

Neumann, Josef / Brintzinger-v., Isabella und Leidig, Eberhard
Tussis hysterica - Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms
Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 32 (1983) 6, S. 206-212

urn:nbn:de:bsz-psydok- 29890

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bauers, W.:</i> Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Family Therapy in Connection with Clinical Psychotherapy for Children and Teenager)	224
<i>Buddeberg, B.:</i> Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families)	273
<i>Büttner, M.:</i> Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure)	45
<i>Castell, R., Benka, G., Hoffmann, I.:</i> Prognose enkopretischer Kinder bei stationärer Behandlung (Prognosis of Encopretic Children after Therapy on a Ward for Psychosomatic Diseases)	93
<i>Dellisch, H.:</i> Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler)	305
<i>Diepold, B.:</i> Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders)	298
<i>Fries, A.:</i> Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving)	132
<i>Gehring, Th. M.:</i> Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie (The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnosis in Ambulant Child Psychiatry)	218
<i>Geuss, H.:</i> Ursachen der Wirksamkeit Tachistiskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistoscopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency)	37
<i>Glanzer, O.:</i> Zur kombinierten Behandlung eines 12-jährigen mit dem Sceno-Material und dem Katathymen Bilderleben (Combined Treatment of a Twelve-Year-Old with Sceno-Test Methods and Guide Affective Imagery)	95
<i>Kind, J.:</i> Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania)	53
<i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.:</i> Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind)	257
<i>Klosinski, G.:</i> Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen (Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation)	245
<i>Lehmkuhl, G., Eisert, H. G.:</i> Audiovisuelle Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Audio-Visual Methods in Psychiatric Treatment of Children and Juveniles: Diagnostic and Therapeutic Opportunities)	293
<i>Lempp, R.:</i> Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme (Child-Guidance-Sections in a Clinical Center: Tasks – Needs – Problems)	161
<i>Meier, F., Land, H.:</i> Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna (Use and Process Evaluation of a Self-Control-Program in Case of Diurnal Enuresis)	181
<i>Merkens, L.:</i> Basale Lernprozesse zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Autismus, hirnorganischen Schädigungen und sensorisch-motorischen Deprivationen (Basic Training Processes for the Development of Visual Perception with Autism, Organic Brain Damage, and Sensorimotor Deprivation)	4
<i>Neeral, T., Meyer, A., Brähler, E.:</i> Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik (The Application of the „Gießen Test for Couples“ in Family Therapy)	278

<i>Neumann, J., Brintzinger-v. Köckritz, I., Leidig, E.:</i> Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms (Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom)	206
<i>Pauls, H.:</i> Rollenübernahmefähigkeit und neurotische Störung bei 10- bis 12jährigen Kindern – Eine Korrelationsstudie (Role-taking-ability and Neurotic Disturbances with Children Aged between 10 and 12 Years – A Study of Correlation)	252
<i>Paulsen, S.:</i> Die Familie und ihr zweites Kind – Erwartungen der Eltern während der Schwangerschaft (The Family and the Second Child – Expectations of the Parents during Pregnancy)	237
<i>Peltonen, R., Fedor-Freybergh, P., Peltonen, T.:</i> Psychopathologische Dynamik nach der Schwangerschaftunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ der modernen Zeit (Psychopathological Dynamics after Procured Abortion or the Modern Niobe-Syndrome)	125
<i>Perinelli, K., Günther, Ch.:</i> Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind (The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families)	89
<i>Saloga, H. W.:</i> Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism)	128
<i>Schmidtchen, St., Bonhoff, S., Fischer, K., Lilienthal, C.:</i> Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern (The Image of Child-Guidance Clinics among Members of the Public, Clients and Counselors)	166
<i>Schönke, M.:</i> Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama)	213
<i>Steber, M., Corboz, R.:</i> Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern (Realations between Birth Order, Intelligence and Personality in Children with Problem Behavior)	67
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei kinderpsychiatrischen Störungen (Parental Evaluation of Therapy and Course of Child Psychiatric Disorders)	11
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Parental Satisfaction in an Outpatient Child-Psychiatric-Clinic)	286
<i>Sturzbecher, K.:</i> Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity)	57
<i>Voll, R., Allehoff, W.-H., Schmidt, M. H.:</i> Fernsehkonsum, Lesegewohnheiten und psychiatrische Auffälligkeit bei achtjährigen Kindern (TV-Konsum, Reading Practice and Child Psychiatric Disorder in eight-year-old Children)	193
<i>Wiesse, J.:</i> Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence)	1

Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Dellisch, H.:</i> Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School)	76
<i>Ertle, Ch.:</i> Psychoanalytische Anmerkungen zum Handeln des Lehrers (A Psychoanalytical Approach to the Teaching of Behaviorally Disturbed Children)	150
<i>Hagleitner, L.:</i> Der sogenannte Animismus beim Kind (Child Animism)	261
<i>Hobrücker, B.:</i> Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation (The Personality of Adolescents with Parasuicides: Comparison of Samples and Taxonomic Klassifikation)	105

<i>Lauth, G.</i> : Erfassung problemlöserrelevanter Kognitionen bei Kindern (Assessment of Childrens Problemsolving Skills) . . .	142
<i>Schulteis, J. R.</i> : Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behaviorally Disturbed Mean according to Different Points of View) . .	16
<i>Will, H.</i> : Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education)	71

Berichte aus dem Ausland

<i>Brinich, P. M., Brinich, E. B.</i> : Adoption und Adaption (Adoption and Adaption)	21
<i>Martin, P., Diehl, M.</i> : Die Einweisung in ein „Mental Health Institute“ als kritisches Lebensereignis – Aspekte der kognitiven Repräsentanz (Admission into a Mental Health Institute)	26

Tagungsberichte

<i>Remschmidt, H.</i> : Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne	312
<i>Schmidt, M. H.</i> : Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai in Marburg	310
<i>Sellschopp, A., Häberle, H.</i> : Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie	114
<i>Steinhausen, H.-Cb.</i> : Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29.3.–1.4. 1983 in Cannes, Frankreich	186

