebt habe, bin ich ...							
Mit meiner äußeren Erscheinung bin ich ...							
Mit meinem Selbstvertrauen und meiner Selbstsicherheit bin ich ...							
Mit meiner charakterlichen Eigenart / meinem Wesen bin ich ...							
Mit meiner Vitalität (d.h. Lebensfreude und Lebenskraft) bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie ich mit anderen Menschen auskomme, bin ich ...							

<b>SEXUALITÄT</b>	① sehr zu- frieden	② zu- frieden	③ eher zu- frieden	④ weder/ noch	⑤ eher unzu- frieden	⑥ unzu- frieden	⑦ sehr unzu- frieden
Mit meiner körperlichen Attraktivität bin ich ...							
Mit meiner sexuellen Leistungsfähigkeit bin ich ...							
Mit der Häufigkeit meiner sexuellen Kontakte bin ich ...							
Mit der Häufigkeit, mit der mein(e) (Ehe-) Partner(in) sich mir körperlich zuwendet (streichelt, berührt) bin ich ...							
Mit meinen sexuellen Reaktionen bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie unbefangen ich über den sexuellen Bereich sprechen kann, bin ich ...							
Wenn ich daran denke, inwiefern mein Partner und ich in der Sexualität harmonieren, bin ich ...							

<b>FREUNDE, BEKANNTE, VERWANDTE</b>	① sehr zu- frieden	② zu- frieden	③ eher zu- frieden	④ weder/ noch	⑤ eher unzu- frieden	⑥ unzu- frieden	⑦ sehr unzu- frieden
Wenn ich an meinen Freundes- und Bekanntenkreis denke, bin ich ...							
Mit dem Kontakt zu meinen Verwandten bin ich ...							
Mit dem Kontakt zu meinen Nachbarn bin ich ...							
Mit der Hilfe und Unterstützung durch Freunde und Bekannte bin ich ...							
Mit meinen Außen- und gemeinschaftlichen Aktivitäten (Verein, Kirche, etc.) bin ich ...							
Mit meinem gesellschaftlichen Engagement bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie oft ich unter die Leute komme, bin ich ...							

<b>WOHNUNG</b>	① sehr zu- frieden	② zu- frieden	③ eher zu- frieden	④ weder/ noch	⑤ eher unzu- frieden	⑥ unzu- frieden	⑦ sehr unzu- frieden
Mit der Größe meiner Wohnung bin ich ...							
Mit dem Zustand meiner Wohnung bin ich ...							
Mit den Ausgaben (Miete bzw. Abzahlung) für meine Wohnung bin ich ...							
Mit der Lage meiner Wohnung bin ich ...							
Mit der Anbindung mit Verkehrsmitteln bin ich ...							
Wenn ich an den Grad der Lärmbelästigung denke, bin ich mit meiner Wohnung ...							
Mit dem Standard meiner Wohnung bin ich ...							

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## Zusatzfragen

(1) Wurden die Fragebögen sorgfältig von Ihnen ausgefüllt?

- bestimmt       wahrscheinlich       nicht

(2) Beeinträchtigen die Ohnmachtsanfälle (z.B. durch Vermeidung von Situationen) Ihr alltägliches Leben?

- bestimmt       wahrscheinlich       nicht

(3) Finden Ihre Symptome Akzeptanz bei Ihrem Partner/ Umfeld?

- bestimmt       wahrscheinlich       nicht

(4) Wann und wo kam es zum ersten mal zu dieser Ohnmacht?

---

---

(5) Wann und wo traten weitere Ohnmachtsanfälle auf?

---

---

(6) Was halten Sie generell von seelischen Behandlungen? (Psychotherapie)

- nichts       ein wenig       wichtig       sehr wichtig

(7) Was halten Sie für sich persönlich (in Bezug auf Ihre Ohnmachtsanfälle) von einer seelischen Behandlung? (Psychotherapie)

- nichts       ein wenig       wichtig       sehr wichtig

Weil:

---

(8) Glauben Sie, dass es seelische Ursachen für Ihre Ohnmachtsanfälle gibt?

