

Rudolf Klußmann

# Konversion als psychosomatische Erkrankung

## Zum Verständnis der Konversion heute

Conversion as Psychosomatic disease – Comprehension of conversion today

Der Begriff der Konversion hat eine lange Geschichte. Freud erwähnte ihn im Rahmen seiner Hysterie-Studien. Ein Konversionssymptom entsteht, wenn ein Triebwunsch mit einer inneren Norm in Konflikt gerät, zu einer „unverträglichen Vorstellung“ wird, aus dem Bewusstsein verdrängt werden muss und in eine Körperreaktion umgewandelt wird. Schon früh wurde beobachtet, dass die beschriebene ödipale Problematik als Ursache des Konversionsprozesses nicht ausreicht. Vielmehr ist sie eingebettet in Störungen der frühen Mutter-Kind-Beziehung aus präverbaler Zeit, in der der Säugling seine Empfindungen körperlich ausdrückt. Wird der Prozess des Spracherwerbs und damit die Symbolisierungsmöglichkeit durch einen erfahrenen Mangel an empathischer Zuwendung behindert, so wird in späteren angstauslösenden Konfliktsituationen auf frühkindliche Erfahrungen zurückgegriffen mit der Folge, dass ein körperliches Symptom entsteht. Anhand von Beispielen werden diese Zusammenhänge erläutert.

### Schlüsselwörter

Konversion – Hysterie – Spracherwerb – Symbolisierungsfähigkeit – präverbale Störungen – psychosomatische Reaktionen

*The term 'conversion' has a long history. Freud first mentioned it in his studies on hysteria. Conversion as a body symptom occurs when a personal desire interferes with an inner moral standard. This conflict is suppressed and converts into a physical symptom. Psychoanalysts found out quite early that this process cannot be adequately described by the oedipal complex. More precisely, it has its roots in disturbances of the early mother-child relation.*

*In the preverbal phase, babies express their feelings physically. When the path of empathetic dialogue is impeded, however, the baby develops difficulties with symbolization. These early impressions are stored in the brain and, at a later age, a physical symptom develops in situations of danger and fear. This subject will be discussed and demonstrated with the help of medical histories and examples of psychosomatic patients.*

### Keywords

*conversion – hysteria – development of language – symbolization – preverbal disturbances – psychosomatic reactions*

## Zur Einführung: Freuds Ohnmachtsanfälle

Ein Ohnmachtszustand um das 55. Lebensjahr eines Patienten ist für den Arzt ein eindrucksvolles, akutes, gravierendes Ereignis. Er muss alle differentialdiagnostischen Möglichkeiten in Erwägung ziehen, wobei es sich meist um Herz-Kreislauf-Erkrankungen handelt. Vor allem bei jüngeren Patienten ist auch an vagovasale oder konversionsneurotische Hintergründe zu denken.

Der geistige Vater psychodynamisch denkender Psychosomatiker – Sigmund Freud (1856-1939) – fiel mehrfach selber in Ohnmacht. Zwei Anfälle dieser Art ereigneten sich bei Begegnungen mit C.G. Jung (1875-1961). Einer davon trat vor der gemeinsamen Amerikareise (1912) in Bremen auf. „Kurz bevor sie an Bord des Schiffes gingen ... überredeten Freud und Ferenczi (1873-1933) Jung, doch seine strikte Alkoholabstinenz aufzugeben und beim Mittagessen ein wenig Wein zu trinken. Freud legte dann Jung dar, dass auf seiner Seite (gemeint ist Jung, v. V.) gewisse unbewusste Todeswünsche wirksam seien; Jung widersprach dem nachdrücklich. Während dieser Diskussion wurde Freud plötzlich ohnmächtig“ (Schur, 1977, S. 319; vgl. auch Jones, 1961, S. 421-423). Freud konnte mit der Erklärung (Schurs) einer erhöhten Neigung zu „vagovasalen Reflexreaktionen“ nicht zufrieden sein. Ihm und seinen Gefährten wurde bald klar, dass es sich um tieferliegende Konflikte handelte. Der Hintergrund dürfte in einer hochambivalenten Beziehung zu Jung zu finden sein. Er schreibt: „Da nahm ich ihn in die Arme, trug ihn ins nächste Zimmer und legte ihn auf ein Sofa. Schon während ich ihn trug, kam er halb zu sich, und den Blick, den er mir zuwarf, werde ich nie vergessen. Aus seiner Hilflosigkeit heraus hat er mich so angeschaut, wie wenn ich sein Vater wäre. Was immer sonst noch zu dieser Ohnmacht beigetragen haben mag – die Atmosphäre war sehr gespannt – beiden Fällen ist die Phantasie vom Vatermord gemeinsam.“ Dahinter stecke, so Freud, ein „Vaterkomplex“, was Jung zurückwies. (Dieses Wort galt seither in Wien als „Schimpfwort“ [Gay, 1991, S. 267]). Jung erwähnt, dass Freud „mich als seinen Nachfolger betrachte ... Ich (aber) wußte, daß ich nie imstande sein würde, seine Ansichten ... korrekt, d. h. in seinem Sinne, zu vertreten“ (Jung, 1967, S. 161). Jung war im Begriff, sich zu dieser Zeit intellektuell von Freud zu distanzieren.

Ein Konversionsgeschehen? Es sieht so aus, als hätte Freud sein aggressives Potential verdrängt und gegen sich selber gewendet. Die phobische wie konversionsneurotische Abwehr war zusammengebrochen, das körperliche Symptom als Ersatzlösung die Folge. Neben abgewehrten aggressiven Impulsen sind bei Freud sexuelle und vor allem Anlehnungswünsche anzunehmen, zumal er all seine Hoffnungen in seinen „Sohn“ Jung gelegt hatte, der ihn im Schwächezustand auffing. Es handelt sich bei dem Konflikt um einen Kompromiss zwischen Triebimpulsen und deren Abwehrformation, der seinen symbolischen Ausdruck in der Körperstörung fand.<sup>1</sup>

## Zum Konversionsbegriff

Die Entwicklung des Konversionsbegriffes hat eine lange Geschichte und ist eng mit demjenigen der „Hysterie“ verbunden. Die Erkenntnisse gehen auf Beobachtungen zurück,

die Freud zusammen mit Jean-Martin Charcot (1825-1893) in Paris gemacht hatte. Bei Patientinnen mit als hysterisch eingestufte Symptomatik verwendeten sie als Therapie die Hypnose. Die Ergebnisse ihrer therapeutischen Bemühungen schildern sie in den Arbeiten „Ein Fall von hypnotischer Heilung, nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den ‚Gegenwillen‘“ und in den „Studien über Hysterie“ (Freud, 1894; 1952, S. 75-312).

