



**Georg-August-Universität Göttingen
Psychosomatik und Psychotherapie**



Konversionsstörungen und Psychotherapie

**Wahlfach SS 2006
Psychosomatik & Psychotherapie**

U. Buss

Zur Orientierung: Spezifische Krankheitsbilder in der Psychosomatik

- Psychische und Verhaltens-Mitbeteiligung bei somatischen Erkrankungen
- Anpassungs- und Belastungsstörungen (incl. somato-psychischer Störungen)
- **Somatoforme und dissoziative Störungen**
- Ess-, Schlaf- und Sexualstörungen
- Neurotische, Persönlichkeits- und nicht psychotische affektive Störungen
- Substanzabusus ohne Abhängigkeit

Begriffsgeschichte „Konversion“

„Bei der Hysterie erfolgt die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch, dass deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird, wofür ich den Namen der Konversion vorschlagen möchte.“

(Freud, 1952)

Triebtheoretische Bestimmung: Konversion

- Verschiebung der Triebenergie (Libido) auf Körperteile
- Konversion als **psychophysischer Abwehrmechanismus**:
 - **konflikthafte Motiv** wird vom Bewußtsein nicht akzeptiert und in eine körperliche Manifestation umgesetzt (**konvertiert**)
 - körperliche Manifestation (z.B. Gangstörung / Sehstörung) enthält einen symbolischen **Ausdruck** für verdrängten Konflikt
 - mit der Funktionshemmung / Schmerzhaftigkeit eines Körperteils besteht auch die „**Bestrafung**“

Begriffliche Annäherung: *Konversion*

- **Umwandlung** von seelischen Inhalten in körperliche Inhalte
- wer macht sie ? die **Hysterie** ! *Die kann alles...*
- die Hysterie imitiert körperliche und seelische Störungen
- Hysterische Abwehr besteht v.a. in der Veränderung der Selbstrepräsentanz:

„man stellt sich anders dar, als man ist“ (Mentzos)

Ideengeschichte - Konzeptentwicklung Konversion

- Ausgangspunkt: **HYSTERIE-Begriff** (Mitte 19. Jhdt.):
„medizinisch unerklärte körperliche Symptome“
- **Briquet (1859): polysymptomatisches Hysteriekonzept**
- **Charcot (1872):** Hysterie als „quasi-neurologische“ Krankheitseinheit; notwendiger genetischer Faktor → Vulnerabilität
- **Janet (1889):** Hysterie als eingeschränkte „psychische Integrationsfähigkeit“ → Dissoziation; „Diathese-Stress-Modell“
- **Freud u. Breuer (1893):** Hysterie basiert paradigmatisch auf „Konversionsmechanismus“

traumatische Erlebnisse früher Familieninteraktionen → Triebkonflikte
→ Verdrängung der Erinnerung → spätere Aktualisierung erfordert
→ abermalige Verdrängung → jetzt Somatisierung (**KONVERSION**)

HYSTERIE - Historische Entwicklung

("Hystéra" = Gebärmutter)

Hysterie ist kein einheitliches Krankheitsbild, eher ein Syndrom

- Hippokrates:** Ursache der Hysterie=Erkrankung der Gebärmutter
- 1700 - 1850** Hysterie wird durch neurologisch bedingtes Nervenleiden erklärt, psychologische Faktoren als Auslöser
- 1825 - 1893** **Charcot:** vielfältige Symptome, nicht nur psychisch
- 1895** **Freud und Breuer:** „Studien zur Hysterie“ (Konversionshysterie); Psychische Entwicklung und psychotherapeutische Behandlung
- Psychoanalytisch:** "Abwehrformation, bestimmte Form des Selbst, auf Belastungen in verschiedenen Entwicklungsphasen zu reagieren und wird von Frauen wie von Männern eingesetzt"
- Aktuell:** Begriff wird vermieden (abwertend, stigmatisierend, irreführend)
- ICD-10 / DSM-IV:** **Dissoziative Störung / Konversionsstörung**
Histrionische Persönlichkeitsstörung