- ja       nein

Wenn ja, welche?

---

(9) Glauben Sie, dass es körperliche Ursachen für Ihre Ohnmachtsanfälle gibt?

- ja       nein

Wenn ja, welche?

---

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht  m  w Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum \_\_\_\_\_

Der vorliegende Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen zu gesundheitlichen (seelischen und körperlichen) Beschwerden und zu psychologischen Behandlungsformen. Unter einer psychologischen Behandlung wird ein Verfahren zur Heilung oder Linderung von seelischen Erkrankungen verstanden, das sowohl von einem Psychologen als auch von einem Arzt durchgeführt werden kann.

Um psychologische Verfahren sinnvoll einsetzen zu können, ist es wichtig, die Einstellung der Patienten gegenüber psychologischen Behandlungen zu berücksichtigen.

Der Fragebogen enthält Aussagen, bei denen Sie durch Ankreuzen angeben können, wie sehr diese mit Ihren eigenen Meinungen oder Erfahrungen übereinstimmen. Beantworten Sie bitte **jede** Aussage, soweit im Fragebogen keine anderen Hinweise enthalten sind, durch ankreuzen der entsprechenden Zahl.

Antworten Sie bitte so, wie es Ihrer Meinung oder Erfahrung entspricht. Der Fragebogen enthält keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Beispiel: Ich würde gern einmal wieder in die Ferien fahren.

- |   |   |                        |
|---|---|------------------------|
| 1 | = | stimmt uningeschränkt  |
| 2 | = | stimmt eingeschränkt   |
| 3 | = | unentschieden          |
| 4 | = | stimmt eher nicht      |
| 5 | = | stimmt überhaupt nicht |

Wenn Sie sich z.B. für die Antwortmöglichkeit 2 entschieden hätten, so würden Sie diese – wie oben geschehen – ankreuzen.

<p>stimmt uneingeschränkt stimmt eingeschränkt unentschieden stimmt eher nicht stimmt überhaupt nicht</p>	<p>stimmt uneingeschränkt stimmt eingeschränkt unentschieden stimmt eher nicht stimmt überhaupt nicht</p>	<p>stimmt uneingeschränkt stimmt eingeschränkt unentschieden stimmt eher nicht stimmt überhaupt nicht</p>
<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>1.</b> Meine Situation am Arbeitsplatz (bzw. der Verlust des Arbeitsplatzes) hat stark bei der Herausbildung meiner Beschwerden mitgewirkt.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>2.</b> Mal ordentlich ausspannen würde mir mehr helfen als jede psychologische Behandlung.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>3.</b> Ich habe mich in Zeitschriften, Büchern, dem Fernsehen oder dem Radio über eine psychologische Behandlung informiert.</p>
<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>4.</b> Meine Umwelt verhält sich gegenüber meinen Beschwerden eher verständnisvoll.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>5.</b> Ich habe Phasen, in denen mich meine Beschwerden wenig belasten.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>6.</b> Ich befürchte, daß mich die anderen für ‚verrückt‘ halten, wenn ich eine psychologische Behandlung aufsuche.</p>
<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>7.</b> Eine psychologische Behandlung kann eine wertvolle Erfahrung für die persönliche Weiterentwicklung sein.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>8.</b> Einer oder mehrere von meinen Bekannten, hat/haben mit einer psychologischen Behandlung insgesamt gute Erfahrungen gemacht. <small>(Wenn bislang niemand aus Ihrem Bekanntenkreis an einer psychologischen Behandlung teilgenommen hat, brauchen Sie diese Aussage nicht zu beantworten.)</small></p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>9.</b> Letztlich haben meine Beschwerden doch eine körperliche Ursache.</p>
<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>10.</b> Seelische Probleme können auch ernsthafte körperliche Beschwerden auslösen.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>11.</b> Mein(e) Arzt (Ärzte) hat/haben sich bemüht, mich zur Aufnahme einer psychologischen Behandlung zu bewegen.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>12.</b> Meine familiären Schwierigkeiten haben die Entwicklung meiner Beschwerden stark gefördert.</p>
<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>13.</b> In einer psychologischen Behandlung wird versucht, über persönliche Erfahrungen eine Besserung des körperlichen und seelischen Allgemeinzustandes zu erreichen.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>14.</b> Ich würde mir viel von einer psychologischen Behandlung erhoffen.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>15.</b> Hinsichtlich meiner Beschwerden bin ich eher optimistisch.</p>
<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>16.</b> Ich glaube, daß die meisten anderen Menschen, die an einer psychologischen Behandlung teilnehmen, viel größere Probleme haben als ich.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>17.</b> Meine seelischen Probleme haben die körperlichen Beschwerden stark beeinflusst.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p><b>18.</b> Eine psychologische Behandlung kann mir eventuell bei der Bewältigung meiner körperlichen Beschwerden helfen.</p>