Ihre Entdeckungen wurden zu einem klinisch wichtigen, heute noch gebräuchlichen, wenn auch erweiterten Konzept, das zum psychodynamischen Verständnis einer psychoneurotisch bedingten somatoformen Störung beiträgt. Im Prozess der Konversion wird ein unbewusster, verdrängter Konflikt abgewehrt. Dieser beruht auf einer inakzeptablen Vorstellung, einer Fantasie, die innerpsychisch nicht ausreichend bearbeitet werden kann, verdrängt wird und ein körperliches Symptom hervorbringt. Psychische Energie wird in körperliche konvertiert. Dadurch kommt es zu einer gewissen Lösung des Konfliktes, zu einer Erleichterung und Auflösung des bedrängenden Affektes. Der Hintergrund der Problematik wird durch das körperliche Symptom symbolisch dargestellt. Es ist Ausdruck eines Kompromisses zwischen einer affektiv besetzten, jedoch verpönten Wunschvorstellung und der Abwehr derselben. Diese Zusammenhänge bleiben dem Betroffenen fremd. Freud fasst den Vorgang folgendermaßen zusammen:

„Bei der Hysterie erfolgt die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch, dass deren **E r r e g u n g s s u m m e** in **K ö r p e r l i c h e** u m g e s e t z t wird, wofür ich den Namen **K o n v e r s i o n** vorschlagen möchte.“ Und weiter: „Die Konversion kann eine totale oder partielle sein und erfolgt auf jene motorische oder sensorische Intervention hin, die in einem innigen oder mehr lockeren Zusammenhang mit dem traumatischen Erlebnis steht. Das Ich hat damit erreicht, daß es widerspruchsfrei geworden ist, es hat sich aber dafür mit einem Erinnerungssymbol belastet, welches als unlösbare motorische Innervation oder als stets wiederkehrende halluzinatorische Sensation nach Art eines Parasiten im Bewußtsein haust und welches bestehen bleibt, bis eine Konversion in umgekehrter Richtung stattfindet“ (Freud, 1894; 1952, S. 63-64). Bei dem verborgenen Wunsch hinter dem Konversionssymptom handelt es sich also um eine von außen oder innen stammende Triebvorstellung, die mit Gefühlen von Angst und Gefahr verbunden ist. Es handelt sich um eine „unverträgliche Vorstellung“, die aus dem Bewusstsein verdrängt werden muss. Das geschieht mithilfe einer „Wendung in die somatische Innervation“, einer Konversion, als Ersatzbefriedigung, als Kompromiss. Dadurch wird eine teilweise Spannungsabfuhr und Stabilisierung des Selbst ermöglicht. Im Symptom ist der „blockierte(n) Trieb eingeschlossen“ in „das Bedürfnis nach einer Aktivität mit Objektbezug, deren Befriedigung nun doppelt gefährdet ist. Den unbewußten Wunsch in die Tat umzusetzen kann einerseits dazu führen, (in der Realität und/oder intrapsychisch) vom Objekt zurückgewiesen zu werden, während dies nicht zu tun andererseits bedeutet, die in der Objektbeziehung innewohnende Befriedigung aufzugeben. Anstatt den unbefriedigenden Wunsch aufzugeben und eine neue Lösung zu suchen, drängt der Wiederholungszwang ... einen Kompromiß auf, nämlich den unbewußten Wunsch durch eine symbolische Gebärde zu ersetzen, die in körperlichen Begriffen den Wunsch und die Blockierung seiner Erfüllung in der Realität präsentiert. Dies ist die Konversionsreaktion ...“ (Engel, 1976, S. 406). Psychische Energie wird im Symptom

gebunden und hält unbewusst den „unerlaubten“ Wunsch zurück. Sekundär jedoch nimmt die libidinöse Besetzung dieses Wunsches zu. Es kommt gleichzeitig zu einer gewissen Form von Befriedigung wie von Bestrafung (vgl. Klußmann & Nickel, 2009, S. 26). Strukturell gesehen gerät ein aus dem Es stammender Triebwunsch in Konflikt mit den erlernten strengen Vorgaben, den Normen und Idealen des Über-Ich. Das der Realität verpflichtete, ausgleichende und steuernde Ich findet gleichsam eine Lösung, indem es das Körpersymptom produziert, und zwar in einer Weise, dass sich hinter diesem die tieferliegende verdrängte Problematik darstellt.

Aus dem folgenden Beispiel einer Patientin, die an einer Herzneurose leidet, ist das ätiopathogenetische Konzept einer Konversion von Affekten nachvollziehbar.