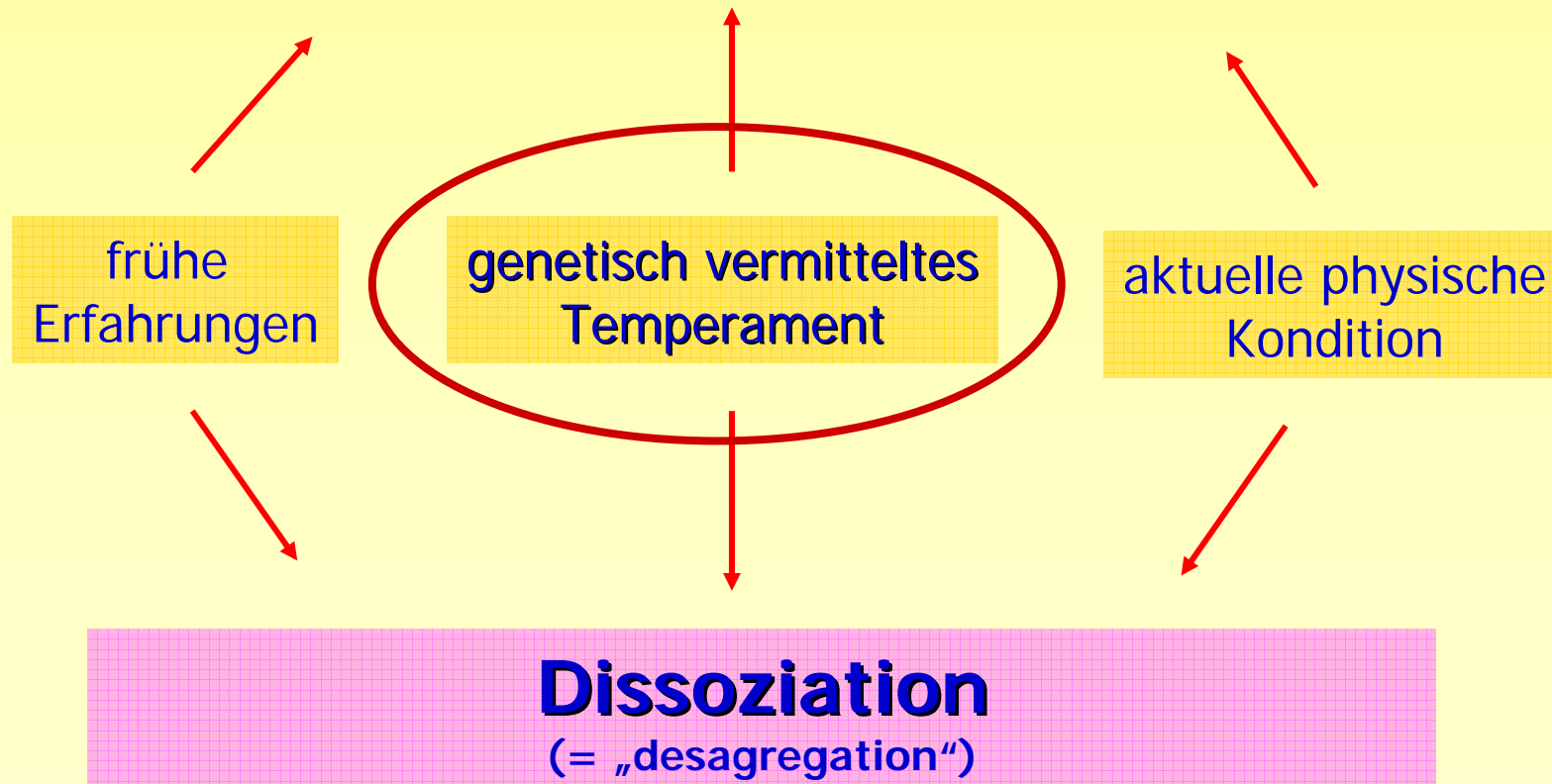
HYSTERIE - Historische Entwicklung

(J.-M. Charcot; 1825-93)