<p>stimmt uneingeschränkt stimmt eingeschränkt unentschieden stimmt eher nicht stimmt überhaupt nicht</p>	<p>stimmt uneingeschränkt stimmt eingeschränkt unentschieden stimmt eher nicht stimmt überhaupt nicht</p>	<p>stimmt uneingeschränkt stimmt eingeschränkt unentschieden stimmt eher nicht stimmt überhaupt nicht</p>
<p>1 2 3 4 5</p> <p>19. Manche Leute denken, daß ich gar nicht richtig krank bin.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>20. Ich habe gründliche Informationen über eine psychologische Behandlung von Fachleuten erhalten (z.B. Arzt, Psychologe usw.).</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>21. Meine Beschwerden behindern mich im Alltag stark.</p>
<p>1 2 3 4 5</p> <p>22. Ich habe in der vergangenen Zeit mit dem Gedanken gespielt, eine psychologische Behandlung aufzusuchen.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>23. Nur eine geeignete medizinische Behandlung kann meine Beschwerden mindern oder heilen.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>24. Eine psychologische Behandlung kann einen Menschen dazu in die Lage versetzen, besser mit sich selbst und seiner Umwelt klar zu kommen.</p>
<p>1 2 3 4 5</p> <p>25. Ich kann noch vieles lernen, was mir helfen wird, meine Krankheit zu bewältigen.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>26. Eine Lösung meiner persönlichen Probleme könnte mir mehr helfen als Medikamente.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>27. Ich kann aktiv etwas dazu tun, daß sich meine Beschwerden bessern.</p>
<p>1 2 3 4 5</p> <p>28. Wenn ich an einer psychologischen Behandlung teilnehme, sollte dies möglichst niemand aus meinem Bekanntenkreis erfahren.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>29. Wegen meiner Beschwerden verhält sich meine Familie mir gegenüber rücksichtsvoll.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>30. Persönliche Probleme und körperliche Beschwerden haben meiner Meinung nach nichts miteinander zu tun.</p>
<p>1 2 3 4 5</p> <p>31. Mit meinen Beschwerden bin ich bei einem Arzt besser aufgehoben als bei einem Psychotherapeuten/Psychologen.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>32. Meine bisherigen Lebensgewohnheiten haben entscheidend zu meinen Beschwerden beigetragen.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>33. Ich glaube kaum, daß mir eine psychologische Behandlung helfen kann.</p>
<p>1 2 3 4 5</p> <p>34. Meine Beschwerden sind auch nicht stärker als die Probleme der meisten anderen Menschen.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>35. Ich fühle mich, seitdem die Beschwerden zum erstenmal nachhaltig aufgetreten sind, eigentlich ständig niedergedrückt.</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>36. Ein wirksames Medikament oder eine erfolgreiche Operation wären mir lieber als eine psychologische Behandlung.</p>

