



Philine Senf-Beckenbach / Janine Devine
Matthias Hoheisel

Behandlung psychogener nicht epileptischer Anfälle

Psychoedukation und Körperwahrnehmung
bei Dissoziation (KÖRDIS)

Behandlung psychogener nicht epileptischer Anfälle

Behandlung psychogener nicht epileptischer Anfälle

Philine Senf-Beckenbach, Janine Devine, Matthias Hoheisel

Programmbereich Psychiatrie

**Philine Senf-Beckenbach
Janine Devine
Matthias Hoheisel**

Behandlung psychogener nicht epileptischer Anfälle

Psychoedukation und Körperwahrnehmung
bei Dissoziation (KÖRDIS)

Dr. Philine Senf-Beckenbach

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik
Charité Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Deutschland
E-Mail: philine.senf@charite.de

Dr. Matthias Hoheisel

Ambulanz für funktionelle neurologische Störungen
Institut für psychogene Erkrankungen
Centrum für Gesundheit – AOK Nordost
Müllerstrasse 143, 13353 Berlin
Deutschland
E-Mail: matthias.hoheisel@email.de

Dr. Janine Devine

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik
Charité Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Deutschland
E-Mail: janine.devine@web.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Medizin/Psychiatrie
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea

Bearbeitung: Dr. Antje Merz-Schönflug, Eitelborn

Herstellung: René Tschirren

Illustrationen Innenteil: Malte Euler, Berlin

Umschlagabbildung: Getty Images/Image Source

Umschlag: Claude Borer, Riehen

Satz: punktgenau GmbH, Bühl

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s. r. o., Český Těšín

Printed in Czech Republic

1. Auflage 2020

© 2020 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96040-1)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76040-7)

ISBN 978-3-456- 86040-4

<http://doi.org/10.1024/86040-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Die 4 Modul-Icons	11
Audio-Links und Vorlagen zum Ausdrucken	13
<hr/>	
1 Psychogene nicht epileptische Anfälle – Einführung ins Thema	15
1.1 Definition	15
1.2 Epidemiologie und Prognose	16
1.3 Historisches	16
1.4 Aktuelle Therapieansätze	18
<hr/>	
2 Zur Entwicklung und Validierung dieses Manuals (KÖRDIS)	21
<hr/>	
3 PNES in der Neurologie: Relevantes für die Praxis	23
3.1 PNES im klinisch-neurologischen Alltag	23
3.2 Kommunikation mit an PNES Erkrankten: eine Herausforderung	24
3.2.1 Punkte A und B: Unwillkürliche Entstehung der Symptome	25
3.2.2 Punkte C, D und E: Stigma „psychisch“	26
3.3 Leitlinien zur Behandlung von PNES	28
3.3.1 Phase 1: Initiale Grundversorgung von PNES	29
3.4 KÖRDIS: zwischen erweiterter Grundversorgung und multimodaler Psychotherapie	34
<hr/>	
4 Ziele und Inhalte des vorliegenden Programms	37
4.1 Ziele	37
4.2 Struktur des Programms	38

4.3	Kompetenzen der Behandler	38
4.4	Wichtige Hinweise für die Behandler	38
4.4.1	Notwendige Materialien	38
4.4.2	Therapeutische Arbeit	39
4.4.3	Gruppenregeln	40
4.4.4	Umgang mit Anfällen und Dissoziationen während der Gruppensitzung	41
4.4.5	Umgang mit Problemfällen	45
<hr/>		
5	Die Module des Programms (KÖRDIS)	47
5.1	Übersicht über die Module	47
5.1.1	Modul Erklärungsmodelle	47
5.1.2	Modul Anfallsregulation	47
5.1.3	Modul Emotion und Kognition	48
5.1.4	Modul Körperwahrnehmung	48
5.2	Modul Erklärungsmodelle	50
5.2.1	Ziel 1: Dissoziationsbegriff verstehen und definieren	50
5.2.2	Ziel 2: Kenntnis des Vulnerabilitäts-Stress-Modells und individualisierte Anwendung	54
5.2.3	Ziel 3: Selbstfürsorge	57
5.2.4	Ziel 4: Stigma	58
5.3	Modul Anfallsregulation	64
5.3.1	Ziel 1: Motivationsförderung	64
5.3.2	Ziel 2: Verständnis des Konzeptes der Trigger	65
5.3.3	Ziel 3: Konzept Spannungskurve und Frühwarnzeichen	67
5.3.4	Ziel 4: Verständnis der multikausalen akuten Anfallsentstehung	68
5.3.5	Ziel 5: Konzept Skills und Erprobung ihres Einsatzes	69
5.4	Modul Emotion und Kognition	72
5.4.1	Ziel 1: Vermittlung eines einfachen Emotionskonzeptes	72
5.4.2	Ziel 2: Wahrnehmung negativer und positiver Kognitionen	78
5.4.3	Ziel 3: Motivationsförderung für individuelle Psychotherapie	82
5.5	Modul Körperwahrnehmung	85
5.5.1	Einführung	85
5.5.2	Allgemeine Hinweise zur Anleitung der Angebote	86
5.5.3	Ziel 1: Wahrnehmungsförderung	87
5.5.4	Ziel 2: Affektregulation	89
5.5.5	Ziel 3: Affekt-motorische Schemata	90
5.5.6	Ziel 4: Modifikationen	92

