

Junio 2014

En los comienzos del Grupo de Trabajo “**Psicosomática y Neuropsiquiatría**” aportamos este interesante trabajo de su Coordinador, el Dr. Francisco Orengo García.

NEUROPSIQUIATRÍA PSICOSOMÁTICA

SECUELAS PSICOTRAUMÁTICAS EN EL NÚCLEO DE LA CLÍNICA HISTÉRICA: LAS ENSEÑANZAS DE PIERRE JANET

Dr. F. Orengo García
Médico psiquiatra

Introducción: las huellas de Pierre Janet en la Neurología

Pierre Janet sigue siendo de gran actualidad para la neurología y psiquiatría actuales. También para los restantes campos de la medicina, sobre todo cuando se tienen presentes y no se olvidan los principios descritos por él sobre distintos fenómenos corporales. Muchos de ellos, aparentemente enigmáticos, especialmente en el campo de la medicina de urgencias, pueden encontrar sin esfuerzo una explicación aplicando la sistemática sobre las manifestaciones histéricas elaborada por Janet en la Salpêtrière hace ya muchos años.

Quiero señalar al comienzo de este artículo que gran parte del mismo está basado a la inspiración y a los textos generosamente ofrecidos por la Dra. **Mechtild Küttemeyer** de Colonia, gran neuróloga de orientación dinámica y con conocimientos extensos en Psicosomática. Estos fueron adquiridos con uno de los padres de la Psicosomática alemana Viktor von Weizsäcker en Heidelberg y con Dieter Janz gran seguidor de Charcot y sus discípulos, sobre todo de Freud y de P. Janet en la Freie Universität de Berlín.

En este contexto, permítanme una breve alusión a lo que se hacía hace ya muchos años en Alemania. Para darse una idea del concepto que sobre la práctica neurológica se tenía en Berlín y que en esta sociedad de psicosomática intentamos por todos los medios se ponga de nuevo

en evidencia, el modelo seguido por Janz heredado de su maestro Paul Vogel, insistía en la integración entre la aplicación de las técnicas neurológicas más precisas y sofisticadas y el conocimiento exhaustivo de la biografía del paciente.

Una consecuencia de este modo integrador de ver las cosas es que, en la práctica neurológica, se tenían en cuenta las manifestaciones histéricas del paciente con el mismo grado de interés que otras de tinte "orgánico". Para ello, se seguía el procedimiento puesto en práctica por Janet en la Salpêtrière consistente, por un lado, en ocuparse y establecer un contacto con el paciente lo más intenso y duradero que sea posible, por otro en fijar por escrito todas las observaciones realizadas y escuchadas de viva voz.

Sistemática de los fenómenos corporales de la histeria

Es bien sabido que fue a través de Charcot y de sus discípulos que la histeria fue acogida por primera vez de forma científica en la historia de la medicina. Fue por el enfoque e impulso realizado por Charcot en la Salpêtrière que los síntomas, sobre todo los físicos o corporales de la histeria, fueron investigados sistemáticamente. Los resultados de esta investigación fueron reveladores: los fenómenos corporales variados, con frecuencia de apariencia arbitrariamente cambiante, se manifiestan de acuerdo a leyes estrictas y claramente nombrables que muestran inconfundibles características, por lo que el diagnóstico no puede errarse. Estas características señalan de manera inequívoca a procesos psíquicos subyacentes.

Un filósofo en la Salpêtrière

Pierre Janet, sobrino del filósofo Paul Janet, era ya profesor titular de Filosofía en la Universidad, cuando empezó a estudiar Medicina. Lo hizo, bajo la influencia de su hermano cirujano Jules, para poder tomar parte en las investigaciones que llevaba a cabo Charcot para desentrañar los secretos de las manifestaciones histéricas. Charcot se prometía de la ayuda de Janet una aportación de un pensador, conector de conceptos filosóficos, muy útil en la sistematización ordenada de los variados síntomas histéricos. Por esta razón acogió a Janet en su clínica de París en la que estaban alojadas unas 3.000 pacientes que, debido a las drásticas manifestaciones sintomáticas convulsivas que presentaban, habían sido excluidas de las instituciones psiquiátricas.