<p style="text-align: center;">stimmt uneingeschränkt stimmt eingeschränkt unentschieden stimmt eher nicht stimmt überhaupt nicht</p>	<p style="text-align: center;">stimmt uneingeschränkt stimmt eingeschränkt unentschieden stimmt eher nicht stimmt überhaupt nicht</p>	<p style="text-align: center;">stimmt uneingeschränkt stimmt eingeschränkt unentschieden stimmt eher nicht stimmt überhaupt nicht</p>
<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> <p><b>37.</b> Mit Hilfe einer psychologischen Behandlung kann ich lernen, auch meine körperlichen Beschwerden besser zu verstehen.</p>	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> <p><b>38.</b> Ich erlebe mich als sehr gefährdet.</p>	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> <p><b>39.</b> Vor dem Auftreten meiner Beschwerden war ich ein anderer Mensch.</p>
<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> <p><b>40.</b> Ich befürchte, dem Psychotherapeuten/Psychologen weitgehend ausgeliefert zu sein.</p>	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> <p><b>41.</b> Ich werde mich selber intensiv um die Teilnahme an einer psychologischen Behandlung bemühen (oder habe mich bemüht).</p>	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> <p><b>42.</b> Ich habe mit einer psychologischen Behandlung (z.B. autogenes Training, Selbsterfahrungsgruppe, Einzelbehandlung usw.) bereits gute Erfahrungen gemacht. <small>(Wenn Sie bislang nicht an einer psychologischen Behandlung teilgenommen haben, brauchen Sie diese Aussage nicht zu beantworten.)</small></p>
<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> <p><b>43.</b> Trotz meiner Beschwerden bin ich ganz zufrieden.</p>	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> <p><b>44.</b> Eine psychologische Behandlung erscheint mir zu aufwendig und anstrengend.</p>	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> <p><b>45.</b> Ich hoffe, daß sich auch meine körperlichen Beschwerden nach einer psychologischen Behandlung bessern werden.</p>
<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> <p><b>46.</b> Der ganze familiäre und berufliche Streß hat erheblich an der Herausbildung meiner Beschwerden mitgewirkt.</p>	<p>Bitte beantworten Sie noch eine letzte Frage.</p> <p><b>47.</b> Wenn Sie die Ziele, die Ihnen gegenwärtig am wichtigsten sind, der Bedeutung nach ordnen würden, an welcher Stelle würde Ihr Wunsch nach einer psychologischen Behandlung stehen?</p> <p style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 20px;">1</span> <span style="margin-right: 20px;">2</span> <span style="margin-right: 20px;">3</span> <span style="margin-right: 20px;">4</span> <span>5</span>  an erster Stelle <span style="margin-left: 200px;"></span> an letzter Stelle </p>	

Bei den folgenden Feststellungen geht es darum, was für Gedanken Sie sich schon über eine eventuelle Behandlung Ihrer Erkrankung gemacht haben. Es ist für uns wichtig zu wissen, wie Ihnen Ihrer Meinung nach am besten geholfen werden kann. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Ihnen nach Ihrer persönlichen Ansicht mit den genannten Behandlungsmöglichkeiten geholfen werden könnte. Die Antwortmöglichkeiten sind zur Vereinfachung bereits vorgegeben, sie lauten:

bestimmt      wahrscheinlich      nicht

Machen Sie bitte in jeder Zeile ein Kreuz. Wenn eines der genannten Probleme nicht auf Sie zutrifft, kreuzen Sie bitte das "nicht" an.