Kurzberichte

<i>Hargens, J.</i> : Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand-	
---	--

lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell ...“	82
<i>Leistikow, J.</i> : Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens	85
In memoriam Heinz-Walter Löwenau	117
Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag	233
Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag	267
Hellmut Ruprecht – 80 Jahre	315

Literaturberichte: Buchbesprechungen

<i>Häfner, H. (Hrsg.)</i> : Forschungen für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihrer Probleme in der Bundesrepublik Deutschland	233
<i>Hauschild, Th.</i> : Der böse Blick	157
<i>Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.)</i> : Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten	187
<i>Leber, A. (Hrsg.)</i> : Heilpädagogik	157
<i>Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.)</i> : Emotion und Kognition	269
<i>Mertens, W. (Hrsg.)</i> : Psychoanalyse: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen	317
<i>Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.)</i> : Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jb. I und II. . . .	234
<i>Schneider, H.</i> : Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses	268
<i>Zimmer, D. (Hrsg.)</i> : Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien der Gestaltung	316

Mitteilungen: 34, 86, 116, 158, 188, 235, 270, 318

Aus der Universitäts-Kinderklinik Tübingen
(Direktor: Prof. Dr. J. R. Bierich)

Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms

Von Josef Neumann, Isabella Brintzinger-v. Köckritz und Eberhard Leidig

Zusammenfassung

Es wird die Krankengeschichte eines 12jährigen Mädchens beschrieben, das wegen eines heftigen, attackenartig auftretenden, ungewöhnlich klingenden Hustens, der nachts stets sistierte, in stationärer Behandlung war. Nach Aus-

schluß aller somatisch möglichen Ursachen wurde die Diagnose eines hysterischen Hustens gestellt. Zur Symptomwahl schien uns eine allergische Reaktionsbereitschaft und eine vorausgehende Bronchitis beigetragen zu haben. Wir erkannten bei der Patientin Wesenszüge, wie sie auch bei anderen Patienten mit Konversionssymptomen zu finden

Praxis d. Kinderpsychologie 32: 206–212 (1983), ISSN 0032-7034

© Vandenhoeck & Ruprecht 1983

sind und wurden von seiten der Familie mit einem anfänglichen Widerstand gegen das Aufdecken von Beziehungen und gegen Veränderungen konfrontiert, wie er für Familien mit einem psychosomatisch kranken Patienten typisch ist. Die Konflikte, die sich aufhellen ließen, waren ödipaler Art. Der Husten besserte sich mit der Bearbeitung der Konflikte und verschwand ganz während eines Kuraufenthaltes an der Nordsee.

Von März bis Juni 1981 hatten wir ein 12jähriges Mädchen zu betreuen, dessen einziges Krankheitssymptom außergewöhnlich war und uns beeindruckte; keiner von uns hatte jemals einen derartigen Husten gehört. Das Mädchen wurde auf einer allgemeinpädiatrischen Station aufgenommen. Schon nach wenigen Tagen spalteten sich die behandelnden Ärzte in zwei Gruppen; die einen waren der Ansicht, daß es sich um einen wohl sonderbaren, aber auch dennoch somatisch bedingten Husten handle, dessen Ursache (Fremdkörper, „chack-valve-mechanism“, Äquivalent eines Krampfleidens u. a.) abzuklären sei, während die andern, zu denen die Autoren gehören, davon ausgingen, daß dieser Husten, bei aller Notwendigkeit, somatische Ursachen auszuschließen, Ausdruck eines psychischen Geschehens sei.

Wir waren aber verwundert, daß wir weder in den heute gängigen psychiatrischen noch in den pädiatrischen Handbüchern etwas über einen psychogenen Husten fanden, was uns bei der Diagnose weitergebracht hätte. Damit waren wir vor die Aufgabe gestellt, die Ursache für ein Symptom abzuklären, das keiner von uns zuvor gehört hatte, und über das man sich auch nicht in den heute verfügbaren psychiatrischen und pädiatrischen Nachschlagewerken Rat holen konnte.

Anamnese

Die körperliche und geistige Entwicklung des 12jährigen Mädchens Daniela W. war bisher unauffällig. Von den Kinderkrankheiten hat sie Mumps durchgemacht. Im Alter von 9 Jahren trat erstmals ein Heuschnupfen auf, der sich seither jeden Sommer wiederholt.

Daniela ist ein Einzelkind; mit 6½ Jahren kam sie in die Schule. Sie war bisher immer eine gute Schülerin und besuchte, als wir sie kennenlernten, die 5. Klasse eines Gymnasiums. Die Eltern berichten, sie sei stets unter den 5 besten der Klasse, sie sei ehrgeizig, versuche, alles „perfekt“ zu machen und werde von den Lehren gern für besondere Aufgaben herangezogen. Ihr Lieblingsfach ist Deutsch; gleichzeitig sei sie eine gute Turnerin. Auf die Frage nach dem Kontakt zu Gleichaltrigen meinen die Eltern, daß Daniela keine Kontaktschwierigkeiten habe; in der Klasse ist sie anerkannt und integriert, sie ist Klassensprecherin. Die Zeit, in der sie mit anderen zusammen ist und die, in der sie sich selbst beschäftigt, sei ungefähr ausgeglichen. Die Mutter berichtet, daß Daniela sich schon als Kleinkind problemlos allein beschäftigen konnte; oft habe sie stundenlang im Laufstall allein gespielt. Die Mutter hat vormittags eine Halbzeitbeschäftigung als Sekretärin, der Vater ist Kfz-Meister.

Acht Wochen vor der Aufnahme erkrankte Daniela an einer Bronchitis mit einem trockenen Reizhusten. Nach kurzer Zeit ging die Erkältung wieder zurück, nur der Husten persistierte und wurde in den folgenden Tagen stärker. Als nach ungefähr einer Woche auch der Husten fast vollständig abgeklungen war, ging das Mädchen wieder in die Schule. Am Abend nach dem ersten Schulbesuch trat der Husten erneut und stärker als zuvor wieder auf. Die Hustenanfälle dauerten länger, der Klangcharakter entsprach aber noch einem heiseren, bellenden Husten, wie er bei Erkältungskrankungen normal ist.