JANET´s Konzeption von Dissoziation (1889)

Psychische Integrationsfähigkeit



HYSTERIE

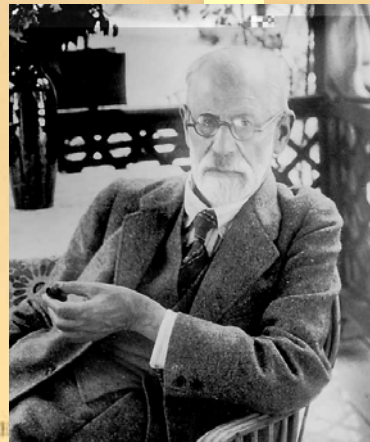
Historische Entwicklung

STUDIEN
VON
HYSTERIE

VON
Dr. JOS. BREUER UND Dr. SIGM. FREUD

IN WIEN,

LEIPZIG UND WIEN,
FRANZ DEUTICKE
1895.



Aber der causale Zusammenhang des veranlassenden psychischen Traumas mit dem hysterischen Phänomen ist nicht etwa von der Art, dass das Trauma als Agent provocateur das Symptom auslösen würde, welches dann, selbstständig geworden, weiter bestände. Wir müssen vielmehr behaupten, dass das psychische Trauma, resp. die Erinnerung an dasselbe, nach Art eines Fremdkörpers wirkt, welcher noch lange Zeit nach seinem Eindringen als gegenwärtig wirkendes Agens gelten muss, und wir sehen den Beweis hierfür in einem höchst merkwürdigem Phänomen, welches zugleich unseren Befunden ein bedeutendes praktisches Interesse verschafft.

Wir fanden nämlich, anfangs zu unserer grössten Ueberraschung, dass die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affect wachzurufen, und wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affect Worte gab. Affectloses Erinnern ist fast immer völlig wirkungslos; der psychische Process, der ursprünglich abgelaufen war, muss so lebhaft als möglich wiederholt, in *stadium nascendi* gebracht und dann „ausgesprochen“ werden. Dabei treten, wenn es sich um Reizerscheinungen handelt, diese: Krämpfe, Neuralgien, Hallucinationen — noch einmal in voller Intensität auf und schwinden dann für immer. Functionsausfälle, Lähmungen und Anästhesien schwinden ebenso, natürlich ohne dass ihre momentane Steigerung deutlich wäre.¹

Psychodynamische Aspekte Konversion

- 1) **konflikthafte** weil nicht tolerable Wünsche, **Triebe**, Impulse...
 - 2) ...mobilisieren **Angst** (vor Strafe; vor Liebesentzug etc.), diese
 - 3) wird **verdrängt** und damit unschädlich gemacht, aber
 - 4)situative **Aktualisierungen** erfordern erneute **Abwehr**, jetzt
 - 5) ...in Form der **Konversion** → körperliche Manifestation
 - 6) symbolischer **Ausdruck** von Wunsch + Bestrafung
 - 7) Konfliktlösung → primärer Krankheitsgewinn
 - 8) Krankenrolle bringt → sekundären Gewinn (neue Interaktionen)
- körperliches Erleben (Gangstörung; Sehstörung; sensible Störung; Dissoziation) **vertritt** seelisches Erleben !

Grundsätzlich ist aus psychodynamischer Sicht für die **Konversion** festzuhalten:

- für den Patienten geschieht etwas in seinem Körper, das er nicht versteht und das er für organisch begründet hält
- im Konversionssymptom ist etwas untergebracht:
 - ein Affekt,
 - eine Begierde,
 - ein Handlungsentwurf
 - eine Vorstellungdie/der aus der Identität/dem Selbst ausgeschlossen wird
- als Abwehrmechanismus ist die Konversion nicht für sexuelle Triebkonflikte reserviert sondern kommt auch bei anderen z.B. aggressiven Konflikten zum Zuge

Lockerung des **Konversionsbegriffs** von einem **engen Hysterieverständnis**

- epidemisches Auftreten (Katastrophen, Krieg) spricht gegen unabdingbare frühkindliche Traumata resp. Triebkonflikten für Pathogenese von Konversionsstörungen
- Vielfalt von Persönlichkeitsstrukturen bei Konversionssymptomen:
neben der histrionischen Struktur v.a.
passive, dependente u. depressive Persönlichkeitszüge
- Internistisch-neurologische Statuserhebungen zeigen häufige Koinzidenz mit neurologischen Befunden u. Prozessen

Klassifikation ICD-10

Konversion wo ??