Metódica

De una manera que podríamos denominar rigurosa, profundizó Janet en la idiosincrasia y sintomatología de cada paciente, registrando y documentando a lo largo de años y años las más finas variaciones de sus manifestaciones clínicas.

No olvidó en esta tarea apuntar “palabra por palabra” todas las manifestaciones de las pacientes al mismo tiempo que fijaba sus propias observaciones minuciosamente; también aquellas que no podía sistematizar adecuadamente. Pues, precisamente aquellos hallazgos que en principio no encajaban en el cuadro clínico observado hasta ese momento, podían volverse posteriormente una pieza fundamental en la comprensión global del acontecer histórico (sobre todo en lo que posteriormente analizaremos con el término de “contraposición” o “contrasentido”).

Esta paciente dedicación médica debe ser considerada también como única, porque aquellas a las que iba dirigida eran las mujeres desechadas de otros lugares, “depositadas” en la Salpêtrière y por tanto carentes de oportunidad alguna, muchas de ellas con experiencia de cárcel y prostíbulo.

A estas “olvidadas” ofreció el investigador Janet el honor de manifestarse y de mostrar su insustituible aportación al entendimiento y comprensión de la histeria.

Como consecuencia de la aplicación del método comunicacional, registró la aparente variabilidad anárquica de los fenómenos corporales de las pacientes, detectando una agrupación sintomática de la que se ponían de manifiesto claras regularidades y leyes. Más concretamente: los preceptos clínicos encontrados por Charcot en 1886 contenían una base conceptual mas amplia y sólida. Muchas características clínicas de la histeria pudieron ser entendidas mejor de esta manera, incluso algunas pudieron ser descritas y apreciadas por vez primera.

2.3 Dinámica del trauma

El concepto de Janet sobre el origen y la formación de los síntomas históricos solo puede ser mencionada aquí de forma esquemática.

Remito a su obra, p.ej. "The major symptoms of Hysteria". <http://www.archive.org/details/majorsymptomsofh00janeiala> New York, London: Hafner. Janet, P. (1929) y a la pagina web de Onno van der Hart (<http://www.onnovdhart.nl/>) o a la del Instituto Pierre Janet (<http://pierre-janet.com/>).

En cualquier caso, queda claro que el trauma psíquico juega un papel destacado. El razonamiento en el que se basa este aserto es el siguiente: con frecuencia, las experiencias traumáticas debido a su carácter insoportable, no pueden ser integradas en el mundo experiencial y en el recuerdo. Las fuertes impresiones psíquicas y los pensamientos catastróficos ligados con el trauma quedan – como medida de protección – separados (“desagregados”) del resto del psiquismo y llevan una vida propia en el subconsciente. Allí quedan fijados, cristalizados o congelados permaneciendo ininfluenciables o inmodificables a través de las funciones superiores de la consciencia capaces de “corregir” dicha impresión en un Yo que, por otro lado, sigue con su desarrollo evolutivo.

La inevitable y necesaria expresión de la experiencia traumática, en constante y repetido intento de elaboración e integración en el flujo de la consciencia, sucede exclusivamente y de manera involuntaria separada de esta. Esta separación que llamamos disociación se expresa, demasiadas veces, solo a través del cuerpo. Es en la corporalidad donde se expresa en clave lo acontecido y padecido (aunque también en las fantasías y afectos derivados de ello).

Esta expresión “en clave” en lo corporal, se torna descifrable si se comprende la condición disociada o disociativa y su forma de expresión. Es decir, si se entiende que una parte de las funciones corporales queda separada del resto, se disocia, y se pone al servicio de la elaboración traumática. La correspondiente función corporal disociada – p.ej. en un grupo de movimientos o en algún lugar y en diversas calidades de la sensibilidad – queda “ocupada”, tomada, por el recuerdo traumático y por ello inservible y en disposición de ser usada para otras funciones y tareas (Janet, 1893).

