

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

## HYSTERIE

### Hysterische Neurose – Histrionische Persönlichkeitsstörung – Dissoziative Störungen – Konversionsstörungen - Konversionshysterie

*Hysterie* – kaum ein Begriff aus dem Gebiet der Psychiatrie und Medizinischen Psychologie löst so viele unterschiedliche Ansichten, kontroverse Diskussionen und auch falsche Vorstellungen aus wie dieser. Doch Menschen mit einer hysterischen Persönlichkeitsstruktur wirken zwar auf den ersten Blick weniger leidend, mehr aufsehen-erregend, doch wohl fühlen sie sich nicht, im Gegenteil. Es sind nicht so sehr die spektakulären Krankheitszeichen, die sie quälen. Es sind mehr die mittel- bis langfristig drohenden psychosozialen Folgen in Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, am Arbeitsplatz usw., die auf Dauer ein solches Leben belasten, beeinträchtigen, ja zerstören können.

Deshalb nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht, wie sich ein solches Leidenbild im Alltag darstellen kann und wie es von den ton-angebenden Institutionen ICD-10 und DSM-IV interpretiert werden will.

#### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Hysterie – hysterische Neurose – Dissoziative Störung – Konversionsstörung – Konversionshysterie – Dissoziative Amnesie – Dissoziative Fugue – Dissoziativer Stupor – Trance-Zustände – Besessenheits-Zustände – Dissoziative Störungen der Bewegung – Dissoziative Krampfanfälle – Dissoziative Sensibilitätsstörungen – Dissoziative Empfindungsstörungen – Ganser-Syndrom – Multiple Persönlichkeitsstörung – hysterische Lähmung – hysterische Blindheit – hysterische Taubheit – hysterische Stimmlähmung – hysterische Schwächeanfälle – hysterische Bewegungsstörungen – Somatisierungsstörung – somatoforme Störungen – Hysterie-Definition – Hysterie-Häufigkeit – Epidemiologie der Hysterie – Geschlechtsverteilung der Hysterie – Hysterie früher – Hysterie heute – hysterische Persönlichkeitsstruktur – Hysterie und Sexualität – Hysterie und Erziehung – Hysterie und Eltern – Hysterie und psychosoziale Folgen –

Hysterie-Beschwerdebild – Hysterie und Umfeld – Hysterie und Umfeld-Reaktionen – hysterische Wesensart – hysterische Neurosenstruktur – hysterische „Vorteile“ – histrionische Persönlichkeitsstörung – histrionisches Beschwerdebild – Psychodynamik der histrionischen Persönlichkeitsstörung – Diagnose der histrionischen Persönlichkeitsstörung – Klassifikation der histrionischen Persönlichkeitsstörung – Differentialdiagnose der histrionischen Persönlichkeitsstörung – Ko-Morbidität bei histrionischer Persönlichkeitsstörung – Häufigkeit histrionischer Persönlichkeitsstörungen – Ursachen der histrionischen Persönlichkeitsstörung – psychodynamische Theorien der histrionischen Persönlichkeitsstörung – Störungs-Modelle der histrionischen Persönlichkeitsstörung – Krankheitsgewinn durch histrionische Persönlichkeitsstörung – Therapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung: Psychoanalyse, kognitive Therapie, Verhaltenstherapie, Psychopharmakotherapie u. a.

Was **Hysterie** heißt („hysterisch“), wissen die meisten, allerdings nur in seiner negativ wertenden Bedeutung. In Wirklichkeit handelt es sich um ein konkretes und durchaus belastendes Krankheits- bzw. Leidensbild. Es hat jedoch in den letzten Jahren einen Bedeutungswandel, ja sogar Begriffswandel erfahren.

## **Geschichte und Begriffswandel**

Zu *Geschichte* und *Begriffswandel* siehe das eigene Kapitel über die geschichtlichen Aspekte der Hysterie von der Antike bis heute in dieser Serie.

Die wichtigste Neuerung betrifft den Begriff: So soll der Terminus *hysterisch* wegen seiner inzwischen fachlich wie populär-medizinisch eher abwertenden Bedeutung ersetzt werden. Dabei bieten sich derzeit vor allem zwei Begriffssysteme bzw. Klassifikationen der dahinter stehenden Institutionen an:

Zum einen die

- *Histrionische Persönlichkeitsstörung* des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störung (DSM-IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA). Histrionisch kommt vom lateinischen: *histrion* = Schauspieler, Gaukler, also ein aufsehen-erregendes, theatralisches Auftreten provozierend. Zum anderen
- *die dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen)* mit unterschiedlichen Leidensschwerpunkten: z. B. Amnesie = Erinnerungslosigkeit, Stupor = seelisch-körperliche Erstarrung, Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindungen, Pseudo-Krampfanfälle usw. So will heute die Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Hysterie beschrieben haben.

*Dissoziation* heißt so viel wie Trennung oder eine Art krankhafte Entwicklung, in deren Verlauf zusammengehörige Denk-, Handlungs- oder Verhaltensabläufe zerfallen und damit der willentlichen Kontrolle des Betroffenen entzogen werden.

*Konversion* kommt vom lateinischen: *convertere* = wenden, umdrehen. Bei einer Konversionsstörung werden also gleichsam unverarbeitete innerseelische Probleme in äußerlich erkennbare Funktionsstörungen umgesetzt.