Im Bericht über einen 4wöchigen Aufenthalt in einem Kreiskrankenhaus aus dieser Zeit wird der Husten als „salvenartige Stakkatohustenattacken“ mit sehr kurzen Hustenstößen beschrieben. Die einzelnen Hustenanfälle sollen nicht länger als 20 Sekunden gedauert haben. Nach der Entlassung traten die Hustenanfälle weiterhin immer stärker und häufiger auf, so daß eine erneute Aufnahme in unserer Klinik notwendig wurde.

Der klinische Befund – Beschreibung des Hustens

Die klinische Untersuchung des 12jährigen, altersentsprechend entwickelten Mädchens ergab im somatischen Bereich keinen pathologischen Befund. Auch neurologisch war das Mädchen unauffällig.

Die Hustenanfälle dauerten drei bis fünf Minuten und traten 15–20mal am Tag in Abständen zwischen 45 und 90 Minuten auf. Später wurden die Anfälle länger und dauerten teilweise bis zu 20 Minuten mit Pausen von 1 bis 2 Minuten. In der Nacht wurde der Husten nie gehört.

Der Hustenanfall begann ohne vorankündigendes Gefühl. Die einzelne Husteneruption bestand aus einer explosiven, teilweise bellenden Anfangsphase, der sich unmittelbar eine Folge vokalklingender Kehlkopflaute anschloß. Der Husten war trocken und ohne Auswurf. Ein Stridor war weder inspiratorisch noch expiratorisch zu hören. Während des Hustens nahm das Kind eine opisthotone Körperhaltung ein, mit einer Hand hielt es sich fest, mit der anderen Hand drückte es auf den Kehlkopf, weil er wehtat. Während der Hustenanfälle hatte Daniela Schmerzen im Bereich der Hauptbronchien und am Rücken zwischen den Schulterblättern. Das Gesicht war gerötet, der Anfall war von einem Schweißausbruch begleitet. Das Ende des Anfalls wurde durch mehrmaliges Niesen eingeleitet. Das Mädchen war der Meinung, daß es den Husten nicht beeinflussen kann. Nach dem Hustenanfall fühlte es sich leicht benommen und erschöpft, es war aber zu keinem Zeitpunkt ohne Bewußtsein. Während der Hustenanfälle stieg der Blutdruck auf 130/80 mm Hg von 110/70 mm Hg in Ruhe an. Durch die intravenöse Gabe von Valium (4 mg) konnte der Husten nicht unterbrochen werden; auch durch die gleichzeitige Gabe von 25 mg Atosil und 5 mg Valium wurde der Husten nicht beeinflusst.

Für eine orthostatische Dysregulation hatten wir keinen Hinweis. EKG und Schellong-Test waren normal. Die EEG-Untersuchung, auch während des Hustenanfalls, ergab keinen Hinweis für eine abnorme cerebrale Erregbarkeits-

steigerung. Im Computertomogramm des Schädels wurden keine pathologischen Strukturveränderungen des Gehirns und der Ventrikelräume gesehen.

In der Röntgenaufnahme des Thorax wurden beidseitige Frakturen mit Callusbildung der ersten Rippen gesehen, die als „Hustenfrakturen“ interpretiert wurden.

Die Trachea war radiologisch inspiratorisch und expiratorisch frei. Auch die in Vollnarkose durchgeführte Tracheoskopie lieferte keinen Hinweis auf einen Fremdkörper, Polyp oder Tumor im Bereich von Kehlkopf und Trachea.

Wegen eines bekannten Heuschnupfens wurde eine Allergietestung durchgeführt. Daniela reagierte empfindlich auf Goldhamster, Kaninchen, Pferd, Schwein sowie auf eigene Stäube (Schlafkissen, Polstermöbel), Hausstaub, Hausstaubmilbe und Wolle.

Der Krankheitsverlauf

Der Klangcharakter des Hustens hat sich während der Beobachtungszeit geändert. Die Anfälle wurden länger, Husten und Niesen traten nicht mehr streng getrennt nacheinander auf, sondern abwechselnd, und die frühere Phase der vokalen Kehlkopfklänge in der einzelnen Husteneruption wurde immer mehr durch krächzende und stöhnende Laute ersetzt. Der Klang glich immer mehr einem starken, bellenden, heiseren Husten. Die Hustenanfälle wurden seltener; es traten immer häufiger hustenfreie Pausen von mehreren Stunden auf. Dennoch trat bis zur Entlassung regelmäßig ein Hustenanfall während der Visite auf, der von uns als demonstrativ empfunden wurde. Als der Husten sich in seinem Klangcharakter veränderte und allmählich seltener wurde, entwickelte Daniela andere Symptome, wie krampfartige Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Nahrungsverweigerung und Erbrechen, die uns zu weiteren diagnostischen Untersuchungen zwangen und dem Mädchen auch unangenehme Eingriffe einbrachten, die sie erstaunlich gelassen über sich ergehen ließ.

Nach sieben Wochen wurde von Entlassung gesprochen. Daniela selbst hielt sich weiterhin für „sehr krank“, meinte, daß sie noch nicht nach Hause entlassen werden könne. Auch über die Osterfeiertage wollte sie nicht nach Hause beurlaubt werden; sie zog es vor, in der Klinik zu bleiben.

Während des Klinikaufenthaltes veränderte Daniela ihr Verhalten. Anfangs war sie sehr ernst und wirkte verschlossen; häufig blieb sie den ganzen Tag im Bett. Nach drei bis vier Wochen folgte eine Phase, in der sie sich gegenüber ihrer Umwelt öffnete und nach außen auch tätig wurde. Sie hatte Kontakt mit einem 15jährigen Jungen, der operiert werden mußte; sie half im Stationsbetrieb, wollte in den nahegelegenen Park, machte mit beim Basteln. Diese Entwicklung wurde wieder rückläufig, als von der Entlassung nach Hause gesprochen wurde.

Da eine Rückkehr nach Hause eindeutig Angst erzeugte, entschieden wir uns für einen Kuraufenthalt in einem Kinderkrankenhaus auf der Insel Norderney, was auch im Hinblick auf die Inhalationsallergie und die rezidivierende Sinusitis maxillaris günstig erschien.