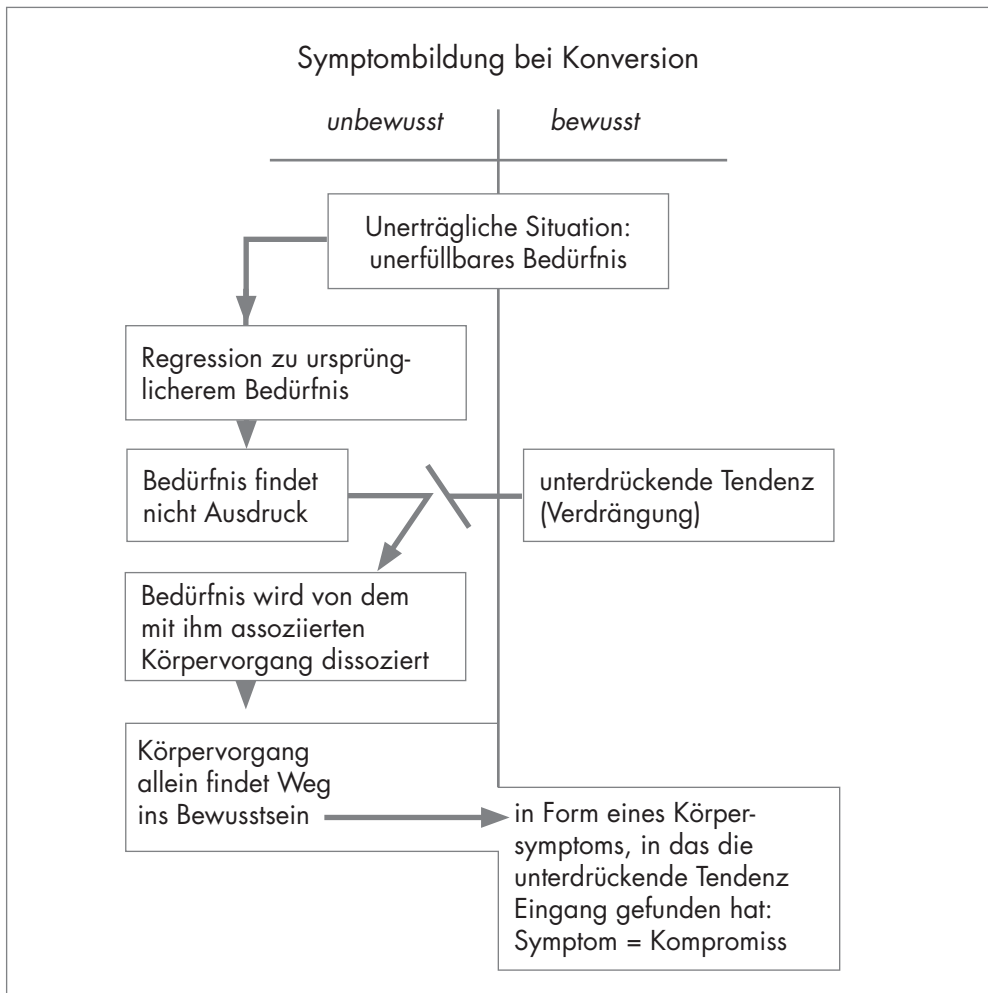
Die 35-jährige frühere Bankangestellte erkrankte vor 3 Monaten an Herzbeschwerden mit Schmerzen über der linken Thoraxseite, Herzstolpern und Angst, die vor allem abends und am Wochenende auftritt. Angst vor dem Tod habe sie schon immer gehabt. Sonst sei sie nie ernsthaft krank gewesen. Die internistische Untersuchung bleibt ohne Befund. Die Patientin ist seit 11 Jahren mit einem Iraner verheiratet, hat 2 Kinder von 5 und 10 Jahren. Ihr Mann sei ruhig und ausgeglichen, könne seine Gefühle nicht zeigen, sei distanziert und kühl, beruhige aber auch, sei zuvorkommend. Sexuell – „da erfülle ich meine Pflicht“. Patientin fühlt sich allein gelassen, die Freizeit verbringen sie häufig getrennt. „Da entsteht eine Leere. Ich möchte mehr aus meinem Leben machen.“ Sie schließt sich Kirchengruppen an und lernt einen Pater kennen, den sie verehrt: „Und dann sollte es weitergehen – aber da konnte ich nicht mehr. Ich bin moralisch so streng erzogen worden.“ Wenige Wochen vorher wollte ihr Vater mit ihr schlafen: „Ich tue dir nicht weh“, sagte er – da ist bei mir was runtergefallen.“ Der Vater habe sie früher nicht hergeben wollen, habe aber nie eine gute Beziehung zu ihr aufbauen können. Er habe getrunken, die Familie tyrannisiert. Die Mutter und Großmutter hingegen haben sie als Einzelkind verwöhnt und verhätschelt.

*Triebpsychologisch* besteht eine Verbindung gleichzeitig zwischen Begehren und Abwehr des Wunsches einerseits und dem Körpersymptom andererseits. Die ödipale Situation mit dem konkreten sexuellen Angebot des Vaters wird durch die Versuchung mit dem Pater wenige Wochen später in der Auslösesituation aktualisiert. Das Symptom der Herzbeschwerden ist ein Kompromiss zwischen Es-Impulsen und Über-Ich-Verboten im Sinne einer konversionsneurotischen Lösung durch das Ich. In diesem Zusammenhang hat der symbolische Ausdruck des körperlichen Symptoms eine sinnbildliche Bedeutung. Bei dieser Patientin geht es um eine „Herzensangelegenheit“, die sie als schmerzhaft erlebt, deren Hintergrund sie jedoch nicht verstehen kann. Die verborgenen Affekte von Wut, Hass, Begehren, Liebeswünschen kann sie ebenso wenig erfassen wie ihre Schuldgefühle, die mit ihren Wünschen in enger Verbindung stehen und nach einer für sie tragbaren Lösung suchen.

Das Geschehen ist jedoch komplexer. Hier müssen die *objektbeziehungspsychologischen* Erkenntnisse hinzugezogen werden. Die auf den Körper projizierten Inhalte sind hierbei nicht ödipaler Natur, sondern beruhen auf inneren Vorstellungen und Abbildern des eigenen Selbst wie der engsten Bezugspersonen, die sich in der präverbalen Zeit bilden (vgl. Klußmann, 1997, S. 75). Beide Repräsentanzen sind auch bei dieser Patientin in

Konflikt geraten, Selbst und Objekt treten gleichsam in einen Dialog miteinander: „... es wird eine verinnerlichte, emotional außerordentlich bedeutsame, heftige Objektbeziehung am Körper oder mit dem Körper inszeniert. In diesem Körperdialog sind vor allem die aggressiven Beziehungserfahrungen aufgehoben. Der innere Dialog entlastet die äußeren, gelebten Beziehungen davor, von den destruktiven Impulsen eingenommen zu werden“ (Küchenhoff, 1997, S. 77). Eine tieferliegende Problematik behinderte die Entwicklung in Richtung Unabhängigkeit. Eine Trennungambivalenz in allen Beziehungen der Patientin bleibt bestehen. In der Angst (auch vor dem Tod) spielen aggressive Todeswünsche bei fortlebenden Geborgenheitserwartungen eine Rolle. Die symbiotische Abhängigkeit steht in Widerstreit mit den Unabhängigkeits- und Individuationsbestrebungen und weist auf defizitäre Frühstörungsanteile hin.