Los síntomas disociativo / histéricos – los psíquicos como estados de sonambulismo con amnesias y los físicos como parálisis, contracturas y anestесias – reflejan con precisión los procesos internos escindidos, disociados del resto. De acuerdo a Janet, los síntomas corporales se corresponden con los psíquicos y ambas formas de la elaboración de lo

traumático pueden representarse mutuamente y las unas arrojar luz sobre las otras.

Ambas siguen las mismas leyes y muestran en gran medida idénticos rasgos o características entendibles desde la dinámica de lo traumático: en ambos, los síntomas psíquicos y físicos, impone su excesiva intensidad y su súbita aparición.

Los rasgos o características más importantes se mencionan a continuación, especialmente al hilo de los síntomas corporales: (Janet, 1893; 1909; 1929;

2.4 Dinámica de los síntomas

(1) Los síntomas histéricos se expresan siempre de forma excesiva, correspondiéndose con la presión excesiva de los recuerdos y afectos largamente encapsulados así como correspondiéndose con la intensidad del shock invasivo de la propia experiencia traumática original. Ésta, enterrada en el subconsciente, incapaz de ser ordenada y controlada por las fuerzas de la consciencia, mantiene por ello su violencia arcaica de manera intacta a lo largo del tiempo.

Con la fuerza desbordante del ataque histérico, esta violencia se reescenifica en el presente, como si la escena traumática estuviera aconteciendo de nuevo en ese momento (por ello, la meta de toda terapia del trauma es que este pueda volverse pasado).

(2) Los síntomas histéricos, sobre todo los determinados por el trauma, muestran un comienzo súbito y se manifiestan a lo largo de la evolución en forma de ataques o crisis debido a que entre medias vuelven a funcionar los mecanismos protectivos de autodefensa, es decir la disociación es efectiva. Esto quiere decir que, en fases con sintomatología pobre, en la que solo persisten síntomas discretos y en las que el mecanismo disociativo consigue una escisión efectiva en el sistema nervioso, se va acumulando el potencial traumático reprimido y desatendido. En un momento dado, través de una presión interna creciente (o por aflojamiento de la defensa ante una repetición de una situación relacionada con lo traumático) a modo de una erupción volcánica en evolución, explotar súbitamente para hacerse con espacio. Así se origina la crisis convulsiva, el temblor o la crisis de dolor (3).

Al contrario que los trastornos neurológicos que tienen un fundamento anatómico, los trastornos histéricos se ponen de manifiesto según

leyes afectivas que ignoran la anatomía del sistema nervioso y que se ajusta al conocimiento experiencial que tiene la persona de su propio cuerpo. Esta noción anatómica está influenciada por diferentes conceptos y creencias populares a veces incluso supersticiosas, en definitiva, completamente subjetivas. Las alteraciones de la sensibilidad son “inanatómicas” y presentan formas “en calcetín”, “en guante” o, incluso como mangas de camisa que terminan abruptamente en el hombro o que se distribuyen como anillos alrededor de las articulaciones. Con frecuencia, partes del cuerpo únicas como genitales, nariz o cavidad bucal quedan o bien afectadas o bien completamente exentas de trastorno en su totalidad.

Las parálisis histéricas o el temblor están acentuados en zonas próximas al tronco al contrario que las parálisis radicales o cerebrales que se establecen por lo general distalmente. El dolor histérico localizado en la cara viaja “como un cuchillo ardiente” desde la mandíbula inferior sobre la mejilla y la frente atravesando las fronteras del territorio del trigémino. El dolor lumbar se proyecta en ambas piernas, hacia arriba o unilateralmente en la ingle, y como muy tarde cuando al paciente se le doblan las rodillas y la cadera, se hace evidente que se trata de un acontecer histérico.(4)