Aus Norderney schickte uns Daniela eine Karte: „Ich bin gut angekommen. Mein Husten hat sich schlagartig gebessert, auch mein Heuschnupfen.“

Auf Norderney soll Daniela in den ersten Tagen noch heftige Attacken eines pharyngealen Hustens gehabt haben, der schließlich – nach einem leichten Atemnotzustand, währenddessen sie größere Mengen Sekret expektorierte – vollständig sistierte.

Als neues allergisches Element war zwischenzeitlich ein juckendes urtikarielles Exanthem an Oberschenkeln und Oberarmen sowie juckende Papeln in beiden Kniekehlen aufgetreten und lokal mit Mitigal-Mixtur behandelt worden. Nach der Entlassung aus dem Kinderkrankenhaus machten die Eltern zusammen mit Daniela zwei Wochen Urlaub auf der Insel Norderney. Nach ihrer Heimfahrt teilten sie uns mit, Daniela sei ohne Husten entlassen worden; eine Fortsetzung der psychologischen Betreuung hielten sie nicht für notwendig.

Der psychologische Befund

a) Die Einstellung der Familie zur psychologischen Betreuung

Die psychologische Betreuung bestand aus zahlreichen Einzelkontakten mit Daniela, in denen diagnostische und therapeutische Gespräche stattfanden, projektive Tests (z. B. der thematische Apperzeptionstest – TAT – nach Murray und das Rorschach-Verfahren) durchgeführt wurden oder auch gemalt oder gespielt wurde. Daneben gab es auch Gespräche mit den Eltern, mit Vater und Tochter und der ganzen Familie.

Die Familie brachte der psychologischen Betreuung am Anfang deutliche Widerstände entgegen: Die Eltern äußerten die Meinung, daß Daniela seelisch ganz gesund und nur organisch krank sei. Als Bestätigung für ihre Ansicht führten sie an, daß Daniela seit ihrem Krankheitsbeginn, vor ihrem Aufenthalt hier, bereits mit zwei Psychologen Kontakt gehabt habe und dadurch keinerlei Besserung an ihrem Zustand eingetreten sei. Auch Daniela verweigerte zwar den Kontakt nicht, blieb aber in ihren Äußerungen zunächst verschlossen. Sie verhielt sich auffallend passiv, lustlos, leidend; Gefühle und Affekte drückte sie kaum aus. In ihrer ersten Geschichte zu einer selbstgewählten TAT-Tafel machte sie den Wunsch deutlich, ohne ihr wissentliches Mitwirken behandelt zu werden: Sie schilderte einen Menschen, der sich von einem Spezialisten hypnotisieren läßt und für den dann alles anders wird.

Eine Wende im Grad der Offenheit der Familie für eine psychologisch-psychotherapeutische Betreuung ergab sich, nachdem eines Tages am Krankenbett des Kindes der Vater von seinen eigenen Schwierigkeiten und bedrückenden Kindheitserfahrungen zu reden anfang. Dabei wurde deutlich, daß er, als Folge der ihn sehr belastenden Scheidung seiner Eltern, bereits in seiner Kindheit „gelernt“ hatte, Gefühle zu unterdrücken. Und erst, nachdem er das Signal dafür gesetzt hatte, hier eine Änderung zuzulassen, konnte auch Daniela mehr Offenheit im Äußern und Hinterfragen

der eigenen Standpunkte und der Rollenverteilung in der Familie wagen.

b) Psychische Befunde bei Daniela

In ihren Testreaktionen wurde deutlich, daß Daniela Pflichten sehr ernst nimmt und sich hohe Verhaltensnormen (im Sinne von brav, fleißig und tüchtig) setzt. Sie äußerte aber auch die Furcht, diese Normen nicht immer erfüllen zu können. Sie vermied es weitgehend, Gefühle und Affekte zu äußern und schien diese weitgehend verdrängt zu haben. Große Unsicherheit zeigte Daniela in ihren Vorstellungen über die weibliche und männliche Rollenverteilung. Dies machte es ihr nun, zu Beginn der Pubertät, offensichtlich sehr schwer, ihre eigene Rolle zu finden: Bisher, vor ihrer Erkrankung, hatte sie offensichtlich Wesenszüge und Interessen entwickelt (Aktivität, Unternehmungslust, Tüchtigkeit, Sportlichkeit), die sie nun als vor allem zum Vater gehörend, d. h. als „männlich“ ansah. Mit Weiblichkeit verband sie dagegen Passivität, Dienen und Gehorchen.

Zu mehreren TAT-Bildern fielen ihr Geschichten ein, in denen Männer Besitz und Reichtümer haben, die Frauen nicht erlangen können. Zwar äußerte sie deutlich Wünsche, von diesen „Schätzen“ des Mannes auch etwas zu bekommen, doch gab es für sie keine Möglichkeit, an sie heranzukommen, da sie es auf eine offene Konfrontation nicht ankommen lassen und mit einem heimlich verdeckten Vorgehen nicht ans Ziel kommen konnte. So blieben in Danielas Phantasien die Männer immer in der glücklicheren, besitzenden, beherrschenden und bestimmenden Position. Die Frauen dagegen mußten sich anpassen und sich mit einer bescheidenen und unterlegenen Rolle begnügen.

c) Befunde zur Familiensituation

Die Vorstellung von der schwachen, passiven Frau und dem starken, aktiven Mann hatte Daniela am Beispiel der Eltern entwickelt: Die Mutter schien, obwohl halbtags berufstätig, sehr stark die traditionelle Frauenrolle der größeren Passivität und Abhängigkeit dem Partner gegenüber zu spielen. Der Vater dagegen gab sich deutlich dynamischer, aktiver, lockerer und kompetenter.

Deutlich wurde auch, daß zwischen Vater und Tochter eine lebhaftere und engere Beziehung bestand als zwischen Mutter und Tochter oder dem Ehepaar untereinander. Daniela hatte nicht nur weitgehend seine Verhaltensnormen übernommen, es bestand auch eine Ähnlichkeit im körperlichen Habitus zwischen Vater und Tochter, auch die allergische Reaktionsbereitschaft hatten beide. Vor Danielas Erkrankung gab es anscheinend manche Gemeinsamkeiten, z. B. sportliche Interessen. Während der Hustenperioden gab sich Daniela gerade dem Vater gegenüber besonders leidend und hilflos.