**Abbildung 1:** Symptombildung bei der Konversion (nach Adler, 1992, S. 164)



## Häufige Manifestationen der Konversion

Engel listet häufige Konversionsmanifestationen auf und betont, dass die betroffenen Körperteile mit ihren Funktionen eine Reihe von Gemeinsamkeiten insofern aufweisen, als sie „der willkürlichen Kontrolle (motorischen) oder der Wahrnehmung (Empfindung) unterworfen“ sind ... Sie waren in einer bestimmten Form während der Entwicklung aktiv an den Objekt-Beziehungen beteiligt; sie sind in Form von gewissen Auffassungen des Körperbildes und einer Funktion davon vorstellbar ...“ (Engel, 1976, S. 402-404).

*Motorisch:* Lähmung oder Schwäche; Krämpfe, generalisiert oder lokalisiert; Tic; Tremor oder andere abnorme Bewegungen; abnorme Haltungen; Torticollis; Pseudokontrakturen; Steife; Gangstörungen; Atasie, Abasie; Aphonie; Dysphonie; Heiserkeit; Mutismus; Blepharospasmus; Ptosis; Augenmuskellähmung.

*Sensorisch:* Schmerz an irgendeiner Stelle; Anästhesie, Hypästhesie, Dysästhesie; Blindheit, tubuläres Sehen; Taubheit; Wärme- und Kälteempfindungen.

*Oberer Verdauungstrakt:* Globus hystericus; Dysphagie; Nausea, Erbrechen; Heißhunger; Anorexie; Hyperphagie; Polydipsie; abdominelle Blähungen.

*Unterer Verdauungstrakt:* Inkontinenz; Verstopfung; Durchfall.

*Respirationstrakt:* Hyperventilation; Dyspnoe; Seufzeratmung; Husten; Atemanhalten; Gähnen.

*Herz-Kreislauf:* Herzneurose.

*Harnwege:* Drang; Häufigkeit; Dysurie; Inkontinenz; Retention.

*Genitale:* Anästhesie von Vagina und Penis; Dyspareunie. Gewisse Formen von Impotenz und Frigidität. Haut: Erröten; Erblassen; hämorrhagische Stigmata.

*Bewusstsein und psychische Funktionen:* Synkopen; Narkolepsie (Schlafanfälle); Amnesien; ‚Schwäche‘, ‚Müdigkeit‘, ‚Energemangel‘, z. B. Lähmung des Willens; gespaltene Persönlichkeit; Pseudodemenz (Ganser, in Anlehnung an Engel, 1976, S. 402-406).

## Erweiterung des Konversionsbegriffes

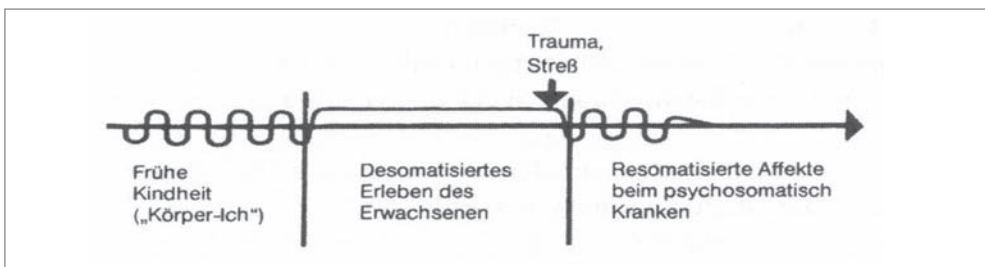
Die ödipale Problematik, die Freud mit der Entstehung hysterischer Verhaltensweisen in Verbindung brachte, konnte für die Erklärung des Konversionsprozesses nicht ausreichen. Zuerst machte Otto Fenichel (1897-1946) darauf aufmerksam, „daß Konversion – der symbolische Ausdruck eines Konfliktes in einer Körpersprache – auch bei *nicht ödipalen* (bzw. prägenitalen) Konflikten zu beobachten ist ... Er sah jedoch weiterhin die ‚eigentliche‘ Konversion nur im Rahmen der Hysterien“ (Mentzos, 1995, S. 68). Aufgrund seiner klinischen Beobachtungen erweiterte er den Begriff um die präverbalen Erfahrungen. Diese sind auf dem Boden frühkindlicher traumatischer Erlebnisse gewachsen und müssen aus dem Bewusstsein verbannt, d. h. verdrängt werden. Die Empfindungen des Säuglings sind vor allem körperlich. Sie werden in einer guten Beziehung in einem empathischen Dialog (vgl. Klußmann, 2002) mit der Mutter einfühlsam-verstehend beantwortet und gespiegelt. Besteht hier ein Mangel, so drückt das Kind sein Unbehagen, seine Angst, körperlich (u. a. durch eine Cortisolausschüttung) aus und speichert sie cerebral. In einer späteren, für den Betroffenen nicht lösbaren emotionalen Konfliktsituation, die an früher erinnert, kann es dann zum Auftreten körperlicher Beschwerden kommen.

Die Ergebnisse der Säuglingsforschung und der Neurowissenschaften erfordern eine Erweiterung des Konversionsbegriffes. Frühkindliche Erfahrungen müssen einbezogen

werden: „Die Verwendung des Körpers als Ausdrucks- und Kommunikationsmittel ... ist ... die erste Form, in welcher der Säugling Bedürfnisse und Gefahren nach innen und außen mitteilt. Solch körperliche Affekt-Muster sind phylogenetisch bestimmt ... Ontogenetisch geht der affektive Ausdruck im körperlichen Sinne der Entwicklung des Denkens voraus. Erst im Laufe der weiteren Reifung des psychischen Apparates finden die Affekte psychische Repräsentation und erreichen den Status intrapsychischer Warn- und Aufsichtssysteme, die den Zustand dem Selbst und dem Objekt anzeigen. Der Konversionsvorgang wird erst möglich, wenn eine Stufe der Denkentwicklung erreicht worden ist, auf der Triebe und Affekte in Form von Wünschen, Ideen und Phantasien repräsentiert sind ... Werden (diese Affekte) blockiert, so ist immer noch eine zweite Ausdrucksform, die Konversionsreaktion, möglich. Bei diesem Prozeß wird der verbotene Wunsch dem Bewußtsein ferngehalten, aber gleichzeitig übersetzt („konvertiert“), und zwar nicht in Worte, sondern in eine körperliche Aktivität oder Empfindung, die ihn in einer passenden symbolischen Form repräsentiert. Es ist sozusagen eine, die das reale Ding ersetzt. Sie repräsentiert symbolisch nicht nur den verbotenen oder gefürchteten Wunsch, sondern auch die Gegenvorstellung, also sowohl ‚Ich wünsche zu ...‘ als auch ‚aber ich sollte nicht ...‘. Auf diese Weise werden bewußtes Wahrnehmen sowie Handlungen blockiert und das Gewissen besänftigt“ (Engel, 1976, S. 403).