Con frecuencia antecede al síntoma histérico una afección en el cuerpo: una operación, una infección, lo más frecuente un accidente. La anestesia, la regresión de la infección originan una disminución (aflojamiento) de las defensas de forma que el potencial de trauma puede hacerse con un espacio en el cuerpo. El accidente, el shock, la súbita interrupción de la rutina diaria, la conmoción de la seguridad personal, la real o temida herida de la integridad corporal, todos estos aspectos muestran una fatal similitud con la vivencia original traumática (pues representan una pérdida de control) y ocasionan que el accidente sufrido se convierta automáticamente en una situación de repetición insuperable. Muchos dolores persistentes misteriosamente, situaciones penosas de algunos enfermos tras latigazo cervical, o bien parálisis o contracturas que se ven en las consultas ambulatorias de Trauma y Medicina de Urgencias pueden encontrar una explicación en conocimiento de esta dinámica (5).

Después del accidente se precisa de una latencia hasta la aparición súbita del síntoma histérico, de un tiempo de “elaboración psíquica” (Charcot 1866) o, dicho de otra forma, de un “tiempo de incubación psicósomático”. Esto quiere decir: la transformación del recuerdo del

trauma en un síntoma físico es una actividad creativa que necesita su tiempo. (6)

Las sensaciones corporales subjetivas y los fenómenos motores visibles reflejan los procesos internos de manera escénica. Como síntoma prodrómico frecuente describen las pacientes una sensación de globo en la garganta, como una bola, como una pelota que sube desde abajo y que queda encasquillada o atorada en la garganta. Esta sensación dificulta tragar y oprime el paso de aire dificultando de esta manera el habla.

En este síntoma está capturada la dinámica de los recuerdos y afectos insoportables que emergen con fuerza desde el subconsciente y que poco antes de su liberación, es decir antes de su expresión verbal, quedan mantenidos en el lugar del tránsito de la inervación involuntaria a la voluntaria o consciente.

Del tipo de expresiones motoras como por ejemplo en una crisis convulsiva, puede deducirse el afecto o la emoción predominante de manera escenificada. En el temblor de los brazos y piernas queda expresado el miedo, en la convulsión tónica la ira contenida. En el “arc en cercle” u opistotono la defensa pasiva, en el clonus y en el pataleo, de nuevo la ira incontrolable, en los gemidos y quejidos la pena y la tristeza, en el coma o pérdida de consciencia psicógena la impotencia, la parálisis emocional y el agotamiento. (7).

Otra observación calve es que la mayoría de los fenómenos histéricos están contruidos de forma polar o bipolar, contrapuesta. Cada síntoma está hermanado con su opuesto, un hallazgo impresionante, que muestra con claridad la ambivalencia de la persona afectada (Janet, 1929).

La tormenta de movimientos de la crisis convulsiva tónica es interrumpida por fases de inmovilidad absoluta, los llamados comas psicógenos. El trastorno histérico de la marcha muestra junto a la inhibición del paso una hipermotilidad en el plano vertical (caminar sobre las puntas de los dedos, doblarse las rodillas, subidas y bajadas acrobáticas del tronco). En las regiones analgésicas se encuentran siempre puntos extremadamente dolorosos hipersensibles, las “zonas histerogénicas” a través de cuyo tocamiento se desencadenan o hacen desaparecer tormentas de movimientos o arc en circle. Por el contrario y siguiendo la misma pauta, en el punto máximo de la crisis de dolor

pueden encontrarse sobre la zona del cuerpo dolorosa aéreas analgésicas en la piel.

El oscilar, la simultaneidad de la hiper y analgesia, la concurrencia de escenificación de lo traumático y su disociación ocultadora, todo ello está contenido y atrapado en estos hallazgos contrapuestos (Fischer & Riedesser, 2003). El dolor disociativo es vivido de manera escénica-agresiva (“infernál”) y es descrito mediante metáforas invasoras (por ej. “Punzadas con un cuchillo, rayo de fuego, como a golpe de formón y martillo”) que se corresponden con la experiencia traumática invasora y al mismo tiempo con metáforas “inorgánicas” (la pierna dolorosa es “como una piedra, la espalda dolorosa “como cemento”) como expresión de la autodefensa y del intento de no sentir el dolor insoportable. La cabeza, atravesada por las crisis de dolor como “por un rayo”, se siente al mismo tiempo como “comprimida como en un casco”.