F 44 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

Teilweiser oder völliger **Verlust der normalen Integration**, die sich auf **Erinnerungen** an die Vergangenheit, Identitätsbewußtsein und unmittelbare **Empfindungen** sowie die **Kontrolle von Körperbewegungen** bezieht

Klassifikation ICD-10

Kriterien ??

F 44 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

- **neurologische / somatische Symptomatik** durch körperliche Erkrankung resp. pathophysiologischen Mechanismus nicht erklärbar
- **zeitlicher Zusammenhang** mit psychosozialer Belastung bzw. innerseelischer Konfliktlage, z.B. gestörten Beziehungen
(auch wenn diese geleugnet werden)

DSM-IV: Konversionsstörung als typische somatoforme Störung geführt !!!

im Unterschied (?) dazu
Kriterien der somatoformen Störungen (ICD-10)

F 45 somatoforme Störungen

- **wiederholte Darbietung körperlicher Symptome**
- mit Erwartung/Forderung medizinischer Untersuchungen
- in Verbindung mit negativer somatischer Befundlage
- überwiegend somatisches Krankheitskonzept des Patienten
- tendenziell enttäuschende Arzt-Patient-Interaktion

„Dissoziation“

Aufspaltung des Erlebens in scheinbar unverbundene Teile mit dem unbewussten Ziel, die psychische Integrität durch Fernhalten unerträglicher innerer Spannungen (Konflikte, heftige [z.B. traumatische] Affekte) zu bewahren.

Diagnostische Einordnung dissoziativer Störungen

- **Bewegungsstörungen:**
 - Lähmungen, Ataxie, Astasie, Abasie, Zittern, Schütteln (F44.4)
 - Krampfanfälle (F44.5)
- **Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen:**
 - anästhetische Hautareale, Verlust der Sehschärfe, Tunnelsehen, Taubheit, Anosmie (F44.6)
- **Bewusstseins- und Gedächtnisstörungen:**
 - Amnesie (F44.0), Stupor (F44.2), Trance (F44.3), Depersonalisation
- **Komplexe Störungen:**
 - Fugue (F44.1), multiple Persönlichkeitsstörung
- **Dissoziation im Rahmen anderer Störungen:**
 - PTSD (F43.1), Panikstörung (F41.0), Borderline-PS (F60.31)

Differenzierung: **Konversion** - Dissoziation - Somatisierung

■ **Konversionsstörung**

= dissoziative Störung der Bewegung und des Sinnensempfindens

■ **Dissoziative Störung** (i.e.S.) **des Bewußtseins**

= dissoziative Amnesie (F 44.0)

= dissoziative Fugue (F 44.1)

= dissoziativer Stupor (F 44.2)

■ **Somatisierung = Oberbegriff**

= deskriptiv (ICD-10): somatische Beschwerden ohne Befund

= neurosentheoretisch: Abwehrmechanismus

= umfasst multiple Organsysteme bzw. auch vegetative innervierte Funktionen

Behandlungsaspekte bei Konversionsstörungen I

- **Grundkonflikt der Identität**
- Somatisierung an willkürlicher Motorik bzw. einem „Ausdrucksorgan“ → *vieldeutige Geste*
- Psychotherapeutische Aspekte:
 - Bestätigung eines psychosexuellen Identitätskerns bzw. Integration verschiedener Selbstanteile
 - Klarifizierung von Affekten → damit auch von Beziehungen
 - hier: Körpersymptom nicht primärer Gegenstand der Bearbeitung, sondern „Phänomen des Erlebens“
 - Hinweise auf Abgewehrtes und Verborgenes

Behandlungsaspekte bei Konversionsstörungen II

Indirektes Erschließen der Psychodynamik

- was ist unangenehm bzw. wo liegen mögliche Konflikte in der aktuellen Lebenssituation des Patienten ?
- was wird durch das Unangenehme (körperliche Symptomatik) verhindert ?
- in welche kommunikative Richtung weist die Art der Konversionsstörung ?
- welcher Bereich von Beziehung wird durch die Störung beeinflusst ?