### **Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) nach ICD-10<sup>†</sup>**

- *Dissoziative Amnesie*: Erinnerungsverlust für aktuelle traumatisierende (seelisch verletzende) oder belastende Ereignisse.
- *Dissoziative Fugue*: zielgerichtete Ortsveränderung über den alltäglichen Aktionsbereich hinaus mit Erinnerungsverlust, aber sonst weitgehend normalem Verhalten (Essen, Waschen, Einkaufen usw.).
- *Dissoziativer Stupor*: seelisch-körperliche Blockierung nach vorausgegangenem belastendem Ereignis oder entsprechenden Problemen.
- *Trance- und Besessenheitszustände*: zeitweiliger Verlust der persönlichen Identität und Umgebungswahrnehmung (jedoch nicht durch eine schizophrene oder ähnliche Psychose (Geisteskrankheit), nicht durch eine körperliche Krankheit (Schläfenlappen-Epilepsie) oder Kopfverletzung, nicht durch eine Vergiftung u.a. ausgelöst).
- *Dissoziative Störungen der Bewegung*: teilweiser oder vollständiger Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile mit entsprechenden Folgen (z. B. Bewegungsunfähigkeit, bizarrer Gang, übertriebenes Zittern oder Schütteln). Dasselbe gilt auch für Stimmlosigkeit (unfähig zu sprechen oder gar nur bestimmte Töne von sich zu geben).
- *Dissoziative Krampfanfälle*: sogenannte Pseudo-Anfälle (die also nicht auf eine organische Ursache wie bei der Epilepsie zurückgehen).
- *Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen*: Veränderung oder Verlust von Sinnesempfindungen, vor allem Tasten und Sehen, weniger oft Hören, Riechen und Schmecken. Mitunter auch von Missempfindungen begleitet.
- *Weitere dissoziative Störungen*: Ganser-Syndrom, multiple Persönlichkeitsstörung u.a. (siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie).

<sup>†</sup> Internationale Klassifikationen psychischer Störung – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

- Schließlich finden sich bestimmte Schwerpunkte nach Beschwerdebild, Ursache und Verlauf auch in Klassifikationen der *Somatoformen Störungen*, insbesondere der *Somatisierungsstörung*. Einzelheiten dazu siehe wiederum die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Nachfolgend die Schilderung dieses Phänomens „Hysterie“ einst und heute mit Betonung auf den äußerlich nachvollziehbaren Aspekten, wobei die modernen Definitionen und Klassifikationen nur gestreift werden.

### **Definition der Hysterie**

Zwar gibt es keine einheitliche Definition, doch wurde eine Hysterie früher wie folgt definiert, was auch heute noch - zumindest in der Allgemeinheit - eine gewisse Gültigkeit hat. So ist bzw. war die Hysterie eine früher so genannte

neurotische Störung, die

- entweder durch ein vielfältiges körperliches Beschwerdebild ohne organische Grundlage charakterisiert ist: z. B. Gehstörung, Bewegungsturm, „Schwäche“, Arm- oder Beinlähmung, Gefühlsstörung, Ausfall der Sinnesorgane wie Stimmlähmung, Blindheit, Taubheit u. a. und/oder
- typisch für eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur: ichbezogen, geltungsbedürftig, kindlich, unreif usw.

### **Epidemiologische Aspekte**

Häufigkeit und Schwerpunkt hysterischer Krankheitszeichen werden durch Geschlecht und Alter, vor allem durch die jeweilige kulturelle Ausgangslage mitgeformt. In jenen Ländern, in denen der Gemütsbereich und insbesondere die Sexualität (die bei der Hysterie eine entscheidende Rolle spielt - s. u.) integriert und als normales zwischenmenschliches Geschehen weitgehend akzeptiert sind, lassen sich hysterische Symptombildungen nur noch selten beobachten. Dies gilt insbesondere für die westlichen Nationen. Dafür ist sie z. B. in Indien und Osteuropa immer noch relativ oft anzutreffen, vor allem bei einfach strukturierten Persönlichkeiten.

Dennoch spricht man auch im Westen von 2 bis 3% der Bevölkerung, bei jedoch hoher Dunkelziffer und vor allem modifiziertem Beschwerdebild (siehe später: DSM-IV).

Die *Geschlechtsverteilung* wird inzwischen als weitgehend ausgeglichen bezeichnet; doch fallen Frauen offenbar mehr auf, während man Männern bestimmte Verhaltensweisen mitunter eher nachsieht (z. B. hysterische Persön-

lichkeit mit entsprechendem Auftreten in Gesellschaft, d. h. Kultur, Politik, Sport u. a.).

## DIE HSYSTERIE EINST UND HEUTE

### Psychologische Aspekte und psychosoziale Folgen

Zur **hysterischen Persönlichkeitsstruktur** gehören nach wie vor z. B. narzisstische (übersteigertes Bedürfnis nach Bewunderung), egozentrische (ich-bezogene) und geltungsbedürftige Einstellungen mit überzogener Selbstdarstellung und einem infantilen (kindlichen) Bedürfnis nach ständiger Anerkennung. Vor allem sind Hysteriker kaum in der Lage, sexuelle Wünsche so zu integrieren, dass sie für beide Seiten halbwegs befriedigend ausfallen. Deshalb sind hysterische Menschen oftmals auch unfähig zu einer reifen Sexualbeziehung und Befriedigung.

Außerdem neigen sie in ungewöhnlicher Form dazu, ihre zwischenmenschlichen, beruflichen und gesellschaftlichen Konflikte zu verdrängen, ja völlig vom Bewusstsein abzuspalten. Ein Mensch mit hysterischer Persönlichkeitsstruktur sieht sich also aufgrund seiner Wesensart kaum in der Lage, die wahren Hintergründe seiner psychosozialen Konflikte zu erkennen und vor allem anzuerkennen. Und damit sind einer Behandlung, insbesondere psychotherapeutischen Bemühungen oft enge Grenzen gesetzt.

Die *Ursachen* sollen nach psychoanalytischer Auffassung in einer einseitigen Fixierung auf den gegengeschlechtlichen Elternteil und in unbewussten Phantasien sexueller Verführung liegen. Einzelheiten siehe auch der historische Beitrag zur Hysterie in dieser Serie.

Auch würden nach diesen Theorien hysterische Frauen ihre eigene Geschlechtsrolle als demütigend ablehnen, hysterische Männer damit ihre männliche Potenz untermauern wollen. Tatsächlich spielt bei nicht wenigen hysterischen Symptomen, z. B. bei hysterischen Anfällen und Beschwerden einerseits, die erwähnte sexuelle Komponente eine wichtige Rolle (besonders ausgeprägt im sogenannten „arc de cercle“ = kreisbogenförmige Vorbeugung des Körpers mit rhythmischen (koitalen) Bewegungen des Beckens); und andererseits ein vermehrtes Strafbedürfnis.