In diesen Kontext fügt sich Max Schurs (1897-1969) Konzept der De- und Resomatisierung (1955). Nach den ersten körpernahen, elementaren Entwicklungsstufen des kleinen Kindes kommt es später mit Beginn der Symbolisierungsfähigkeit zu einer Differenzierung der Wahrnehmungsleistungen und Vorstellungen. Dabei entsteht ein dynamischer Prozess zwischen topischer (örtlicher) und genetischer (zeitlicher) Progression und Regression. So beantwortet das kleine Kind Angstsituationen global somatisch, verinnerlicht sie cerebral im Verlauf der Reifung in Form von Gedanken, Vorstellungen und Symbolen. Der Prozess der Desomatisierung erfolgt mit zunehmender Sprachentwicklung und Symbolisierungsfähigkeit. Phänomene somatischer Art werden entladen, und es kommt zu einer Neutralisierung von sexueller Libido und Aggressivität im Sinne Ich-gerechter, realitätsangepasster Leistungen. In späteren Jahren kann in Konfliktsituationen dieser Prozess gleichsam rückgängig gemacht werden. Die körperlichen Krankheitserscheinungen werden als Ausdruck eines Konversionsgeschehens wiederbelebt. Diesen Vorgang bezeichnete Schur als Resomatisierung.

**Abbildung 2:** De- und Resomatisierung von Affekten (Schur, 1955)



Auch im folgenden Beispiel (vgl. Klußmann, 1999) sind Konversionserscheinungen eng mit präverbalen Störungsinhalten verknüpft. Die Diagnose bei der 39-jährigen differenzierten, introspektionsfähigen Theologin lautete: „Akute Neuritis nervi optici, Optikusatrophie bei Zustand nach abgelaufener Neuritis nervi optici“. Sie erkrankte zwölf Jahre vor der Untersuchung in der Psychosomatik an ihrem linken Auge in einer beruflich schwierigen Situation, der sie mit Flucht nach Hause begegnete. Dort erwartete man von ihr, dass sie die ewigen Streitigkeiten in der Familie schlichten sollte, „weil ich sozial aufgestiegen war und ja gerade den Doktor gemacht hatte“. Vor Entwicklung der Neuritis zu diesem Zeitpunkt hatte das linke Auge nur eine Sehfähigkeit von 50 Prozent. Der Kommentar der Patientin dazu: „Mir fiel mein schlechtes linkes Auge in der Grundschule beim Bibelauswendig-Lernen auf. Ich fragte die Mutter, ob alle Leute links schlechter sehen würden als rechts. Sie ging nicht darauf ein und antwortete nur: ‘Das kommt darauf an, wie man schaut’. Es war für sie ein Makel, dass die Tochter körperlich nicht perfekt war.“

Das linke Auge ist jetzt völlig erblindet. Zum Zeitpunkt der Untersuchung steht die Erkrankung des rechten Auges im Mittelpunkt, und nur dieser Teil der Erkrankung soll hier beleuchtet werden. Die auslösende Situation stellt sich folgendermaßen dar: Die Patientin hatte ein Versetzungsgesuch von einer untergeordneten klerikalen Institution in eine höhere Behörde gestellt. Sie hatte jedoch den Eindruck, dass sie „als Frau“ immer wieder auf Schwierigkeiten der Akzeptanz in ihrem Umfeld stieß. Mit einem Ortswechsel hatte sie die Hoffnung verbunden, zusammen mit einem einflussreichen Priester, der ebenfalls einen Antrag auf Versetzung in den entsprechenden Ort gestellt hatte, eine gemeinsame Wohnung nehmen zu können. Zu diesem Zeitpunkt, als sie von ihrer Ablehnung erfuhr, der Priester jedoch gehen konnte, erblindete die Patientin auch auf ihrem rechten Auge. Sie war nie eine engere Beziehung eingegangen, hatte nie sexuelle, auch keine homoerotischen Kontakte gehabt. Die tägliche Begegnung mit dem in der gleichen Institution tätigen Priester, der „mir Augen machte“ und „den ich gern sah“, hatte in ihr die Hoffnung auf eine Liebesbeziehung und Erfüllung ihrer bis dahin durch enormen Leistungseinsatz verdrängten weiblichen Wünsche aufkeimen lassen. Vor dieser für sie innerpsychisch nicht zu bearbeitenden Enttäuschungssituation machte sie gleichsam die Augen zu. Jetzt ist sie ihrem unbewussten symbiotischen Regressionsdrang entsprechend von ihrer Mutter abhängig, die sie, von weither kommend, betreuen muss.

Dieser Mutter, so sagt die Patientin, ist noch jetzt ein Fleck auf der Tischdecke wichtiger als „meine Erblindung“. Für diese perfektionistische Frau habe der Spruch: „Er sieht nicht, er hört nicht, er geht keiner Herde nach“ gegolten. Sexualität war unsauber, verpönt. „Sie hatte mit den Augen alles unter Kontrolle; sie hatte einen widerlichen Gesichtsausdruck. Das Gefühl der Dauerbeobachtung konnte ich nicht mehr ertragen.“ Die Patientin hatte von ihrer Mutter den Namen „Wilhelmine“ erhalten, weil sie in der Schwangerschaft davon ausgegangen war, dass sie einen Jungen bekommen würde, den sie nach ihrem mit zehn Jahren verstorbenen Bruder „Wilhelm“ nennen wollte. Als jedoch ein Mädchen zur Welt kam, sei sie enttäuscht gewesen und habe nur ein „e“ angehängt, wodurch ihr Name Wilhelmine zustande gekommen sei.