Handbuch Sitzungen	95
6 Ablauf der Gruppensitzungen	97
6.1 Sitzung 1	99
6.1.1 Einführung	99
6.1.2 Hauptteil: Theorie	100
6.1.3 Hauptteil: Körperorientierte Angebote	103
6.1.4 Abschluss	108
6.2 Sitzung 2	109
6.2.1 Einführung	109
6.2.2 Hauptteil: Körperorientierte Angebote	111
6.2.3 Hauptteil: Theorie	113
6.2.4 Abschluss	115
6.3 Sitzung 3	116
6.3.1 Einführung	116
6.3.2 Hauptteil: Körperorientierte Angebote	117
6.3.3 Hauptteil: Theorie	120
6.3.4 Abschluss	124
6.4 Sitzung 4	125
6.4.1 Einführung	125
6.4.2 Hauptteil: Körperorientierte Angebote	126
6.4.3 Hauptteil: Theorie	128
6.4.4 Abschluss	131
6.5 Sitzung 5	132
6.5.1 Einführung	132
6.5.2 Hauptteil: Körperorientierte Angebote	133
6.5.3 Hauptteil: Theorie	138
6.5.4 Abschluss	139
6.6 Sitzung 6	140
6.6.1 Einführung	140
6.6.2 Hauptteil: Körperorientierte Angebote	141
6.6.3 Hauptteil: Theorie	144
6.6.4 Abschluss	145
6.7 Sitzung 7	147
6.7.1 Einführung	147
6.7.2 Hauptteil: Körperorientierte Angebote	148
6.7.3 Hauptteil: Theorie	151
6.7.4 Abschluss	152
6.8 Sitzung 8	153
6.8.1 Einführung	153
6.8.2 Hauptteil: Körperorientierte Angebote	154
6.8.3 Hauptteil: Theorie	157
6.8.4 Abschluss	159

6.9	Sitzung 9	160
6.9.1	Einführung	160
6.9.2	Hauptteil: Körperorientierte Angebote	161
6.9.3	Hauptteil: Theorie	162
6.9.4	Abschluss	164
6.10	Sitzung 10	165
6.10.1	Einführung	165
6.10.2	Hauptteil: Körperorientierte Angebote	166
6.10.3	Hauptteil: Theorie	167
6.10.4	Abschluss	168
	Literaturverzeichnis	169
	Sachwortverzeichnis	175

Vorwort

Die Diagnose psychogener nicht epileptischer Anfälle (psychogenic non-epileptic seizures = PNES), oft auch als dissoziative Anfälle bezeichnet, ist zwar insgesamt mit einer Inzidenz von ca. 3/100 000 [113] und einer Prävalenz von 2–33/100 000 [10] [107] nur etwa so häufig wie z.B. die amyotrophe Lateralsklerose, allerdings kommt es zu einer Häufung des Krankheitsbildes in bestimmten klinischen Versorgungsstrukturen. Hier sind vor allem die neurologische Notfallversorgung (Rettsungsstellen) sowie Epilepsiezentren zu nennen. Jedoch begegnet man dem Krankheitsbild auch sporadisch in den unterschiedlichsten medizinischen und psychologischen Fachdisziplinen.