Das sind aber nur einige wenige Überlegungen. Gerade über die Hysterie gibt es zahlreiche - dabei fachlich oft kontrovers diskutierte - Hypothesen zur Psychodynamik der Entstehung (z. B. frühere seelische Verwundungen wie sexuelle Übergriffe u. a.), des Verlaufs und der schwierigen Therapiefähigkeit.

(Anmerkungen: Unter Psychodynamik versteht man psychoanalytisch gesehen den Zusammenhang zwischen inneren, lebensgeschichtlich gewachsenen Be-

dürfnissen und Gefühlen, zumeist unbewusst, und äußeren Ereignissen, die das seelische Gleichgewicht labilisieren können. Ein also nicht-bewusstes, inner-seelisches Kräftespiel im Hintergrund des bewussten Erlebens und Verhaltens.)

## **Psychosoziale Folgen der Hysterie**

So nimmt es nicht Wunder, dass sich aus dieser Wesensart zahlreiche Probleme im Alltag von Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Arbeitsplatz u. a. ergeben.

Am meisten beklagt wird die mangelnde emotionale (gemütsmäßige) Tiefe im zwischenmenschlichen und vor allem sexuellen Bereich. Negativ vermerkt wird auch die Neigung zu Extrem-Positionen, z. B. entweder „Opfer“ oder „Prinzessin“ bzw. „Macho“. Auf der einen Seite wird gerne versucht, durch emotionale Manipulationen oder Verführungen die anderen zu kontrollieren, auf der anderen Seite fühlen sie sich „schrecklich abhängig“, was auch deutlich zur Schau und „in Rechnung“ gestellt wird.

Gleichgeschlechtliche Freunde, Bekannte oder Arbeitskollegen gehen deshalb rasch auf Distanz, da sie sich in ihrer eigenen Position provoziert, wenn nicht gar bedroht sehen (z. B. berufliche Stellung, eigene Partnerschaft).

Außerdem ermüdet diese ständig vorgetragene Erwartungshaltung nach überzogener Aufmerksamkeit und vor allem die Degradierung des Umfelds zur Bühne bzw. zum staunenden Publikum sehr rasch. Wenn die Betroffenen aber keinen Erfolg mehr registrieren, reagieren sie schnell gekränkt, deprimiert, wenn nicht gar reizbar bis aggressiv. Auch das belastet („Umfeld zum ständigen Applaus verdammt“).

Andererseits sind Menschen mit einer hysterischen Persönlichkeitsstruktur ständig auf der Suche nach Neuigkeiten und Aufregung, auf jeden Fall nach Stimulation. Alltägliches wird rasch langweilig. Zwischenmenschlich sind sie meist intolerant, auf jeden Fall aber schnell frustriert, wenn sie sich nicht sofort bestätigt fühlen. Ihr Handeln ist gleichsam auf unmittelbare Befriedigung programmiert. Neue Aufgaben oder Projekte können sie mit großem Enthusiasmus (Begeisterung) beginnen, doch kann das Interesse schnell erlahmen. Länger bestehende Freundschaften werden oft vernachlässigt, um Platz zu schaffen für neue Beziehungen.

Zu den besonders belastenden, weil aufmerksamkeits-erheischenden und natürlich nicht ungefährlichen Reaktionen gehören auch Selbsttötungs-Androhungen oder gar suizidale Handlungen.

Auch sind hysterische Reaktionen im Allgemeinen bzw. histrionische Persönlichkeitsstörungen im Speziellen (s. u.) nicht selten kombiniert mit depressiven Verstimmungen, Angststörungen, Somatisierungsstörungen (auch als funktio-

nelle oder Befindlichkeitsstörungen bezeichnet - siehe das entsprechende Kapitel), vor allem aber Konversionsstörungen. Das sind die oben erwähnten seelisch bedingten „Schwächeanfälle“ oder Lähmungen, Empfindungsstörungen, Stimmlähmungen, Blindheit, Taubheit u. a. Dasselbe gilt für das Borderline-Syndrom (siehe dieses) oder die narzisstischen (übertriebenes Bedürfnis nach Bewunderung), antisozialen und seelisch von anderen krankhaft abhängigen Persönlichkeitsstörungen.

Kurz: Die Hysterie findet sich oft kombiniert mit weiteren Leidensbildern bzw. Diagnosen. Einzelheiten dazu siehe unten sowie die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

**Kurzfassung** einer hysterischen Neurosenstruktur (alte Klassifikation) bzw. Histrionischen Persönlichkeitsstörung (neue Klassifikation nach DSM-IV):

Mittelpunktlos, haltlos, ohne innere Orientierung, von äußeren Einflüssen bestimmbar, ohne Kontinuität, stets neue Anfänge suchend (Beruf, zwischenmenschlich). Können sich nicht festlegen, sind durch wunschhaftes Denken bestimmt, lernen nicht, sondern probieren immer neu aus. Ausgesprochenes Geltungsbedürfnis. Lebensführung voller Sprünge, planlos, chaotisch. Tagträumereien. Neigung zu Rivalität mit anderen. Infantile (kindliche) Note in Gebaren, Haltung, Kleidung und Lebensführung. Krankhafte Selbstbezogenheit und Bewunderungsgier.

*Positive Seiten:* eindrucksvolle Selbst- und Fremddarstellung (Schauspieler), unterhaltsam, kurzweilig (aber anstrengend).