*Triebpsychologisch* gedacht werden bei der Augenerkrankung der Patientin die Affekte direkt in körperliche Spannungs- und Krankheitszustände umgewandelt und weisen auf eine



in der Kindheit unterdrückte „erogene“ Schaulust hin. Der aktuell mobilisierte Trieb- oder Es-Affekt unterliegt dabei in der Versuchungs-/Versagungssituation der Bestrafung des strengen Gewissens, des Über-Ich, geprägt von der übernommenen mütterlichen Einstellung. Der Triebwunsch des Sehens gerät in Konflikt mit der Kontrollinstanz des Gewissens. Unbewusst wird der Konflikt von dem regulierenden Ich in neurotischer Weise insofern gelöst, als der Triebwunsch durch die Hinwendung zum Organ der Schaulust, dem Auge, eine gewisse Befriedigung erfährt. Das Gewissen ist jedoch auch befriedigt, insofern als es die Strafe der Erkrankung für die nicht erlaubten Triebwünsche akzeptiert. Im Symptom löst sich die Spannung zwischen Es- und strafenden Über-Ich-Impulsen auf. Freud betont die besondere Stellung der Augen bei der Wahrnehmung der „Objekte der Liebeswahl“. Ein starker sexueller Partialtrieb der Schaulust, der verpönt ist, muss vom Ich in seelisch kumulierenden (konfliktauslösenden) Situationen verdrängt werden. Dabei wird die Sehfunktion vom Bewusstsein insgesamt getrennt, weil eine isolierte Unterdrückung der Schaulust nicht gelingt. Freud drückt das so aus: „Weil du dein Sehorgan zu böser Sinneslust mißbrauchen wolltest, geschieht es dir ganz recht, wenn du überhaupt nichts mehr siehst“ (Freud, 1910; 1955, S. 100).

Bei der Patientin geht es jedoch nicht nur um die „Schaulust“. Zum Zeitpunkt der Manifestation ihrer Erkrankung hat sie die Möglichkeit und Hoffnung, ihre weibliche Seite auch in sexueller Beziehung leben zu können aufgeben müssen.

*Objektbeziehungspsychologisch* betrachtet gelingt es ihr aufgrund der gestörten Entwicklung ihrer weiblichen Identität jedoch nicht, ihren diesbezüglichen Wünschen und Bedürfnissen nachzukommen. Die Gelegenheit, als bedrohliche Versuchung empfunden, muss sie als Versagung erleben. Die Enttäuschung ist Ausdruck einer narzisstischen Kränkung und innerer Schmerzen. Beides kann sie nicht verarbeiten: Unbewusst nimmt sie die Augenerkrankung mit der folgenden Erblindung gleichsam als konversionsneurotische Lösung ihres narzisstischen Defizits in Kauf. Ein stabiles Selbstwertgefühl hatte sie nicht aufbauen können. Dieses ist labil, kann die frühkindliche Angst des Ausgestoßenseins nur mithilfe der körperlichen Erkrankung auffangen. Damit bekommt das Symptom eine psychoprotetische Funktion und schützt vor dem Zerfall (Fragmentation) ihrer Persönlichkeit: Es handelt sich um den unbewussten Versuch einer Selbstheilung zum Erhalt der Gesamtpersönlichkeit.

Möglicherweise liegt zusätzlich eine genetisch bedingte Organminderwertigkeit beider Augen, insbesondere des linken vor. Das schließt allerdings den besonderen Stellenwert des Auges nicht aus, ist doch das Beobachten, das Kontrollieren nicht möglich. Aber gerade dadurch kann es seine besondere Bedeutung durch eine unverarbeitete innere Problematik bekommen.

## Spracherwerb, Symbolisation, Körpersprache

Der Erwerb der Sprache und die Möglichkeit, eigene Vorstellungen ohne direkten Kontakt zu entwickeln, führt das kleine Kind aus dem einseitig ganzheitlich körperlichen Empfinden heraus. Durch eine sichere Bindung an die mütterliche Pflegeperson

gewinnt es seine psychische Stabilität. „Sich auf die Entwicklung und die Erfahrungswelt des eigenen Kindes einlassen; sich von seinen Signalen, Interessen, Vorlieben, Freuden und Kümernissen leiten lassen; sich dabei auf die eigenen intuitiven Kompetenzen verlassen; sich zu Spiel und Erfindungslust mit dem Baby verführen zu lassen; u n d b e i a l l d e m m i t d e m B a b y s p r e c h e n (gesperrt v. V.)“ (Papousek, 2008, S. 168). ist der Weg zur Bildung einer eigenen Identität. Vor dem eigentlichen Spracherwerb erfährt der Säugling, dass er durch Aktivitäten (Schreien, Weinen) auf sich aufmerksam machen kann, und erwartet eine adäquate Antwort. Der emotionale Austausch zwischen Mutter und Kind findet zwar überwiegend auf der körperlichen Ebene statt, ist jedoch stets eingebettet in einen sprachlichen Dialog. „Die jahrelange Erfahrung mit emotional zugewandten, einfühlsamen und s p r a c h f ä h i g e n (gesperrt v. K.) Bezugspersonen schafft die Voraussetzung dafür, dass eine introspektive Aufmerksamkeit für den eigenen psychischen Binnenraum wachsen kann und dass die Fähigkeit zu einem sicheren emotionalen Selbstverständnis heranreift (Mentalisierung)“ (Rudolf, 2006, S. 16). In der präverbalen Zeit werden Erlebnisse ganz überwiegend körperlich erfahren und können von der seelischen Dimension kaum getrennt werden. Diese Vorgänge werden cerebral gespeichert (vgl. Klußmann, 2002).

Bei Kranken mit somatoformen Störungen werden frühe Erlebnisse insofern wirksam, als bei ihnen eine Differenzierung in die Komponenten „seelisch“ und „körperlich“ kaum mehr stattfindet und damit die eigentliche Ursache nicht mehr erkennbar ist. Es kommt zu einer sogenannten dissoziativen Störung, bei der unmittelbare Empfindungen von körperlichen Sensationen getrennt wahrgenommen werden und nicht integriert werden können. Bei den verschiedenen Formen dieser Störung spielt die dissoziative Amnesie eine hervorragende Rolle, weil sich bei ihr der Betroffene nicht mehr an belastende (frühe) Beziehungen oder auch an Traumatisierungen erinnert, diese aber unbewusst in einer emotional besser verträglichen, tiefere Ängste kompensierenden Weise umwandelt. Die aktuellen organischen Sensationen hängen häufig mit gespeicherten präverbalen Erfahrungen zusammen, gehen sie doch auf die fehlende frühkindliche Trennung von seelischem und körperlichem Empfinden zurück. In späteren Konfliktsituationen, die an frühere Ängste erinnern und nicht situationsgerecht bewältigt werden können, können sie wirksam werden und eine Krankheit (mit) auslösen. Das Symptom ist dann Träger eines trieb- wie auch objektbeziehungspsychologisch unbewältigten, nicht zu verarbeitenden innerpsychischen Zwiespaltes.