Patienten mit PNES treten in der neurologischen Klinik oder Praxis auf, manchmal auch in psychotherapeutischen Praxen, beim Allgemeinmediziner oder in psychiatrischen Settings. In neurologischen Praxen oder Kliniken liegt nicht selten eine Komorbidität mit epileptischen Anfällen vor. In der Psychiatrie oder Psychosomatischen Medizin findet man insbesondere Patienten, die im Kontext von Traumafolgestörungen oder auch bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen an PNES erkranken.

Wo man Menschen mit psychogenen Anfällen antrifft, ist das klinische Bild eindrücklich. Die Erkrankung übt bisweilen auf Betrachter durch die Heftigkeit sogar eine Faszination aus, was in der historischen Bedeutung des Krankheitsbildes der Hysterie zum Ausdruck kommt. Konkret kommt es oft zu Sturzereignissen, zu

unkontrollierten Zuckungen und zu Bewusstseinsstörungen, die psychogene Anfälle manchmal ähnlich wie eine medizinische Notfallsituation aussehen lassen. Dies führt oft zu einer Eskalation, in welche das medizinische Notfallsystem involviert wird.

Es handelt sich jedoch bei psychogenen nicht epileptischen Anfällen nicht um eine Erkrankung, die man mittels Notfalleinsatz behandeln muss, z.B. durch Medikamente oder gar durch Einleiten einer Narkose. Es handelt sich vielmehr um eine psychosomatische Erkrankung, bei welcher die Psychotherapie den Goldstandard der Behandlung darstellt. Dies ist insofern problematisch, als manche Psychotherapeuten sich von der eindrücklich „somatischen“ Präsentation des klinischen Krankheitsbildes abgeschreckt fühlen. Neurologen wiederum, welche oft die Diagnose stellen und somit in der ersten Versorgungsphase involviert sind, erleben die Patienten ebenfalls als schwierig, da sie ja mit den Methoden der klassischen klinischen Neurologie nicht behandelbar sind.

Das vorliegende Buch ist ein interdisziplinärer und umfangreicher **Behandlungsleitfaden für Neurologen, Psychiater, Psychosomater und Psychotherapeuten**. Es zielt darauf ab, den aktuellen Stand zur Diagnostik zu vermitteln und ein Gruppentherapieprogramm für den klinischen Einsatz vorzustellen. Damit soll dieses Handbuch dazu beitragen, Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten, die dieses Krankheitsbild zeigen, zu verringern, die An-

fallsfrequenz zu reduzieren und somit die Versorgungslage für die Betroffenen insgesamt zu verbessern.

Das KÖRperpsychotherapieprogramm für DISsoziative Anfallstörungen KÖRDIS ist ein modularisiertes Behandlungsmanual für Menschen mit PNES-Erkrankung. Es richtet sich an psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychologen/Psychotherapeuten, die mit PNES-Patienten in einem begrenzten Zeitraum nach der initialen Diagnosestellung arbeiten möchten – insbesondere mit dem Ziel einer verbesserten Krankheitsakzeptanz – oder langfristig ambulant bzw. im

stationären Setting psychotherapeutisch mit diesen Patienten arbeiten möchten.

In diesem Buch werden alle Behandlungsphasen beschrieben, um ein ideales Behandlungsgesamtbild von der Diagnosestellung und Erstversorgung (häufig in der Neurologie) über das vorliegende Gruppenprogramm bis hin zur ambulanten Psychotherapie (Psychosomatik oder Psychiatrie) zu vermitteln.

Wir hoffen, dass Ihnen das vorliegende Buch den Umgang mit sowie die Diagnostik und die Behandlung von Patienten mit psychogenen nicht epileptischen Anfällen erleichtern wird.

Allgemeiner Hinweis: Wir weisen darauf hin, dass wir im Text die männliche Form aus Gründen der besseren Lesbarkeit benutzt haben. Die Angaben beziehen sich selbstverständlich immer auf beide Geschlechter.

Die 4 Modul-Icons



Modul Erklärungsmodelle



Modul Anfallsregulation



Modul Emotion und Kognition



Modul Körperwahrnehmung

Audio-Links und Vorlagen zum Ausdrucken

Zusätzliche digitale Inhalte:

Als Ergänzung für die einzelnen Module liegen mehrere Audio-Dateien zum Download bereit, mit denen die Angebote zunächst mit Hilfestellung wiederholt werden können. Diese sollen dazu dienen, den Patienten die Durchführung der Angebote zwischen den Sitzungen zu erleichtern und die Hemmschwelle für eine regelmäßige Wiederholung zu senken.