Janet no se para ante las funciones vegetativas en el descubrimiento de los fenómenos histéricos (1893; 1909). También en este ámbito se detecta de nuevo el principio de la oposición de los contrarios. De manera repetida se describen edemas, hinchazones intermitentes de la cara y de las extremidades como expresión de los afectos y emociones que han quedado “embalsadas” y fijadas en el cuerpo. Como contraposición a estos “embalsamientos de líquido” de base emocional se presentan las observables anhidrosis unilaterales, con frecuencia sitas en el lado analgésico. Además de estas anomalías, Janet describe también aquellas zonas de la piel que, por efecto de contracciones vasculares, no sangran cuando son pinchadas con una aguja (antiguos “Stigma diaboli” de la Inquisición) en contraposición con los hematomas y hemorragias espontáneas sin lesión (“estigmas de Cristo”→ Observación nº 1). Las alteraciones de la micción, de la conducta alimentaria, de la digestión así como los dolores en órganos internos queden solo citados en este contexto.

3 Resumen: Relevancia de la sistemática de los fenómenos histéricos

La enorme variedad de los fenómenos histéricos descritos por Janet solo puede ser mostrada de forma resumida. Lo que es decisivo es el principio que subyace a todos los fenómenos corporales, la inequívoca dinámica del síntoma (excesiva, en crisis en presencia de una predisposición orgánica, in anatómica, escénica y contrapuesta o

polar). Estas características señalan a ojos vista el carácter histérico del síntoma físico.

Las características clínicas típicas – que se corresponden con rígidos principios afectivos – pueden ayudar a realizar un diagnóstico precoz seguro de los trastornos disociativo – histéricos. De esta manera una forma de procedimiento diagnóstico grosera y dañina basada en el principio de “si no es orgánico entonces tiene que ser psíquico” se torna obsoleta y superflua.

Por esta razón no deja de ser asombroso que la sistemática de Janet y de la escuela de Charcot haya tenido tan escasa repercusión en la medicina. La mayor parte de los médicos apenas conocen las características clínicas descritas, entre otras razones porque no están recogidas en los sistemas internacionales de clasificación de enfermedades.

En la CIE 10 no aparecen los criterios diagnósticos ni bajo los trastornos disociativos (F44), ni bajo los somatoformes (F45) ni entre los postraumáticos (F 43). Falta por completo la decisiva indicación respecto a lo excesivo y crítico de la sintomatología histérica, todo aquello que la hace propia y que en el médico fatalmente desinformado le genera una actitud de intervención fatal, invasiva causante de mayor sufrimiento y trauma.

Y esta aseveración debe preceder a otra advertencia definitiva: en presencia, aunque sea solo una sospecha, de un trastorno histérico debe retroceder la actividad y el activismo médicos a favor de una lentitud vigilante, de una actitud altamente receptiva, comunicativa y favorecedora del acto del recordar como fue practicada y descrita por Janet.

Esa parte de exceso o “excesividad” en la sintomatología que seduce al médico hacia el activismo inútil, disminuye en cuanto este, a través del conocimiento de los criterios, puede ordenar y organizar los correspondientes síntomas, es decir hace una contención conceptual del problema. Esta comprensión conceptual de lo que está pasando, origina en el profesional la distancia liberadora que le protege frente a un involucramiento emocional innecesario y perjudicial en la situación, otorgándole la fortaleza y compostura interna que facilitan una contención emocional necesaria, o mejor aún que la hacen posible.