## **DIE HISTRIONISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG**

Nachfolgend nun eine zuerst alltags-nähere Beschreibung der Hysterie unter der nun geltenden Bezeichnung histrionische Persönlichkeitsstörung und anschließend Diagnose und Klassifikation von ICD-10 und DSM-IV-TR. Im Einzelnen:

### **Das Leidensbild der histrionischen Persönlichkeitsstörung**

Hauptmerkmal einer hysterischen oder jetzt histrionischen Persönlichkeitsstörung ist eine tiefgreifende und übertriebene Emotionalität (Gemütseinstellung) und ein übermäßiges Streben nach Aufmerksamkeit. Die Betroffenen fühlen sich rasch nicht gebührend beachtet oder gar unwohl, wenn sie nicht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen. Im Einzelnen in Stichworten:

- Neigung zu theatralischem Verhalten bis zu demonstrativen oder gar dramatischen Auftritten, um die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, Sympathie zu

erzwingen oder Bewunderung zu erzeugen. Bezaubern anfangs durch ihren Enthusiasmus (Begeisterungsfähigkeit bis zur Schwärmerei), durch ihre scheinbare Offenheit und vor allem Koketterie (eitel-selbstgefällig, Gefallsucht, auf Aufmerksamkeit aus); schlüpfen gerne in die Rolle eines Entertainers oder gar einer „Stimmungskanone“.

Wenn sie die Aufmerksamkeit zu verlieren drohen, können sie Zuflucht zu melodramatischen Reaktionen nehmen: Geschichten erfinden, eine Szene machen, „großer Auftritt“. Manche flüchten sich auch bei Enttäuschung in unrealistisch-romantische Phantasien.

- Bei Vorgesetzten, Persönlichkeiten oder dem Arzt schmeicheln sie sich gerne mit Geschenken ein oder ziehen die Aufmerksamkeit mit dramatischen Beschreibungen ihrer seelischen oder körperlichen Beschwerden auf sich.
- Häufige Stimmungsschwankungen (Fachbegriff: emotionale Labilität), charakterisiert durch (plötzliche) Ausbrüche von Lachen oder Weinen, hervorgerufen durch meist inadäquate Anlässe. Vorwurf der Allgemeinheit: Launenhaftigkeit. Tatsächlich häufig wechselnde und meist kurzlebige oberflächliche Affekte (Gemütsregungen).
- Ungewöhnliche Übererregbarkeit, d. h. ausgeprägte Bereitschaft, auf äußeren Veränderungen hin überschießend zu reagieren.
- Neigung zur Abhängigkeit, d. h. sich in infantiler (kindlicher bzw. „kindischer“) Weise von anderen abhängig machen. Dabei jedoch den eigenen Anspruch auf Aktivität, Initiative bis hin zu eigensinnigen Forderungen keinesfalls abzutreten (wie dies bei passiv Abhängigen der Fall ist, die sich einfach „ausliefern“).
- Egozentrisches Verhalten, also die Neigung, zu allererst, aber auch fortlaufend eigene Wünsche zu befriedigen (und das zusammen mit dem unersättlichen Bedürfnis auch noch „anerkannt“ oder gar „geliebt“ zu werden).
- Auftreten und Verhalten in sexueller Hinsicht oft unangepasst bis provozierend oder gar gezielt verführerisch (auch wenn es oftmals plump wirkt). Dies betrifft nicht nur Personen, an denen Hysteriker ein sexuelles oder zumindest gefühlsmäßiges Interesse haben, sondern auch andere zwischenmenschliche, soziale oder berufliche Beziehungen. Dabei fallen nicht nur die Unangemessenheit dieses Verhaltens, sondern auch die oberflächliche und rasch wechselnde GemütsEinstellung auf. Die Experten nennen dies eine „Durch-Sexualisierung“ jeder Aktivität, die jedoch keine erotische Liebe oder orgastische Erfahrungen herbeiführen sollen, sondern nur dem Ziel dienen, von anderen gemocht und bewundert zu werden.
- Zur Aufmerksamkeits-Zentrierung auf die eigene Person wird konsequent die eigene Erscheinung eingesetzt, d. h. man versucht unaufhaltsam durch

entsprechendes Auftreten zu beeindrucken. Das kostet viel Zeit, Geld und Energie für Kleidung, Körperpflege, Schmuck und exquisite Besonderheiten.

- Komplimente werden schnell und fast unersättlich aufgegriffen, kritische Bemerkungen hingegen genauso rasch verdrossen, verärgert, gereizt oder aggressiv zurückgewiesen.
- Der Sprachstil ist übertrieben ausdrucksreich bis „blumig“, aber wenig detailliert. Alles bleibt irgendwie vage, diffus, nicht beweisbar (im Guten wie im Schlechten), ohne Sorgfalt, Tiefgang, vor allem schnell variierbar, austauschbar.
- Zum einen die erwähnte Neigung zu übertriebenem Gefühlsausdruck („Gefühlsduselei“), wenn nicht gar zu theatralischem bzw. dramatischem Auftreten. Dann auch häufig exaltierte (überspannte, überschwängliche) Begrüßungszeremonien, unkontrollierte Weinkrämpfe bei banalen Anlässen, auch Wutausbrüche u. a. Wichtig dabei die Erkenntnis: Alles rasch „an- und ausschaltbar“, so dass bald der Verdacht aufkommt, diese Gefühle seien nur „strategisch“ oder gar vorgetäuscht.
- Hohe Suggestibilität (Beeinflussbarkeit), d. h. Standpunkte und Gefühle können leicht von anderen oder auch nur von Modeerscheinungen beeinflusst werden. Das ist auf der einen Seite eine übertriebene Vertrauensseligkeit, besonders gegenüber wichtigen Persönlichkeiten, Autoritäten, auch gegenüber dem Arzt („Zauberkräfte“); auf der anderen Seite eine rasche und vor allem kränkende Abwertung, wenn die überzogenen Ansprüche nicht erfüllt werden können.