Durch die größere emotionale Nähe zum Vater wurde Daniela zu einer Konkurrenz für die Mutter. Dies erzeugte in ihr unbewußte Schuldgefühle, für die es testpsychologisch und im Verhalten zahlreiche Hinweise gab. Am Beispiel der Mutter leitete sie aber auch ab, daß ihre „männlichen“ Fähigkeiten und Interessen ihr gar nicht zustehen, wenn sie eines Tages selbst eine Frau sein will.

Die unterlegene Rolle, in der Daniela die Frau beschrieb, konnte nur ohnmächtigen Zorn sowohl auf die Frau, die sich in einer solch unterlegenen Position halten läßt, als auch auf den Mann, der seine überlegene Position behauptet, erzeugen.

Daß über die Probleme, die sich aus Dominanz – Unterlegenheit, Aktivität – Passivität, Nähe – Distanz ergaben, nicht gesprochen werden konnte, lag daran, daß in der Familie ein Tabu bestand, Konflikte und Meinungsverschiedenheiten anzusprechen und auszutragen.

Dies zeigt sich nicht nur in den TAT-Geschichten Danielas, sondern auch in der Art und Weise, wie die Familienmitglieder miteinander umgingen und wie sie in schwierigen Situationen reagierten.

Es war offensichtlich der Vater gewesen, der dieses Tabu in die Familie eingebracht hatte, nachdem er in seiner Kindheit die Erfahrung machen mußte, daß Konflikte zum Abbruch von Beziehungen führten. Er hatte eine starke Furcht vor jeder Form von Auseinandersetzungen entwickelt.

Differentialdiagnose

a) Zur Frage der somatischen Ursache der Hustenanfälle

Aufgrund unserer Untersuchungen und Befunde können mehrere somatische Ursachen der Hustenanfälle ausgeschlossen werden. Wir stellten uns die Frage, ob die Hustenanfälle ein *atypisches Krampfäquivalent* sein könnten, wie es mehrfach in der Literatur beschrieben worden ist. Bei unserer Patientin ergab aber weder das EEG noch das CTG des Schädels einen pathologischen Befund, so daß ein Anfallsleiden als Ursache ausscheidet.

Ebenso scheidet ein sogenannter *synkopaler Anfall* aus, der zu den nicht epileptischen Anfällen gezählt wird und in der Regel mit kurzdauerndem Bewußtseinsverlust und ohne Konvulsionen verläuft.

Abgesehen davon, daß plötzliche Hustensynkopen bevorzugt beim älteren Menschen auftreten, ist bei unserer Patientin während oder kurz nach den Hustenanfällen nie Bewußtlosigkeit aufgetreten. Das EKG war ohne pathologischen Befund; der Stehversuch ergab keinen Hinweis auf eine orthostatische Dysregulation.

Auch ließ sich der Husten unserer Patientin nicht mit dem erstmals von Charcot 1879 beschriebenen *Ictus laryngis*, der auch als *Vertigo laryngea* oder als *Kehlkopf-Ohnmacht* bezeichnet wurde, vergleichen. Dieser beginnt mit einem Kitzelgefühl im Kehlkopf; es folgt ein Hustenanfall, der nur wenige Sekunden dauert. Während des Anfalls stürzen die Patienten, meist Männer im Erwachsenenalter, zu Boden, werden cyanotisch und für 20 bis 30 Sekunden bewußtlos.

Die Symptomatik des *Ictus laryngis* unterscheidet sich von der bei unserer Patientin beobachteten in allen wesentlichen Merkmalen. Ihren Hustenanfällen ging nie ein vorankündigendes Gefühl voraus; die Anfälle dauerten länger, mindestens drei Minuten; die Patientin stürzte nie zu Boden und war nie bewußtlos.

Breuninger (1964) hat bei einem 49 Jahre alten Mann mit den klinisch eindeutigen Symptomen des *Ictus laryngis*

bronchoskopisch nachgewiesen, daß sich beim Hustenstoß die pars membranacea der Trachea und der großen Bronchien vorwölbt und das Lumen subtotal verlegt. Die Tracheoskopie bei unserer Patientin hat einen derartigen Mechanismus ausgeschlossen.

b) Zur Frage der psychogenen Ursache der Hustenanfälle

Die Hustenanfälle unserer Patientin waren von ihrer Art, ihrem Klangcharakter und ihrem zeitlichen Auftreten her in keines der genannten somatischen Krankheitsbilder einzuordnen. Gleichzeitig hatten wir damit begonnen, mögliche psychogene Ursachen dieses eigenartigen Hustens abzuklären, dessen Merkmale noch einmal zusammengefaßt werden sollen:

1. Der Husten (auch das Niesen) ist trocken.
2. Der Husten sistiert während des Schlafens vollständig.
3. Der Husten tritt anfallsartig und ohne Aura auf; durch mechanische Reize kann er nicht ausgelöst werden.
4. Der Husten enthält ungewöhnliche tierische Laute; er entsteht durch heftige Kehlkopfbewegungen.
5. Der Husten begann mit einem Infekt der oberen Luftwege.
6. Eine Hustentherapie (z. B. mit Codein) oder eine antikonvulsive Therapie hat keinen Erfolg.

Alle diese Merkmale finden sich in früheren Beschreibungen des nervösen Hustens (Freystadt, 1928). Auch das eigenartige Niesen bei Hysterie ist bekannt (Szegő, 1895).

Erstmals wurde der hysterische Husten – „tussis hysterica“ – wie er vor Ende des 19. Jahrhunderts genannt wurde, von Sydenham (1624 – 1689) beschrieben. Diese Beschreibung enthält bereits alle typischen Merkmale dieser Manifestationsform der Hysterie und diente Charles Lasègue als Grundlage für seinen Vortrag „De la toux hystérique“, den er 1854 vor der Société médicale des hôpitaux in Paris hielt. Lasègue ging zunächst darauf ein, daß der hysterische Husten unter allen Erscheinungsformen der Hysterie die am wenigsten bekannte sei.