Observación

(1) Las heridas que no cicatrizan en personas con traumatizaciones psíquicas pertenecen a este mismo contexto. También el fenómeno opuesto como son las cicatrices en crecimiento continuo y los queloides que posiblemente expresarían un exagerado autodefensa (Kütemeyer, 2003). En algún momento se llega a una oscilación entre ambos polos cuando en la psicoterapia se toca una herida biográfica y de manera súbita de un prominente queloide se destilan gota a gota – como lagrimas – en forma de una secreción lechosa.

También las “heridas crónicas abiertas” se extienden de forma exagerada y sin respetar los límites anatómicos más allá de la herida original, forman cráteres y bolsas en la profundidad de la piel, largas fistulas que producen importantes hinchazones así como fuertes dolores psicógenos que desaparecen cuando se suprimen los analgésicos, y muestran una producción extrema e incontenible de secreciones purulentas. Una herida de estas características se abre después de un periodo de latencia, súbitamente como si se tratara de una crisis, después de la curación de la misma por primera intención. La herida recién curada explota como si debajo de ella se hubiera constituido un cono de presión ascendente que expresa una presión emocional exagerada. La que llamamos “herida psicógena” muestra por tanto todas las características típicas expresadas por Janet siendo perfectamente distinguible de una curación por segunda intención.

Literatura

Bühler, K.-E. & Heim, G. (2002) Psychisches Trauma und fixe Ideen.

Pierre Janets dynamisch-handlungspsychologische Konzeption dissoziativer Störungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 50, 394-408

Bühler, K.-E. & Heim, G. (2005) Die Konzeption des „Unterbewussten“ und des psychischen Automatismus bei Pierre Janet. In: M.B. Buchholz & G. Gödde (Hrsg.), Macht und Dynamik des Unbewussten. Auseinandersetzungen in Philosophie, Medizin und Psychoanalyse (S. 296-320). Gießen: Psychosozial.

Charcot, J.M. (1886). Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie. Übersetzt von Sigmund Freud. Leipzig, Wien: Toeplitz & Deuticke.

Fischer, G., & Riedesser, P. (2003). Lehrbuch der Psychotraumatologie (3. Aufl.). München: Reinhardt.

Freud, S. (1888). Hysterie. In: A. Villaret (Hg.), Handwörterbuch der gesamten Medizin, Bd. 1 (S. 886-92). Stuttgart: Enke. [Nachdruck in Psyche 7 (1953) 486-500; 481-485; m. Vorwort von Paul Vogel. Mit editorischer Vorbemerkung in: A. Richards, & I. Grubrich-Simitis (Hg.): Gesammelte Werke, Nachtragsband (S. 69-82). Frankfurt/M: Fischer (1987)].

Freud, S. (1893). Quelques Considérations pour une Etude Comparative des Paralysies Motrices Organiques et Hystériques. GW 1 (S. 37-55). [Deutsche Übersetzung (1998) „Einige Betrachtungen zu einer vergleichenden Studie über organische und hysterische motorische Lähmungen“, von M.L. Knott & M. Kütemeyer, Jahrbuch der Psychoanalyse 39, 9-45].

Heim, G. (1999). Pierre Janet (1859-1947), „Médecin-philosophe“, Psychologe und Psychotherapeut. Nervenarzt, 70, 1019-1024.

Janet, P. (1893). L'état mental des hystériques. Paris: Alcan (1911) [Deutsche Übersetzung des 1. Teiles (1894) „Der Geisteszustand der Hysterischen. Die psychischen Stigmata.“ von Max Kahane. Leipzig, Wien: Deuticke. Reprint 2004].

Janet, P. (1909). Les Nevroses. Paris: Flammarion.

Janet, P. (1929). The major symptoms of Hysteria. New York, London: Hafner.

Janz, D. (1991). Psychosomatische Aspekte von Lähmungen. In K.J. Neumärker, M. Seidel , D. Janz & H.W. Kölmel (Hg.): Grenzgebiete zwischen Psychiatrie und Neurologie. Berlin: Springer.