Folgende Audio-Dateien stehen nach Einscannen des QR-Codes zur Verfügung oder im eBook als Link bereit:

Audiodatei 01: Wahrnehmungsangebot

Audiodatei 02: Sicherer Boden finden

Audiodatei 03: Schlappohren

Audiodatei 04: Brustraum

Audiodatei 05: Bauchraum

Audiodatei 06: Meisterübung

Folgende Abbildungen aus dem Buch stehen nach Einscannen des QR-Codes oder im eBook als Link für einen Ausdruck zur Verfügung:

Arbeitsblatt 1: Symptomtagebuch (S. 101, Abb. 6-1 im Buch)

Arbeitsblatt 2: Motivationsurkunde (S. 104, Abb. 6-2 im Buch)

Arbeitsblatt 3: Dissoziation illustrieren (S. 115, Abb. 6-3 im Buch)

Arbeitsblatt 4: Trigger-Schema (S. 130, Abb. 6-5 im Buch)

Arbeitsblatt 5: Skills-Liste (S. 140, 147)

1

Psychogene nicht epileptische Anfälle – Einführung ins Thema

1.1

Definition

Ein psychogener nicht epileptischer Anfall (PNES) ist eine zeitlich begrenzte Episode mit Veränderungen im Verhalten, den Bewegungen, Empfindungen oder Sinneswahrnehmungen. Die bewusste Erinnerung an den psychogenen Anfall kann grundsätzlich oder zeitweise fehlen. Psychogene nicht epileptische Anfälle dauern in der Regel wenige Sekunden bis mehrere Minuten, können aber auch deutlich länger (bis zu mehreren Stunden oder gar Tagen) anhalten. Manche Patienten mit PNES zeigen unwillkürliche, z. B. krampfartige oder schüttelnde Bewegungen der Arme, Beine oder des Gesichts und der Mimik, des Kopfes, wodurch eine motorische Schwäche, evtl. auch ein Sturz oder Fall zu Boden resultieren kann. Manche Patienten beißen sich auf die Zunge oder fügen sich während des Anfalls andere Verletzungen des eigenen Körpers zu. Manche Patienten haben eine veränderte Körpersensations- und Gefühlswahrnehmung, manchmal verbunden mit einer Inkontinenz der Blase oder des Darms [66].

PNES können bezüglich der Bewegungen *ähnlich wie epileptische Anfälle aussehen*, sind jedoch nicht Ausdruck einer Epilepsie, welche mit einer erhöhten neurophysiologischen Erregungsfähigkeit von Gehirnarealen einhergeht. Die neurobiologische Forschung zeigt Hinweise auf pathologische Aktivierungsmuster in der funktionellen Bildgebung [1]. Den einzelnen

Anfällen liegt jedoch keine umrissene Pathologie im Sinne einer pathologischen kortikalen Erregungssteigerung oder anderer Ursachen transientser Bewusstseinsverluste wie etwa bei Synkopen zugrunde. Jedoch haben ca. 10–30 % der Patienten mit PNES auch eine Epilepsie, d. h. diese Patienten haben sowohl psychogene als auch epileptische Anfälle [9].

Körperlicher Ausdruck psychischen Stresses: PNES und anderen sog. funktionell-neurologischen Störungen wird eine Funktionalität als körperlicher Ausdruck psychischen Stresses zugeschrieben, der anders nicht kommuniziert werden kann. Man geht in diesem Sinne von einer „*Kommunikationsstörung des Körpers und der Seele*“ aus [66]. PNES werden auch als eine unwillkürliche Reaktion auf bestimmte Reize von außen oder auf innere Vorgänge interpretiert [36]. Manchmal besteht außerdem ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen organischen Vorerkrankungen – wie z. B. Kopfverletzungen, Infektionen des Gehirns, Tumorerkrankungen oder einer Operation – und dem Beginn der Symptomatik.