Das wichtigste Kennzeichen dieses trockenen Hustens sei die Tatsache, daß er bei Nacht vollständig sistiert. Er trete ausschließlich bei Frauen vor dem 25. Lebensjahr, nicht selten im Anschluß an einen Infekt der oberen Luftwege auf, habe einen chronischen, meist monate- oder jahrelangen Verlauf und gehe von allein wieder zurück. Rezidive sind möglich. Die körperliche Untersuchung ergibt keinen pathologischen Befund. Lasègue hielt allein den Ortswechsel für ein geeignetes therapeutisches Mittel.

Josef Breuer stellte seine Antriebsdiagnose „tussis hysterica“ allein aufgrund der von Lasègue angegebenen Kriterien, als er 1880 zu Berta Pappenheim wegen eines hartnäckigen Hustens gerufen wurde, der sich vor der Umgebung nicht mehr verbergen ließ. In der Begegnung Josef Breuers mit Berta Pappenheim begannen die Hysteriestudien von Breuer und Freud, in deren Verlauf auch Freud die Krankheitsgeschichte und -analyse einer 18jährigen Patientin – bekannt unter dem Namen „Dora“ – veröffentlichte, deren Hauptsymptom ein nach einer Erkältungserkrankung persistierender Husten war.

Seit den Hysteriestudien von Breuer und Freud hat sich sowohl die Symptomatik der Hysterie als auch die wissenschaftliche Auffassung über den Symptomenkomplex „Hysterie“ gewandelt. Die großen demonstrativen hysterischen Anfälle mit Absenzen, Halluzinationen, Dämmerzuständen und schreckhaften Angstvorstellungen sind selten geworden. Dagegen besteht heute die Neigung zu hysterischen Einzelsymptomen, die weniger dramatisch ablaufen. Dabei stehen die Symptome An- und Hyperästhesien, heftiges Erbrechen und hysterische Blindheit im Vordergrund. Der hysterische Husten wird in der Literatur nicht mehr genannt.

Diskussion

Sowohl die fehlenden organischen Befunde als auch die Symptomatik und das Verhalten Danielas führten uns zu dem Schluß, daß es sich bei ihrem Husten um eine monosymptomatische Konversionserkrankung handelt, und daß es letztlich ein psychischer Konflikt ist, der in ihrem somatischen Symptom seine Entlastung findet.

Daß Daniela sich gerade das Hustensymptom „gewählt“ hat, um ihren psychischen Leidenszustand anzuzeigen, ist für unsere Zeit allerdings ungewöhnlich. Wir führten die Symptommahl darauf zurück, daß bei Daniela bereits eine gewisse somatische Disposition in Form eines seit einigen Jahren wiederkehrenden Heuschnupfens vorlag. Auch ging eine banale Bronchitis voraus. Daniela hatte also bereits Gelegenheit gehabt, zu „lernen“, welche Umweltreaktionen bzw. welche Form von Entlastung sie selbst durch diese Symptomatik erreichen konnte.

Obwohl nicht nur die Patientin, sondern die ganze Familie von dem Hustensymptom sehr gequält und betroffen war und vor allem der Vater beim Auftreten eines solchen Anfalls sehr hilflos reagierte, war es schwierig gewesen, an den Konflikt, d. h. an die unterdrückten und unbewältigten Affekte, die bei Daniela möglicherweise dazu geführt haben, in den Hustenreflexbahnen Ausdruck zu finden, heranzukommen. Wie oben schon erwähnt, setzte die ganze Familie einer Aufhellung zunächst über mehrere Wochen Widerstand entgegen. Nach einigen Wochen war es der Vater, der das Signal setzte, etwas Einblick in die Persönlichkeit der Einzelnen und in die Familiensituation zuzulassen. Daniela erschien angepaßt, pflichtbewußt, wie dies von Hysteriepatienten häufig berichtet wird. Im Unterschied zu diesen, die oft ein eher dramatisch-theatralisches Verhalten an den Tag legen, zeigte Daniela sich affektgebremst und kaum imstande, Gefühle und Empfindungen zu äußern. Dies teilt sie aber mit vielen anderen psychosomatisch kranken Patienten, Nemiah prägte hierfür den Begriff der Alexithymie.

Es wurde deutlich, daß es ein typisches Muster dieser Familie war, Harmonie und Einverständnis zu demonstrieren, Meinungsverschiedenheiten und Konflikte zu unterdrücken und Veränderungsnotwendigkeiten zu verleugnen. Diese Familienregel war zunächst offensichtlich vom Vater ausgegangen, der aufgrund schmerzlicher Erfahrungen in seiner Kindheit in Auseinandersetzungen nur das Trennende erleben konnte, dann aber auch auf die anderen Familienmitglieder übergegangen. So war es nun Daniela unmöglich geworden, Zweifel, Widersprüche und Ärger zu zeigen und

Unstimmigkeiten zu lösen. Sie hatte offensichtlich den Ausweg gewählt, alle Affekte, die mit Autonomie und Auflehnung zu tun haben, zu verdrängen.

Wir vermuten nun, daß diese, der Kontrolle und Beherrschung entzogenen Affekte sich den Weg gesucht haben, Entlastung und vielleicht symbolischen Ausdruck in dem somatischen Symptom zu finden.

Der konfliktstiftende Inhalt erscheint uns durch Danielas Rolle in der Dreiersituation der Familie entstanden zu sein: Daniela hatte eine weitaus engere emotionale Beziehung zu dem dynamischeren, aktiveren Vater als zu der eher passiven, zurückhaltenden Mutter entwickelt und die Wesenszüge des Vaters auch deutlich nachgelebt. Dadurch war sie aber nicht nur zu einer Konkurrenz der Mutter geworden, mit den daraus folgenden aggressiven Impulsen und Schuldgefühlen, sondern sie war auch in Widerspruch mit ihrer eigenen Weiblichkeit geraten, die sie nur mit negativen Vorstellungen vom Dienen, Gehorchen und Passivsein verknüpfen konnte. Furcht vor der Verführung, Zorn über seine dominante Rolle und daraus folgend wieder Schuldgefühle hatten sich auch gegen den Vater entwickelt.