Damit stellt sich die Frage nach dem Aussagewert der körperlichen Reaktionen. Können Affekte in körperliche Sensationen umgewandelt werden und im Sinne einer Symbolisation Ausdruckswert erhalten? Bereits Felix Deutsch (1858-1928) betont, dass der Säugling nur eine Realität kennt, nämlich die des eigenen Körpers. Durch ihn erlebt er alles, nimmt durch ihn wahr. „Fehlen Wahrnehmungen vorübergehend oder für immer, erlebt er einen Verlust von Körperteilen, die er mit Hilfe der Imagination wieder zurückholen will. Körperwahrnehmungen werden nun auf äußere Objekte projiziert, da diese Objekte vom Körper abgetrennt erlebt werden. Das Verlustgefühl führt zum Versuch, die Objekte mit Hilfe der Symbolisierung zurückzuführen“ (zit. n. Hirsch, 2002, S. 49).

Die Fähigkeit zur Symbolisierung setzt eine gute, tragfähige Beziehung des Säuglings zur engsten Bezugsperson voraus. Ihr Sinn liegt darin, sich in Zeiten der Abwesenheit und Trennung die versorgende und liebende Person in der Fantasie vorstellen und damit das Gefühl von Trennung, gar von Verlassenwerden überbrücken zu können. Dadurch werden Trennungsschmerz und Trauerprozess erleichtert. Darüber hinaus trägt die Fähigkeit zur Symbolisierung wesentlich dazu bei, die inneren Repräsentanzen des Selbst und des Objektes aufzubauen, zu internalisieren und damit die langsame Loslösung von den engen Bezugspersonen voranzutreiben bzw. überhaupt erst zu ermöglichen.

## Körpersymptom und zweiphasige Abwehr

In Gesten und Gebärden zeigt der Körper ein Ausdrucksverhalten, das in Einklang steht mit einem inneren Anliegen und vom Gegenüber oft verstanden wird, zum Teil auch Appellcharakter hat. Das ist bei Körpersymptomen in der Regel anders. Das „versteckte“ Anliegen ist weniger aufdringlich, selten erkennbar und als Mitteilung zu verstehen. Die verborgene psychische Problematik ist zu komplex und kaum nachvollziehbar. Dennoch wird der Körper zum Objekt, wird Träger von Projektionen. Die Wahl des Organs jedoch kann mit den Erlebnissen aus der präverbalen Zeit zusammenhängen. Damit bekommt das „gewählte“ Symptom einen kommunikativen Charakter, steht es doch in engem Zusammenhang mit den innerpsychischen Repräsentanzen des Selbst und der Objekte. Um dieses nachvollziehen zu können, ist es wichtig, das erste Auftreten der körperlichen Missempfindungen in der konfliktauslösenden Situation aufzuspüren. Dadurch ist es möglich, nicht nur „die Einbindung des Symptoms in eine aktuelle Interaktion ...“ und „die ganzheitliche Darstellung eines für das Bewußtsein unerträglichen (ödipalen) Konfliktes“ zu beobachten, sondern um „eine Ausdruckskette mit der Verknüpfung mit anderen psychischen Repräsentanzen“ zu erfassen (Küchenhoff, 1997, S. 75). Wir verstehen die Patienten besser, wenn wir auf deren gestische Ausdrucksweise achten und uns auch Gedanken machen über einen möglichen symbolischen Hintergrund der körperlichen Symptomatik, wie in den angeführten Patienten-Vignetten aufgezeigt. „Wenn der Mund schweigt, redet der Körper“, sagt der Volksmund. Martin Luther (1483-1546) achtete genau auf die Diktion im täglichen Umgang des Volkes und schaute ihm „aufs Maul“.<sup>2</sup> Kann der alltägliche Sprachgebrauch mit Bezeichnungen aus dem körperlichen Bereich Wegweiser sein, um eine Symptomentstehung in ihrer (Psycho-)Dynamik besser zu verstehen? Auf einige bekannte Redensarten sei hingewiesen:

*Magen-Darm-Trakt:* Alles, alle ist/sind zum Kotzen; es ist beschissen, immer muss ich alles hergeben und kann/darf nichts für mich behalten – das kann ich nicht verdauen und habe dann Wut oder Angst im Bauch. Und dann die Angst durchzufallen.

*Haut:* Man kann das Gesicht verlieren, da kann man nicht hinschauen. Dann reagiert man allergisch und kann aus der Haut fahren.

*HNO:* Man schluckt den Ärger runter, wird zu einem armen Schlucker, wenn einem die Worte im Halse stecken bleiben und/oder einem etwas die Stimme verschlägt. Die Nase hat man voll, ist verschnupft und kann das/den/die nicht mehr riechen.

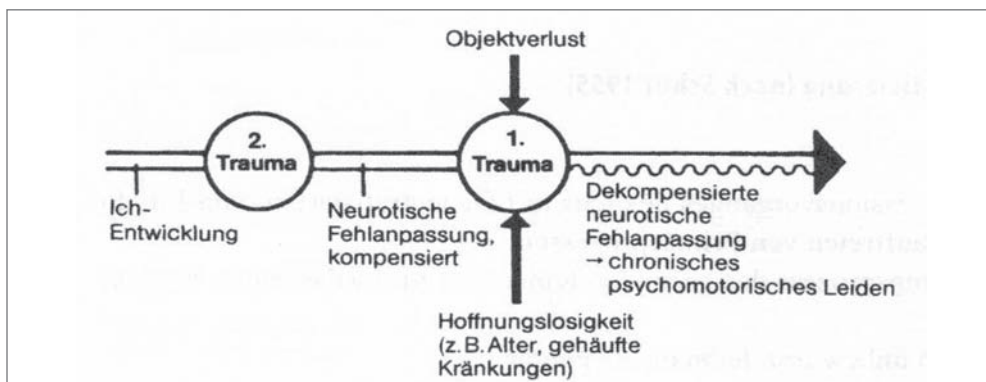
*Skelettsystem:* vor allem dann, wenn einem einer in den Rücken fällt und man weiche Knie bekommt. Welch ein Kreuz! Da nützt es oft wenig, sich „Kopf hoch!“ zu sagen, hart-

näckig oder halsstarrig zu werden. Bei einem Fehltritt kann man oft nicht Fuß fassen, bekommt weiche Knie und fällt jemandem in den Rücken. Das ist zum Davonlaufen. *Lunge*: Und dann verschlägt es einem den Atem, bis die Luft wegbleibt, besonders bei dicker Luft.