Konzepte und Begriffe: Psychogene Körperfunktionsstörungen finden sich bei vielen psychischen Erkrankungen und es gibt mehrere theoretische Modelle, wie diese Funktionsstörungen entstehen. Hierfür werden in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Literatur Konzepte wie „*Dissoziation*“, „*Somatisierung*“

oder „Konversion“ verwendet, auf welche wir im Verlauf dieses Buches weiter eingehen werden. Die Verwendung dieser Begriffe ist dabei historisch wie autorenabhängig uneinheitlich. Bei einigen psychischen Erkrankungen tauchen dissoziative Phänomene häufig auf. Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen etwa leiden besonders häufig unter dissoziativen Symptomen [50] [89]. Dissoziationen können aber auch im Kontext von Angsterkrankungen, Depressionen (vor allem Depersonalisation/Derealisation) und Zwangserkrankungen auftreten.

Zur Bezeichnung von PNES werden verschiedene Begriffe verwendet, z. B. dissoziative Anfälle (offizielle Bezeichnung nach ICD-10), dissoziative neurologische Störung mit nicht epileptischen Anfällen (ICD-11, 6B60.4), pseudoepileptische Anfälle, Pseudoanfälle oder funktionelle Anfälle [36].

1.2

Epidemiologie und Prognose

Psychogene nicht epileptische Anfälle stellen eine große Herausforderung in der klinischen Versorgung dar. Vor allem in der Differenzialdiagnostik zu somatischen anfallsartigen Erkrankungen (Synkopen, epileptische Anfälle) spielen PNES eine herausragende Rolle. Ihre Versorgung betrifft interdisziplinär sowohl intensivmedizinisch tätige Ärzte, Neurologen, Psychiater, Psychosomatiker, Internisten als auch Psychotherapeuten.

Prävalenz und Inzidenz: Die Angaben zur Prävalenz und Inzidenz variieren stark. Benbadis und Allen Hauser [10] kalkulierten eine Prävalenz von 2–33 Personen mit PNES je 100000 Einwohner. Die Inzidenz wird auf 1,4–3 pro 100000 Patienten/Jahr geschätzt [10] [107].

Bei insgesamt also nicht besonders hoher Inzidenz kommt es hingegen zu einer Häufung dieser Patienten in speziellen klinischen Einrichtungen, nämlich in Spezialkliniken und -ambulanz für Anfallserkrankungen. Nach der aktuellen Literatur sind *30 % der stationär behandelten*

Patienten in Epilepsiezentren an dissoziativen, nicht epileptischen Anfällen erkrankt [19].

Ungünstige Prognose: Insgesamt gilt die Prognose von PNES im Vergleich zur Prognose epileptischer Anfälle als ungünstig. Nach einer Synopsis von 16 Studien waren nur 37% nach einem mittleren Follow-up von 39 Monaten anfallsfrei [102]. In einer Untersuchung von Lempert waren nach 2 Jahren 41% der Betroffenen in ihrer Anfallsfrequenz unverändert [71], in einer weiteren Studie erhielten Betroffene 4 Jahre nach Diagnosestellung zu 40% wieder eine Antiepileptikatherapie [93]. Dies führt im klinischen Alltag oft zu Frustration, da Patienten mit PNES den Anschluss an eine psychosomatische Weiterbehandlung nicht finden und wiederholt in den Epilepsiezentren gesehen werden, ohne dass eine Vermittlung in die psychotherapeutische Behandlung gelingt.

1.3

Historisches

Früheste Schriften: Phänomene wie das Auftreten anfallsartiger Störungen der Motorik, der Sinnesfunktionen oder des Bewusstseins ohne zugrunde liegende organische Erkrankung werden bereits in frühen Dokumenten vom Beginn des letzten Jahrtausends als Krankheitsbild erwähnt. In diesen Dokumenten (teilweise als altägyptische Papyrusrollen bezeichnet, hierfür gibt es jedoch keine substantiellen Belege) werden vor allem Frauen beschrieben, die von nicht organischen Leiden befallen waren, die jedoch organischen Leiden sehr ähnlich sind: Hierzu zählen Lähmungen, Mutismus, Erstickungsanfälle oder Wahrnehmungsstörungen [34]. Das führende Erklärungsmodell dieser frühen Schriften zur Entstehung derartiger Beschwerden war die sog. „Hystera-Wanderung“¹ [34].

1 Hystera = Gebärmutter. Im antiken Griechenland wurde die Bildung „hysterischer“ Symptome irrtümlicherweise auf die Wanderung der Gebärmutter zurückgeführt.