Es ist zu vermuten, daß diese letztlich ödipale Konfliktsituation für Daniela gerade in der Vorpupertät – wenn ohnehin die eigene Rolle und die Beziehungen zur Umwelt stärker reflektiert werden – eine besondere Aktualität bekam und sie zu der folgenden pathologischen Lösung trieb: Sie durfte nicht länger tüchtig sein und mit dem Vater auf dieser Ebene weiter koalieren, wenn sie sich der Mutter gegenüber nicht weiter schuldig machen und ihrer eigenen Weiblichkeit entgegenwirken wollte. Dadurch daß sie sich krank und hilflos zeigte, konnte sie Entlastung finden, indem sie

- von dem hohen Leistungs- und Anpassungsdruck, dem sie sich selbst ausgesetzt hatte, auswich,
- ihre siegreich dominierende Position der Mutter gegenüber unterdrückte, sich ihr auch schwach zeigte,
- sich die Zuwendung des Vaters auf eine neue, weniger „verbotene“ Weise sicherte (er war derjenige, der sie in der Klinik wesentlich öfter besuchte als die Mutter),
- und schließlich konnte sie auch ihre aggressiven Impulse wie auch Schuldgefühle in dem Symptom unbewußt ausleben, indem sie mit ihm nicht nur die Eltern quälten konnte, sondern auch sich selbst einer heftigen Peinigung aussetzte.

Hinweise dafür, daß in dem Hustensymptom auch eine Selbstbestrafung enthalten war, sahen wir z. B. darin, daß sie sich lange gegen jede Erleichterung während der Hustenattacken in Form von Inhalationen und Entspannungsübungen sträubte.

Wie stark ihr Appell in bezug auf die eigene Hilflosigkeit war, konnte man auch daraus ableiten, daß sie eine Zeitlang, als sie bereits deutlich seltener und in kürzeren Phasen hustete, schriftlich Hustenattacken aufzeichnete, die keiner gehört hatte.

Die Funktion des Hustens wurde auch noch einmal während ihres Abschieds aus der Klinik deutlich:

Danielas Hustenattacken waren deutlich seltener und schwächer geworden, und sie sollte vom Vater abgeholt und zur Nachkur in eine Kurklinik nach Norderney begleitet werden. Vorausgegangen war, daß eigentlich beide Eltern sie gemeinsam dorthin begleiten sollten, Daniela aber gefordert hatte, der Vater alleine

solle sie dort hinbringen. Während sie auf das Eintreffen des Vaters wartete, war sie gefühlsmäßig bewegt von Abschiedsschmerz und Furcht vor dem Verlust der Geborgenheit hier und der unbekannten Klinik dort, daneben aber auch von schlechtem Gewissen, weil sie die Mutter ausgeschaltet hatte. Schwankte sie zunächst noch vor der Ankunft des Vaters stimmungsmäßig zwischen wehmütiger Trauer und freudigem Schäkern, so begann sie sich beim Nähern des Vaters deutlich auf die Schleimhäute zu konzentrieren (zu schniefen, die Nase zu reiben usw.), um dann den Vater mit einem Hustenanfall zu konfrontieren, wie er in dieser Schwere nur ganz am Anfang der Behandlung zu sehen war, und während dessen sie auch wieder jede Form von Erleichterung ablehnte.

In dieser Hustenattacke mußte sie offensichtlich wieder ihre Hilflosigkeit ausdrücken, sich aber wohl auch selbst bestrafen dafür, daß sie sich wieder so viel vom Vater nimmt und die Mutter ausgeschlossen hat, aber auch den Vater dafür bestrafen, daß er ihr so viel Macht gibt und geholfen hat, die Mutter auszuschalten.

Gehen wir nun davon aus, daß Danielas Hustenattacken somatischer Ausdruck ihres psychischen Konflikts waren, so stellt sich schließlich auch noch die Frage, welcher Stellenwert der Allergie für das Entstehen des Hustens beigemessen werden kann und ob auch die atopische Krankheit als Ausdruck eines unbewältigten psychischen Spannungszustandes zu sehen ist. Tatsächlich gibt es Theorien zur allergischen Sensibilisierung, die davon ausgehen, daß psychische Erregung über die Wirkung der Katecholamine zu einer verstärkten Hyperämisierung der Schleimhaut der Luftwege führt und damit die Voraussetzung für den Ablauf immunologischer Reaktionen bildet.

So scheint es uns nicht ausgeschlossen zu sein, daß nicht nur das sehr dramatisch ablaufende Hustensymptom, sondern schon die früher aufgetretene allergische Reaktionsbereitschaft der psychosomatische Ausdruck der ambivalenten und daher verdrängten Affekte in Danielas Persönlichkeit war, zu dem die ganze Familie beigetragen hatte.

Psychotherapeutische Behandlungsansätze

Basierend auf der Hypothese, daß Danielas Husten der unbewußte somatische Ausdruck ihrer ambivalenten Affekte ist, wurde in zahlreichen Gesprächen mit ihr, aber auch mit der übrigen Familie, versucht, die Konflikthalte bewußt wahrnehmbar zu machen. Nur dadurch schien es uns möglich, die eingefahrene und zur Somatisierung beitragende Abwehr zu unterlaufen und neue Verhaltensformen nicht nur für Daniela, sondern für die ganze Familie zu finden. Dies wurde erst möglich, nachdem die Familie ihren Widerstand aufgegeben hatte und zulassen konnte, daß die Einzelnen Wünsche und Schwierigkeiten äußern und ihre Beziehungen zueinander reflektieren.

So wurde Daniela z. B. deutlich aktiver und durchsetzungsfähiger, nachdem ihr aufgegangen war, wie schwach und abhängig sie die Frauen in ihren Testgeschichten dargestellt hatte. Sie sagte selbst, sie wolle beweisen, daß sie sich nicht auch so verhalten müsse wie diese. Vorsichtig wagte sie dann auf der Station (Umgang mit einem älteren Mitpatienten) Rollenerfahrungen, in denen sie als Mädchen aktiv und

phantasievoll sein konnte. Es wurde auch versucht, die Rollenverteilung in der ganzen Familie zu verändern, um Daniela aus der verführerischen aber auch belastenden Konkurrenzsituation mit der Mutter herauszuhelfen.