Man könnte mir helfen, wenn man . . .	be- stimmt	wahr- schein- lich	nicht
.. mir vorschlägt, mich mehr zu schonen.			
.. mir zu einer Verbesserung meiner beruflichen Situation verhilft.			
.. versucht, mich und meine Krankheit richtig zu verstehen.			
.. für mich einen straffen Behandlungsplan ausarbeitet, nach dem ich mich genau richten kann.			
.. die eigentliche körperliche Ursache herausfindet.			
.. mir rät, einiges an meiner Lebensweise zu ändern (z.B. Eßgewohnheiten, mehr Schlaf, mehr Bewegung).			
.. mir hilft, meine Gleichgültigkeit oder Lustlosigkeit zu überwinden.			
.. mich arbeitsunfähig schreibt.			
.. mir hilft, meine Hemmungen zu verringern.			
.. dafür sorgt, daß ich mich in einem längeren Kur-aufenthalt erholen kann.			
.. mich über den Zusammenhang zwischen seelischen Problemen und meinen Beschwerden aufklärt.			
.. darauf achtet, daß ich meine Medikamente regelmäßig einnehme.			
.. mir hilft, Schwierigkeiten mit einem (oder mehreren) Partner(n) zu überwinden.			
.. mir hilft, mehr Selbstvertrauen zu gewinnen.			
.. eine Möglichkeit findet, meine familiäre Situation erträglicher zu gestalten.			
.. dafür sorgt, daß ich bald Rente bekomme.			
.. mir hilft, Einsamkeitsgefühle zu überwinden.			
.. mit mir gemeinsam in Gesprächen meine Schwierigkeiten zu klären versucht.			
.. mir hilft, die Menschen meiner Umgebung verständnisvoller zu machen.			
.. mir ein gutes Medikament verordnet.			
.. mir zeigt, wie ich mit meinen Beschwerden und Sorgen des Alltags besser fertigwerden kann.			
.. mir hilft, Ängste abzubauen, die ich in bestimmten Situationen habe.			
.. mir zeigt, wie ich gelassener an schwierige Aufgaben herangehen kann.			
.. mir sagt, was ich im täglichen Leben falsch und was ich richtig mache			

Codenummer / Name: .....

Geschlecht:  männlich  weiblich

Bildungsstand:  Haupt-/Realschule  Abitur  abgeschl. Studium  unbekannt

Alter: .....

Datum: .....

SCL-  
90-R

### Anleitung

Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten sieben Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

**Bitte beantworten Sie jede Frage!**

### Beispiel:

Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen?

Stärke Ihrer Zustimmung:

überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark  
0 1 2 3 4

Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen **4** = „sehr stark“ an.

Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

### Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark

- |   |           |
|---|-----------|
| 1. Kopfschmerzen  | 0 1 2 3 4 |
| 2. Nervosität oder innerem Zittern  | 0 1 2 3 4 |
| 3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen | 0 1 2 3 4 |
| 4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen  | 0 1 2 3 4 |
| 5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität  | 0 1 2 3 4 |
| 6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen   | 0 1 2 3 4 |
| 7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat   | 0 1 2 3 4 |
| 8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind                                      | 0 1 2 3 4 |
| 9. Gedächtnisschwierigkeiten  | 0 1 2 3 4 |
| 10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit   | 0 1 2 3 4 |
| 11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein  | 0 1 2 3 4 |
| 12. Herz- und Brustschmerzen  | 0 1 2 3 4 |
| 13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße  | 0 1 2 3 4 |
| 14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken  | 0 1 2 3 4 |
| 15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen  | 0 1 2 3 4 |
| 16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört  | 0 1 2 3 4 |
| 17. Zittern   | 0 1 2 3 4 |
| 18. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann  | 0 1 2 3 4 |
| 19. schlechtem Appetit  | 0 1 2 3 4 |
| 20. Neigung zum Weinen  | 0 1 2 3 4 |

### Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark

- |  |           |
|--|-----------|
| 21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht                | 0 1 2 3 4 |
| 22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden                                       | 0 1 2 3 4 |
| 23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund   | 0 1 2 3 4 |
| 24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren                                  | 0 1 2 3 4 |
| 25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen                                     | 0 1 2 3 4 |
| 26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge   | 0 1 2 3 4 |
| 27. Kreuzschmerzen   | 0 1 2 3 4 |
| 28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen                                 | 0 1 2 3 4 |
| 29. Einsamkeitsgefühlen  | 0 1 2 3 4 |
| 30. Schwermut  | 0 1 2 3 4 |
| 31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen                                      | 0 1 2 3 4 |
| 32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren   | 0 1 2 3 4 |
| 33. Furchtsamkeit  | 0 1 2 3 4 |
| 34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen   | 0 1 2 3 4 |
| 35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen                        | 0 1 2 3 4 |
| 36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind                      | 0 1 2 3 4 |
| 37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können               | 0 1 2 3 4 |
| 38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist | 0 1 2 3 4 |
| 39. Herzklopfen oder Herzjagen   | 0 1 2 3 4 |
| 40. Übelkeit oder Magenverstimmung   | 0 1 2 3 4 |

## Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

überhaupt nicht  
ein wenig  
ziemlich  
stark  
sehr stark

- |   |           |
|---|-----------|
| 41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen   | 0 1 2 3 4 |
| 42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)  | 0 1 2 3 4 |
| 43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden   | 0 1 2 3 4 |
| 44. Einschlafschwierigkeiten  | 0 1 2 3 4 |
| 45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun   | 0 1 2 3 4 |
| 46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden  | 0 1 2 3 4 |
| 47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug   | 0 1 2 3 4 |
| 48. Schwierigkeiten beim Atmen  | 0 1 2 3 4 |
| 49. Hitzewallungen und Kälteschauern  | 0 1 2 3 4 |
| 50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden | 0 1 2 3 4 |
| 51. Leere im Kopf   | 0 1 2 3 4 |
| 52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen  | 0 1 2 3 4 |
| 53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben   | 0 1 2 3 4 |
| 54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft  | 0 1 2 3 4 |
| 55. Konzentrationsschwierigkeiten   | 0 1 2 3 4 |
| 56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen  | 0 1 2 3 4 |
| 57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein   | 0 1 2 3 4 |
| 58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen  | 0 1 2 3 4 |
| 59. Gedanken an den Tod und ans Sterben   | 0 1 2 3 4 |
| 60. dem Drang, sich zu überessen  | 0 1 2 3 4 |
| 61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden                                   | 0 1 2 3 4 |
| 62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind  | 0 1 2 3 4 |
| 63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen                                    | 0 1 2 3 4 |
| 64. frühem Erwachen am Morgen   | 0 1 2 3 4 |
| 65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen                                  | 0 1 2 3 4 |

## Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

überhaupt nicht  
ein wenig  
ziemlich  
stark  
sehr stark

- |  |           |
|--|-----------|
| 66. unruhigem oder gestörtem Schlaf  | 0 1 2 3 4 |
| 67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern                           | 0 1 2 3 4 |
| 68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen                     | 0 1 2 3 4 |
| 69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen                                     | 0 1 2 3 4 |
| 70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino              | 0 1 2 3 4 |
| 71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist                                   | 0 1 2 3 4 |
| 72. Schreck- und Panikanfällen   | 0 1 2 3 4 |
| 73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit                        | 0 1 2 3 4 |
| 74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten | 0 1 2 3 4 |
| 75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden                                   | 0 1 2 3 4 |
| 76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere                           | 0 1 2 3 4 |
| 77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind                      | 0 1 2 3 4 |
| 78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können                     | 0 1 2 3 4 |
| 79. dem Gefühl, wertlos zu sein  | 0 1 2 3 4 |
| 80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird                           | 0 1 2 3 4 |
| 81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen                | 0 1 2 3 4 |
| 82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen                        | 0 1 2 3 4 |
| 83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden           | 0 1 2 3 4 |
| 84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind                  | 0 1 2 3 4 |
| 85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten                  | 0 1 2 3 4 |
| 86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen                                 | 0 1 2 3 4 |
| 87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist        | 0 1 2 3 4 |
| 88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können   | 0 1 2 3 4 |
| 89. Schuldgefühlen   | 0 1 2 3 4 |
| 90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist         | 0 1 2 3 4 |