Janz, D. (1998). Die Epilepsien. Spezielle Pathologie und Therapie (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Janz, D. & Christian, W. (1957). Impulsiv-Petit mal. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 176, 346-386.

Kütemeyer, M. (2001). Neurologie und Psychosomatik. Erinnerungen an die Janz'sche Klinik. In: Die Wahrheit der Begegnung. Anthropologische Perspektiven der Neurologie. Festschrift für Dieter Janz (S. 191-214.). Würzburg: Königshausen & Neumann.

Kütemeyer, M. (2003). Psychogener Schmerz als Dissoziation. Psychotherapie Soz. 5, 320-337.

Kütemeyer, M., & Masuhr, K.F. (1981). Psychosomatische Aspekte in der Neurologie. In A. Jores (Hg.): Praktische Psychosomatik. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende der Medizin (2. Aufl.; S. 353-70). Bern, Stuttgart, Wien: Huber.

Kütemeyer, M., Masuhr K.F. & Schultz-Venrath, U. (2005). Kommunikative Anfallsunterbrechung. Zum ärztlichen Umgang mit Patienten im Status pseudoepilepticus. Zeitschrift für Epileptologie, 18, 71-77.

- Kütemeyer, M. & Schultz-Venrath, U. (1996). Neurologie. In T.v. Uexküll (Hg.): Psychosomatische Medizin (5.Aufl.; S. 1067-1085). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Lamprecht, F. (1979). Neurologie. In P. Hahn (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. IX Psychosomatik (S.533-578). München: Kindler.
- Lempert, T. & Schmidt, D. (1990a). Natural history and outcome of psychogenic seizures. *Journal of Neurology*, 237, 35-38.
- Lempert, T., Brandt, T., Dieterich, M., & Huppert, D. (1994). How to identify psychogenic disorders of stance and gait. A video study in 37 Patients. *Journal of Neurology*, 238, 140-146.
- Lempert, T., Dieterich, M., Huppert, D. & Brandt, T. (1990b). Psychogenic disorders in neurology: frequency and clinical spectrum. *Acta Neurologica Scandinavica*, 82, 335-340.
- Masuhr, K.F. (1986). Das Münchhausen-Syndrom. In H. Studt (Hg.), *Psychosomatik in der Inneren Medizin* (S.102-108). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Masuhr, K.F.(1994a). Psychogene Aphonie und psychogene Amaurose. *Aktuelle Neurologie*, 21, 16.
- Masuhr, K.F., & Neumann, M. (2004). *Neurologie* (5. Aufl.). Stuttgart :Thieme.
- Meierkord, H. (1986). Sensibilitätsstörungen bei peripherer idiopathischer Facialisparese. Berlin: Med. Diss.
- Rabe, F. (1966). Hysterische Anfälle bei Epilepsie. *Nervenarzt*, 37, 141-150.
- Rabe, F. (1970a). Diagnostische Probleme bei der Unterscheidung von hysterischen und epileptischen Anfällen. *Nervenarzt*, 41, 426-429.
- Rabe, F. (1970b). Die Kombination hysterischer und epileptischer Anfälle. Das Problem „Hysteroepilepsie“ in neuer Sicht. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Schmitz, B. (2005). Anfälle. In B. Schmitz , & B. Tettenborn (Hg.), *Paroxysmale Störungen in der Neurologie* (S. 225-246). Heidelberg: Springer.
- Schöndienst, M. (2002). Von einer sprachtheoretischen Idee zu einer klinisch-linguistischen Methode. *Psychotherapie Soz.* 4 ,253-269.
- Spehlmann, R. (1953). Sigmund Freuds neurologische Schriften. Eine Untersuchung zur Vorgeschichte der Psychoanalyse. Heidelberg: Springer.

Abbildung 1:

Merkmale dissoziativer Störungen nach seelischem Trauma

In: Fiedler P (Hrsg) Trauma, Dissoziation, Persönlichkeit. Pierre Janets
Beiträge zur modernen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie.
Pabst Science Publishers, Lengerich 2006