Der Kuraufenthalt schien uns in doppelter Hinsicht weitere Heilungschancen zu versprechen. Zum einen glaubten wir, daß durch das veränderte Klima die allergische Reaktionsbereitschaft günstig beeinflußt werden konnte. Zum anderen schien uns die Kur die Möglichkeit zu beinhalten, daß Daniela noch einmal neue Kontakterfahrungen macht, in denen sie die hier begonnenen neuen Rollenerprobungen festigen und erweitern konnte, bevor sie in ihr altes, von Vorerwartungen geprägtes Milieu zurückkehrte.

Das Angebot einer weiteren ambulanten psychotherapeutischen Behandlung nach der Kur hat die Familie nicht mehr angenommen, nachdem sich das Symptom bei Daniela während der Kur ganz verloren hatte und in den Monaten danach nicht wieder aufgetreten war.

Summary

Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom

Here the case history of a twelve year old girl is described who had been treated as an in-patient because of a heavy and unusual sounding cough. After excluding all possible somatic causes, we diagnosed a hysterical cough. A disposition to react to allergens and a preceding bronchitis seemed to have contributed to the choice of the symptom. We recognized characteristics in the patient which are also to be found in other patients which conversion reactions and were confronted with an initial resistance on the part of her family against the exposure of relations and changes, which is typical for a family with a psychosomatic (sick) patient. The conflicts which were illuminated were of an oedipal kind. The cough improved with the treatment of the conflicts and disappeared completely during a stay in a health resort at the Northsea.

Literatur

Alexander, F. (1971): Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete. Berlin New York. – Arndt, R. (1887): Hysterie. In: Eulenburg, A. v.: Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. 2. Aufl. Bd. 10, Wien. – Bierich, J. R., Blunck, W., Schönberg, D. (1967): Frühreife bei cerebral-organischen Erkrankungen. In: Mschr. Kinderhkl. 115, 509–516. – Bleuler, E. (1972): Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin-Heidelberg-New York. – Boor,

C. de (1965): Über psychosomatische Aspekte der Allergie. In: Psyche 19, 365–378. – Boor, C. de (1966): Hysterie: Konversionsneurotisches Symptom oder Charakterstruktur? In: Psyche 20, 588–599. – Brandt, G. (1980): Symbolik und Symptomatik. Aus der Analyse einer Arbeitsstörung. In: Praxis der Kinderpsychologie 29, 79–83. – Brede, K. (1974): Problemstellungen in der psychosomatischen Medizin. In: Brede, K. (Hrsg.): Einführung in die psychosomatische Medizin. Frankfurt a. M. – Bresgen, M. (1887): Zur Frage des nervösen Hustens. In: Berliner Klin. Wschr. 24, 929–930. – Brenninger, H. (1964): Ictus laryngis oder expiratorische Stenose der Trachea und der großen Bronchien? In: „HNO“, Wegweiser für die fachärztliche Praxis 12, 111–113. – Chiari, O. (1905): Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Leipzig und Wien 1905. – Freud, S. (1888): Hysterie. In: Villaret (1888–91). Bd. 1, 886–892. – Freud, S. (1883): Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. In: Wien. med. Presse 34, 121–126. – Freud, S. (1886): Zur Ätiologie der Hysterie. In: Wien. klin. Rsch. 10, 379–381. – Freud, S. (1905): Bruchstücke einer Hysterie-Analyse. In: Mschr. Psychiat. Neurol. 18, 285–310 u. 408–467. – Freud, S. (1908): Hysterische Phantasien und ihre Beziehung zur Bisexualität. In: Z. Sexualwiss. 1, 27–34. – Freud, S. (1909): Allgemeines über den hysterischen Anfall. In: Z. Psychother. u. med. Psychol. 1, 10–14. – Freud, S. (1910): Die psychogene Schstörung in psychoanalytischer Auffassung. In: Ärztl. Fortbild. 9, 42–44. – Freud, S. (1912): Über neurotische Erkrankungstypen. In: Zbl. Psychoan. 2, 297–302. – Freud, S. (1969): Allgemeine Neurosenlehre. Studienausgabe Bd. 1, 243–445. Frankfurt a. M. – Freystadt, B. (1928): Kehlkopf und Rachen in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen des Zentralnervensystems. Berlin. – Hansen, O. (1981): Eine psychosomatische Theorie der allergischen Sensibilisierung; Allergie als quasi konditionierte Reaktion. In: Zschr. psychosom. Med. 27, 143–160. – Hirschmüller, A. (1978): Physiologie und Psychoanalyse im Leben und Werk Josef Breuers. Jb. der Psychoanalyse. Beiheft 4. Bern. – Jaspers, K. (1972): Allgemeine Psychopathologie. Berlin-Heidelberg-New York. – Katz, R. M. (1970): Cough syncope in children with asthma. In: J. Ped. 77, 48–51. – Kretschmer, E. (1946): Hysterie, Reflex und Instinkt. Leipzig. – Lasègue, Ch. (1854): De la toux hystérique. In: Arch. gén. méd. 1, 513–531. – Lampl-De Groot, J. (1965): Zur Entwicklungsgeschichte des Ödipuskomplexes der Frau. In: Psyche 19, 403–494. – Meyer, J.-E. (1980): Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen. In: Praxis der Kinderpsychologie 29, 115–117. – Petri, W. (1855): Krampfhusten der Hysterischen. In: Correspondenz-Blatt dt. Ges. Psych. u. gerichtl. Psychol. 2, 73–74. – Rangell, L. (1969): Die Konversion. In: Psyche 23, 121–147. – Rosenbach, O. (1887): Über nervösen Husten und seine Behandlung. In: Berlin. Klin. Wschr. 44, 802–805 u. 826–828. – Stephanos, S., Biebl, W., Plaum, F. G. (1981): Der Begriff der Konversion. In: Uexküll, Th., Adler, R., Herrmann, J. M., Köhle, K., Schonecke, O., Wesiack, W. (Hrsg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München. – Szegö, K. (1896): Über die Imitationskrankheiten der Kinder. In: Jb. Kinderheilk. 41, 133.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Josef Neumann, Univ.-Kinderklinik, Rümelinstr. 23, 7400 Tübingen.