## **DIAGNOSE UND KLASSIFIKATION NACH ICD-10 UND DSM-IV-TR**

Nachfolgend nun eine kurz gefasste Übersicht zu Diagnose und Klassifikation nach der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA), ergänzt durch weitere Experten-Informationen (z. B. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – AWMF) und ausgewiesene Experten. Im Einzelnen:

- **Histrionische Persönlichkeitsstörung nach ICD-10**
  1. Dramatisierung bezüglich der eigenen Person (dramatische Selbstdarstellung), theatralisches Verhalten, übertriebener Ausdruck von Gefühlen
  2. Suggestibilität, leichte Beeinflussbarkeit durch andere oder durch Ereignisse (Umstände)

3. oberflächliche und labile Affekte
  4. Egozentrik, Selbstbezogenheit und fehlende Bezugnahme auf andere, d. h. ständige Suche nach aufregenden Erlebnisse und Aktivitäten, in denen die Betreffenden im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen
  5. dauerndes Verlangen nach Anerkennung, erhöhte Kränkbarkeit
  6. andauernd manipulatives Verhalten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse
- u. a.

- **Histrionische Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV**

Die histrionische Persönlichkeitsstörung (HPS) ist charakterisiert durch ein tief greifendes Muster übermäßiger Emotionalität oder Strebens nach Aufmerksamkeit. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter. Die Störung zeigt sich in verschiedenen Situationen:

1. Fühlt sich unwohl in Situationen, in der er/sie nicht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht.
2. Die Interaktion mit anderen ist oft durch ein unangemessen sexuell-verführerisches oder provokantes Verhalten charakterisiert.
3. Zeigt rasch wechselnden und oberflächlichen Gefühlsausdruck.
4. Setzt regelmäßig seine körperliche Erscheinung ein, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken.
5. Hat einen übertrieben impressionistischen, wenig detaillierten Sprachstil.
6. Zeigt Selbstdramatisierung, Theatralik und übertriebenen Gefühlsausdruck.
7. Ist suggestibel, d. h. leicht beeinflussbar durch andere Personen oder Umstände.
8. Fasst Beziehungen enger auf, als sie tatsächlich sind.

- **Behandlungsleitlinien der AWMF**

Patienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung (HPS) gelten als hyperexpressiv, theatralisch und oft dramatisch in ihrer Selbstdarstellung und Affektivität.

Getrieben von heftigem Verlangen nach Aufmerksamkeit, Akzeptanz und Bewunderung, bewegen sie sich häufig auf imaginierten (oder auch realen) Bühnen.

Extravertiert, charmant und attraktiv, bisweilen sehr erfolgreich und beliebt, sorgen sie für Flair, Tempo und Abwechslung.

In der Nähe jedoch scheint ihr Glanz sich zu verlieren. Sie wirken dann häufig unecht, bisweilen diffus oder leer.

Bei geringer Spannungs- und Frustrationstoleranz besteht hohe Ablenkbarkeit und Suggestibilität sowie die ausgeprägte Tendenz zu kurzfristigen Abwechslungen, Vergnügungen oder stets neuen Herausforderungen.

Der „impressionistische“ kognitive Stil imponiert durch eine gewisse Flüchtigkeit, Diffusität und Ungenauigkeit. Abstrakte, logische kognitive Prozesse sowie strukturiertes Problemlösen fallen häufig schwer.

### **Zur Differentialdiagnose und Ko-Morbidität der histrionischen Persönlichkeitsstörung**

Nach allem, was der Leser bisher erfahren hat, unabhängig von kleineren Abweichungen je nach Klassifikations-System, scheint es nicht schwer, Hysterie im Allgemeinen und eine hysterische Persönlichkeitsstörung im Speziellen zu erkennen. Das stimmt, aber nach strengen wissenschaftlichen Kriterien gibt es auch differential-diagnostische Probleme und das wachsende Phänomen der Ko-Morbidität. Oder auf Deutsch: Zum einen: „was könnte es sonst noch sein“ und zum anderen: „wenn eine Krankheit zur anderen kommt“. Im Einzelnen:

So finden sich nicht selten Überschneidungs-Phänomene mit der *Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Einzelheiten dazu siehe die speziellen Kapitel in dieser Serie. Was jedoch schon hier gesagt werden kann: Die Stimmungsschwankungen bei histrionischen Persönlichkeitsstörungen sind eher oberflächlich und wechseln, bei Borderline-Patienten tiefergehend und beharrlich. Auch findet sich ein *pseudo*-hysterisches Verhalten bei beginnenden *schizophrenen Psychosen*. Und selbst die *agitierten Depressionen* (unruhig, gespannt, getrieben) können mit ihren bisweilen hysteriform (hysterie-ähnlichen) Reaktionen erst einmal auf eine falsche Fährte locken.

Weitere Hinweise in puncto Ko-Morbidität finden sich in einigen Studien mit antisozialen und narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, was aber andere nicht bestätigen konnten. Auch keine erhöhten Risiken mit körperlichen Erkrankungen. Neu dagegen die Vermutung, dass Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) auch öfter hysteriform geprägt sein können.

Interessant ist auch ein *geschlechts-spezifischer Hinweis*, der sogar noch eine Eindrucks-Erweiterung enthält. So heißt es nämlich in einer entsprechenden Untersuchung: Bei feminin beschriebenen Personen drängt sich eher die Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung auf, bei maskulin beschriebenen eher einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Der entscheidende Punkt lautet aber: feminin oder maskulin „beschrieben“, d. h. es gibt ja auch feminin wirkende Männer und maskulin wirkende Frauen. Nimmt man nur das biologische Geschlecht, droht nach Ansicht der Wissenschaftler eine ähnliche Fehler-Neigung, allerdings in geringerem Ausmaß.

Die „Alltags-Einstufung“ einer Hysterie, vom ersten Eindruck bis zur Überzeugung, hier muss es sich um eine entsprechende Persönlichkeitsstörung handeln, beruht also auf einer Vielzahl durchaus eindrucksvoller Symptome. Doch das reicht - wie erwähnt - den Wissenschaftlern nicht. Sie bemühen sich selbst bei „weicher“ Datenlage um harte Kriterien durch möglichst objektivierbare und jeweils gleich erfassende Vorgehensweisen. Dafür gibt es dann nach derzeitigem wissenschaftlichem Standard entsprechende diagnostische Instrumente, teils als standardisierte Interviews, teils als Fragebogen. Einzelheiten dazu siehe die Fachliteratur (Beispiele: SKID-II, die verschiedenen Diagnose-Checklisten nach VDS, SASB u. a.).