Ärztliche Haltung

bei **Konversionsstörungen**

(= *funktionellen neurologischen Störungen*)

- frühe integrierte Diagnostik + Überleitung zu Psychosomatik & Psychotherapie
- Frage nach psychischen Beschwerden nie isoliert stellen, immer in Verbindung mit geklagtem somatischem Symptom
- Bereitschaft zu paralleler Diagnosestellung (somatische Störung + sekundäre somatoforme / Konversionstörung)
- Mitteilung der „funktionellen Diagnose“ mit Bedacht

Behandlungsaspekte bei Konversionsstörungen III

- **Tragfähige Beziehung Arzt - Patient entscheidend**
- **Ernstnehmen der Symptome,
Psychogenese-Konzept langsam aufbauen**
- **Krankheitsgewinn beachten!**
- **Keine Symptombeseitigung ohne gleichzeitige innere
und äußere Entlastung !**
- **Psychotherapie vorrangig,
Pharmakotherapie i.d.R. nachrangig (Naltrexon)**
- **Vermeidung von Folgeschäden:
Physiotherapie, Entspannungsverfahren**

Behandlungsaspekte bei Konversionsstörungen IV

- **Psychodynamische Psychotherapie:**
 - zentrale Konflikte (nicht nur kognitiv!) verstehen
 - unbewusste Mechanismen erkennen, ändern
- **Verhaltenstherapie:**
 - kognitive Überzeugungen bzgl. der Symptome ändern
 - Körperwahrnehmung korrigieren
- **Medikamentöse Therapie:**
 - bei Depressivität: Antidepressiva, initial ggf. Anxiolytika;
 - bei Dissoziation ggf. Naltrexon

Symptomwandel psychogener Störungen

- **Klassische Konversionssymptome nehmen ab**
- **neue Modekrankheiten**
 - z.B. Chronic Fatigue, Fibromyalgie, Sick Building Syndrome, Multiple Chemical Sensitivity
- **„Somatoforme“ (psychovegetative) und psychosomatische Störungen nehmen zu**
- **mögliche Ursachen:**
 - Veränderung der psychischen Belastungen (weniger Triebunterdrückung, mehr „Stress“)
 - Veränderung des (imitierten) Krankheitsspektrums
 - Klassifikationsunschärfen (z.B. Hyperventilation, konditionierte autonome / Immunreaktionen)



Literaturempfehlung zum Thema: Konversion

- **Gündel H, Kapfhammer HP (2005): Hysterie, Konversion und Somatisierung. Nervenheilkunde 10, 913-918**
(guter Artikel zur Orientierung)
- **Boothe B (2002): Hysterie. In: Mertens W & Waldvogel B (Hg.). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe, Kohlhammer-Verlag, 2. Auflage, Stuttgart, 300-306** *(kurzer guter Übersichtsaufsatz)*
- **Eckhardt-Henn A (2002): Dissoziation. In: Mertens W & Waldvogel B (Hg.). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe, 141-145**
(kurzer Übersichtsaufsatz)
- **Kapfhammer HP (2001): Somatoforme Störung. Nervenarzt 72, 487-500**
- **Mentzos S (1982): Neurotische Konfliktverarbeitung**
(lesenswertes Standardwerk u.a. zu Abwehrmodi; Fischer-Taschenbuch)



**Georg-August-Universität Göttingen
Psychosomatik und Psychotherapie**

Dr. U. Buss

E N D E