### **Zur Häufigkeit der histrionischen Persönlichkeitsstörung**

Sind solche Menschen häufig? Eher nicht, aber diejenigen, die es sind, „beschäftigen“ ihr Umfeld schon ausgeprägter als so manche andere seelische Störungen. Eine amerikanische Untersuchung spricht von einer aktuellen Prävalenz in den USA von 1,84%.

### **Lebensgeschichtliche Aspekte der histrionischen Persönlichkeitsstörung**

Einige Ursachen (Fachbegriff: ätiopathogenetische Aspekte) wurde schon angedeutet. In seinem interessanten Weiterbildungs-Beitrag *Hysterie I: Histrionische Persönlichkeitsstörung* in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 7 (2010) 879 fasst Professor Dr. S. Sulz von der Katholischen Universität Eichstätt und dem Centrum für Integrative Psychotherapie in München, einige Erkenntnisse wie folgt zusammen, die allerdings für Nicht-Experten mitunter recht speziell und allgemeinverständlich nur sehr schwierig zu erläutern sind. Nachfolgend einige verkürzte Beispiele:

Differenziert man die Hysterie nach reifem und unreifem Typ (letzteres z. B. im Rahmen einer zusätzlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung), so haben Patienten vom reifen Hysterie-Typ oft in den ersten drei Lebensjahren ihren Vater verloren und waren das älteste oder einzige Kind. Auch die Frage, wie erlittene Traumatisierungen (seelischen Verwundungen) später erfolgreich oder nicht

kompensiert werden können, hängt offensichtlich mit dem Krankheitsbild zusammen.

Patienten mit einer abhängigen Persönlichkeitsstörung (die die Verantwortung für wichtige Bereiche des eigenen Lebens anderen überlassen) können solche Verletzungen des Selbst (Gesamtheit aller Eigenschaften und Funktionen, die im so genannten Ich als zugehörig empfunden werden) durch kompensatorische Maßnahmen bzw. Idealisierung besser reparieren als histrionische Persönlichkeitsstörungen.

Histrionischen Persönlichkeiten macht nicht nur die Angst vor Hingabe und vor Liebesverlust zu schaffen, sondern auch unkontrollierte, wenn nicht sadistische Wut und Gegen-Aggression.

Belastend ist auch ein unsicheres Bindungs-Verhalten, z. B. die Angst, wichtige Menschen zu verlieren. Das findet sich also nicht nur bei Borderline- und narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, sondern auch bei histrionischen, nämlich der intensive Wunsch nach Nähe und die Angst vor Trennung und Verlust.

Ein „heißes Eisen“ hat übrigens eine angelsächsische Arbeitsgruppe angepackt, die mögliche Faktoren untersuchte, die zu einer falschen Anschuldigung von sexueller Belästigung oder gar Missbrauch beitragen könnten. Ergebnis: Neben so unterschiedlichen Aspekten (von allgemein bis speziell) wie Lügen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Psychose, Geschlechtsvorurteilen, Substanzmittel-Missbrauch, Demenz, falscher Erinnerung und Interpretation, Sozopathie und beeinflussten Interviews scheint auch die histrionische Persönlichkeitsstörung beteiligt zu sein.

Große Bedeutung haben auch so genannte Störungs-Modelle der histrionischen Persönlichkeitsstörung. S. Sulz führt in seinem Fachartikel dabei folgende Beispiele bzw. Experten-Autoren an:

- Professor Dr. S. Mentzos bezeichnet nicht den Inhalt des Konflikts (in diesem Fall die Lösung des Ödipus-Konflikts, Einzelheiten siehe Fachliteratur), sondern die Art der Konfliktlösung als spezifisch histrionisch/hysterisch: Kennzeichnend ist das für die andern und insbesondere für sich selbst und für das eigene Über-Ich So-erscheinen-Wollen und Sich-selbst-so-erleben-Wollen. Dadurch wird nicht nur ein primärer, sondern auch sekundärer Krankheitsgewinn erreicht. Der Krankheitsgewinn besteht in Ausdruck-Verhalten ohne Schuld- und Schamgefühle, in Triebbefriedigung ohne Strafe, in Erleben ohne Reue, im narzisstischen Gewinn und im Auffüllen der inneren Leere. Dies wird erreicht unter Einsatz von Identifikation, Emotionalisierung, Verdrängung und Dissoziation (Einzelheiten und Fachbegriffe siehe die Fachliteratur sowie die entsprechenden Beiträge in dieser Serie, z. B. Neurosen einst und heute).

- Die Psychoanalytikerin Dr. Barbara Fleming erklärt die histrionische Persönlichkeitsstörung in ihrem kognitiven Modell wie folgt: Ich bin unzulänglich

und unfähig, mein Leben selbst zu bewältigen. So weit so ernüchternd. Doch im Gegensatz zu depressiv strukturierten Menschen beginnen solche mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung aktiv zu kämpfen: Gut, erklären sie vor sich selber, dann muss ich eben Mittel und Wege finden, dass andere sich um mich kümmern. Aber auf welche Weise? Ich muss andere dazu bringen, mich zu bemerken und mich zu mögen. Das heißt aber auch: Fehlende Aufmerksamkeit ist unerträglich und muss bei diesen Patienten zu Überreaktionen führen.

- Von verhaltenstherapeutischer Seite hat Professor Dr. S. Sulz die Entstehung der histrionischen Persönlichkeitsstörung dadurch erklärt, dass lerngeschichtlich durch die Eltern das zentrale Bedürfnis nach Liebe, Beachtung und Erkanntwerden frustriert wurde. Wenn das Kind auf natürlicherweise voll Ärger und Zorn darum kämpfte oder sich anschickte, sich einfach selbst zu holen, was es brauchte, wurde ihm Liebe und positive Aufmerksamkeit noch mehr entzogen. Es musste also einerseits um den Verlust jeglicher Liebe fürchten, andererseits konnte es kein Vertrauen mehr haben, sich liebevoll hinzugeben - und entwickelte entsprechende Angst vor Hingabe.

Die einzige Möglichkeit der zum emotionalen Überleben notwendigen Befriedigung des Bedürfnisses nach Aufmerksamkeit, Beachtung und Liebe blieb darin, sich aktiv in den Mittelpunkt zu stellen, alles zu tun, um anderen zu gefallen, Gefühle übermäßig auszudrücken u. a. Oder kurz: ein ganz anderes Kind zu sein, ein anderes Kind vorzuspielen.

Durch dieses übermäßig expressive Verhalten konnte die Angst und die Wut kontrolliert werden. Wenn im Erwachsenenalter aber die emotionale Not größer, der Mangel unerträglich wird, muss nach dem Prinzip „mehr desselben“ noch künstlicher, noch dramatischer vor dem Publikum gespielt werden.

Doch - anfänglich angetan, bald aber genervt - verschließt sich das Publikum und der Teufelskreis geht weiter. Und dies, bis seelische und psychosoziale Symptome entstehen, die schließlich eine Behandlung erforderlich machen.

- Prof. Dr. R. Sachse sieht die histrionische Persönlichkeitsstörung als Interaktions- und Beziehungsstörung. Dabei geht er von drei Ebenen aus: der Motiv-, der Schema- und der Spiel-Ebene. Die Motiv-Ebene besteht aus der normalen Handlungs-Regulation. Dabei muss das Motiv, z. B. wichtig sein, nicht bewusst sein. Das dahinter stehende Ziel aber, z. B. ernst genommen zu werden, ist durchaus bewusst bzw. wenigstens bewusstseins-fähig. Daraus entsteht im zwischenmenschlichen Bereich der nachvollziehbare Wunsch: „Bitte hör mir zu“.

Menschen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung agieren jedoch auf der Spiel-Ebene, die weit weniger gut durchschaubar ist. So wird z. B. der Wunsch nach Aufmerksamkeit durch die Aussage erzwungen: „Mir geht es so schlecht“. Durchschaubarer wäre aber die Motiv-Ebene: „Ich möchte, dass Du darauf achtest, wie es mir geht“. Das heißt auf der Schema-Ebene: „Ich bin

nicht wichtig“ und „Andere geben mir nur was ich brauche, wenn ich dramatisch appelliere“. Vor allem: „Andere sind nicht zuverlässig verfügbar“.

Bei einer solchen Einstellung ist authentisches Verhalten nicht erfolgs-versprechend, sondern nur manipulatives auf der Spiel-Ebene ziel-führend. Die Aufmerksamkeit ist dabei zwar sicher, nachteilig dafür die unveränderte bittere Erkenntnis: „Ich bin nicht wichtig“. Angesichts dieses Selbst-Konzeptes gibt es für Menschen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung keine Alternativen zu ihrem Verhalten, trotz aller Konsequenzen.

- Professor. Dr. L. S. Benjamin gibt in der Übersicht von S. Sulz schließlich ein Erklärungs-Modell, das auf der DSM-IV-Beschreibung basiert: Es besteht eine starke Furch davor, ignoriert zu werden. Und dies zusammen mit dem heftigen Wunsch, von einer anderen, mächtigeren Person geliebt und versorgt zu werden. Dabei soll diese Person durch Charme und Attraktivität kontrollierbar sein.

Kurz: Eine Grundhaltung von freundlichem Zutrauen wird begleitet durch heimliche Strategien, die andere zwingen, der Person die gewünschte Fürsorge und Liebe zu geben. Unangemessen verführerisches Verhalten und manipulatives Selbstmordversuche sind einige Beispiele dafür, wie solche Nötigungen strategisch durchgeführt werden.

Nebenbei wird auch hier - wie bei den meisten anderen Interpretationen - das unselige Interaktions-Muster aus den Eltern-Kind-Beziehungen in der Kindheit des Patienten als Grund angeführt.

### **Zur Therapie der Histrionischen Persönlichkeitsstörung**

Einzelheiten in diesem Zusammenhang siehe das spezielle Kapitel über die *Hysterie – Begriffe und Krankheitsbild aus historischer Sicht*. Da werden dann auch sehr unterschiedliche Konzepte deutlich von der Psychoanalyse bis zu dem Satz: „Am ehesten - falls überhaupt eine Therapie gewünscht wird oder zustande kommt - eine aktive, energische psychagogische Führung (Mischung aus Psychotherapie und pädagogischen Maßnahmen). Bei einfachen Persönlichkeitsstrukturen ggf. Hypnose. Tiefenpsychologisch-analytische Verfahren scheinen sich nur bei Persönlichkeitsstrukturen mit einer gewissen geistigen und gemütsmäßigen Ausstattung bewährt zu haben - plus starkem Leidensdruck. Möglichst keine Psychopharmaka. Gefahr des „doctor-shoppings“ bzw. „doctor-hoppings“.

Die Übersicht von S. Sulz in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt 07/2010* ist differenzierter. Er schreibt:

- Die *Psychotherapie* der histrionischen Persönlichkeitsstörungen wurde von verschiedenen therapeutischen Ansätzen heraus unternommen: z. B. psycho-

dynamische Therapie, kognitive Therapie, kognitiv-behaviorale Therapie, Function Analytic Therapy und interpersonelle Therapie.

- In der *Psychoanalyse* geht es um das Bewusstmachen der verdrängten Anteile des intrapsychischen Konflikts, seine Wiederbelebung in der Übertragungssituation und dadurch die Ermöglichung einer freien Fortentwicklung und Nachreifung.

- In der *kognitiven Therapie* geht es darum, natürliche(!) impulsive Fähigkeiten zu zulassen und zu nutzen (d. h. auch die Vermeidung beenden). Danach die kognitive Steuerung der Impulse erwerben (konkret: Emotions-Regulation) und schließlich die kognitive Steuerung der Mitmenschen anregen (kluge Einflussnahme). Dadurch die Erfahrung machen, was der Patient selbst kann (Selbst-Effizienz), vor allem um weniger von den anderen zu brauchen (weniger Notwendigkeit).

- In der *Verhaltenstherapie* geht es schließlich darum, wichtige Persönlichkeits-Fähigkeiten zu entfalten. Beispiele: eigenes planerisches Problemlösen; Selbst-Behauptung durch interaktive Kompetenz statt durch emotionale Manipulation; Selbst-Verantwortlichkeit statt andere verantwortlich machen; Gefühle aushalten können, ohne gleich die ganze Welt zu alarmieren; unbeachtetes Dasein tolerieren (Emotions-Exposition); Konkurrenten das Feld überlassen; Zulassen, wenn Menschen sich nicht beeinflussen lassen; Vertrauen darauf, dass nahe Beziehung ohne Missbrauch möglich ist u. a.

- Wichtige Aspekte, die immer wieder bearbeitet werden müssen, sind: Alternativen für impulsives Verhalten. Starke Affekte tolerieren lernen, ohne sofort zu reagieren (Entspannungstraining!). Bei fehlendem Identitätsgefühl eigene Werte, Überzeugungen und Meinungen vertreten lernen. Eigenverantwortung übernehmen. Selbstbeobachtung: Wie gut kann ich mit welchen Situationen umgehen, ohne gleich... Verstärkung nicht manipulativen Verhaltens trainieren. Emotionen nicht auslöschen, sondern konstruktiv einsetzen. Beziehungsverlust ist keine Katastrophe, deshalb Gedanken an Nicht-beachtet-Werden entkatastrophisieren. Schließlich die Grundannahme modifizieren: „Ich bin unzulänglich und auf andere angewiesen, um überleben zu können“ (siehe auch das Konzept von Barbara Fleming - s. o.).

Fazit: Psychotherapie ist die Behandlung der Wahl, wobei eine *Pharmakotherapie* vorübergehend durchaus hilfreich sein kann (zu der es allerdings bisher keine kontrollierten Wirksamkeits-Studien gibt). Gute Erfolgsbelege finden sich am ehesten für Einzeltherapien, wobei auch langdauernde psychodynamische Gruppentherapie primär oder nach einer kurz dauernden stationären Psychotherapie diskutiert wird.

Insgesamt muss mit längeren Therapie-Zeiten gerechnet werden. Dabei ist die z. B. jahrelange Führung in einer psychiatrischen Sprechstunde zudem ein wichtiger stabilisierender Faktor, so Professor Dr. Dr. S. Sulz in seinen Ausführungen zur histrionischen Persönlichkeitsstörung.

## LITERATUR

Über viele Jahrzehnte hinweg interessantes Thema mit zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen und auch allgemeinverständlichen Beiträgen mit oft sehr unterschiedlichen Ansichten und entsprechendem Niveau. Wie immer nachfolgend deutschsprachige Fachbücher:

**APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR.** Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2003

**Benjamin, L.S.: Interpersonelle Diagnose und Therapie von Persönlichkeitsstörungen.** CIP-Medien, München 2001

**Bräutigam, W.: Reaktionen – Neurosen – Abnorme Persönlichkeiten.** Thieme, Stuttgart 1985

**Brenner, Ch.: Grundzüge der Psychoanalyse.** Fischer, Frankfurt 1967

**Bronisch, T. u. Mitarb.: ICDL.P Internationale Diagnose-Checklisten für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV.** Verlag Hans Huber, Bern 1995

**Faust, V.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung.** G. Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1996

**Fiedler, P.: Persönlichkeitsstörungen.** Beltz-Verlag, Weinheim 1995

**Fiedler, P.: Dissoziative Störungen und Konversion.** Beltz-Psychologie-VerlagsUnion, Weinheim 1999

**Fleming, B.: Die Histrionische Persönlichkeitsstörung.** In: A. T. Beck u. Mitarb. (Hrsg.): Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Beltz-PUV, Weinheim 1995

**Freud, S. (gemeinsam mit Breuer, F.): Studien über Hysterie.** Deudicke, Wien 1922

**Herpertz, S.: Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Bd. 1 von S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie.** Steinkopff-Verlag, Frankfurt 2009

**Kößler, M., C. E. Scheidt: Konversionsstörungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 1997

*Kuhl, J., M. Kazén:* **PSSI Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar.** Hogrefe-Testzentrale, Göttingen 1997

*Kuiper, P.C.:* **Die seelischen Krankheiten des Menschen.** Klett, Stuttgart 1968

*Kretschmer, E.:* **Hysterie, Reflex und Instinkt.** Thieme, Stuttgart 1948

*Margraf, J., F.J. Müller-Spahn (Hrsg.):* **Pschyrembel – Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie.** Verlag Walter de Gruyter, Berlin-New York 2009

*Mentzos, S.:* **Hysterie.** S. Fischer Verlag, Frankfurt 1997

*Mentzos, S.:* **Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2009

*Müller, C. (Hrsg.):* **Lexikon der Psychiatrie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo 1986

*Peters, U.H.:* **Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie.** Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2007

*Rief, W., W. Hiller:* **Somatoforme Störungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache.** Verlag Hans Huber, Bern 1992

*Roudinesco, E., M. Plon:* **Wörterbuch der Psychoanalyse.** Springer-Verlag, Wien-New York 2004

*Scharfetter C.:* **Allgemeine Psychopathologie.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2010

*Sulz, S.:* **Histrionische Persönlichkeitsstörung – Verständnis und Therapie.** In: H. Katschnig u. Mitarb. (Hrsg.): Die extrovertierten Persönlichkeitsstörungen. Facultas-Verlag, Wien 1999

*Tress, W. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Persönlichkeitsstörungen.** Schattauer-Verlag, 2002

*Uexküll, Th. v. (Hrsg.):* **Psychosomatische Medizin.** Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1996

*WHO:* **Internationale Klassifikation Psychischer Störung – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1992