Die angeführten Metaphern weisen auf körperliche Befindlichkeiten hin, die sich in einer somatoformen Reaktion zeigen können. Beim Kranken kann sie auf präverbal erfahrene, zentral gespeicherte Erlebnisbereiche verweisen, die in einer Konfliktsituation des erwachsenen Kranken aktualisiert werden. Dieser wird unbewusst zunächst mit einer emotional-neurotischen Abwehr den Konflikt zu bewältigen versuchen. Reicht dieser Mechanismus nicht aus und ist die verborgene Angst stärker, setzt das Unbewusste die nächste Bewältigungsmöglichkeit ein: die Entwicklung eines körperlichen Symptoms. Es handelt sich auch hier um eine Symbolisation, in psychodynamischer Sicht ein Abwehrmechanismus, bei dem verpönte Triebobjekte und -wünsche durch Symbole ersetzt werden. Die Besetzung ursprünglicher Objekte wird auf fremde Objekte verschoben, die symbolisch die ersteren vertreten und ein gewisses Maß an Sicherheit und Geborgenheit versprechen.

Alexander Mitscherlich (1908-1982) beobachtete in Therapien von Patienten mit somatoformen Störungen, dass sie zwar relativ rasch ihre körperlichen Beschwerden verloren. Danach aber zeigte sich die tieferliegende seelische Problematik in Form von Depressionen, Ängsten u. a. m. Diesen Vorgang nannte er „zweiphasige Verdrängung“ (1953/1954). Er ging von der Grundvoraussetzung aus, dass in Leben und Krankheit körperliche und seelische Prozesse gleichzeitig ablaufen, wobei der Mensch die Möglichkeit hat, in gravierenden Konfliktsituationen auf eine somatische Erkrankung auszuweichen. Dabei werden neurotisch-seelische Reaktionen überspielt. Vor der organischen Symptombildung allerdings steht ein Konfliktlösungsversuch mit psychischen Mitteln. So muss auch bei der Behandlung von Störungen überwiegend konversionsneurotischer Genese damit gerechnet werden, dass es zunächst zu einer Besserung, auch zum Verschwinden der körperlichen Beschwerden, kommt, dafür aber psychogene Symptome auftreten. Nicht selten beginnt hier der mühsame „Änderungsprozess“ mit dem Anspruch einer Stabilisierung des Selbst, das seine Wurzeln in der präverbalen Entwicklungszeit hat.

**Abbildung 3:** Modell der zweiphasigen Verdrängung (Mitscherlich, 1953/1954, S. 561-578)



Wie erläutert reicht das ursprüngliche Verständnis konversionsneurotischen Geschehens zur Erklärung somatoformer Störungen nicht (mehr) aus. Die Vorstellungen einer symbolischen Darstellung körperlicher Reaktionen auf dem Boden ausschließlich ödipaler Genese muss ergänzt werden durch die Betrachtung der jeweiligen präverbalen Entwicklungsbedingungen, d. h. der Qualität des frühen emotionalen Dialogs zwischen Mutter und Kind und der resultierenden (oder nicht) Förderung der Sprach- und damit der Symbolisierungsfähigkeit. Schur bezeichnet die unbewusste Rückbesinnung und den Rückgriff auf somatische Vorstellungen und Erlebnisse des betreffenden Menschen in einer für ihn unlösbaren Konfliktsituation als Resomatisierung. In diesen Kontext fügt sich auch Mitscherlichs zweiphasige Abwehr: Kann ein seelisch bedrängendes Problem nicht realitätsgerecht gelöst werden, kommt es zu einer körperlichen Reaktion, hinter der sich neurotisches, konflikthafte Erleben verbirgt (vgl. Klußmann, 1996).

Diese Verbindung der verschiedenen Verständnis- und Erklärungsebenen zeigt sich auch bei dem 31-jährigen Mathematiklehrer (vgl. Klußmann, 1996, 2001). Er hat seit einigen Wochen ein Gefühl im Hals, „als ob ein Kloß darin steckt“, ihm „der Hals zgedrückt“ wird. Er ist mit einer 3 Jahre jüngeren Lehrerin verheiratet, die er als temperamentvoll, aber auch als sehr ordentlich bis perfektionistisch erlebt. Seit dem Tag, an dem seine Frau ihm sagte, dass sie ein Kind erwarte, besteht bei dem Patienten die Schluckstörung. „Ich habe das Gefühl, ich kann kein Kind aufziehen. Bis vor kurzem war ich gegen Kinder. Jetzt ist das anders.“ Er spürt die auf ihn zukommende Überforderung, der er sich nicht gewachsen fühlt.

Der Patient war unerwünscht auf die Welt gekommen, in einer emotional kargen familiären Umgebung aufgewachsen. Seine motorisch-expansiven ebenso wie seine aggressiv-abgrenzenden Impulse konnte er nicht leben und zog sich immer mehr in seine eigene Welt, auch der Mathematik, zurück, wehrte den Wunsch nach Zuwendung ab, um nicht enttäuscht zu werden. Die Schwangerschaft seiner Frau mit der Aussicht für ihn, väterliche Sorge tragen zu müssen bei eigenem Wunsch nach fürsorglicher Zuwendung, musste einen Konflikt auslösen, den der Patient jedoch verleugnet. Er ist nicht in der Lage, sich aktiv damit auseinanderzusetzen, und regrediert auf die orale Entwicklungsstufe im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns mit dem Wunsch nach Versorgung. Sein Es-Wunsch nach Zuwendung wird damit bis zu einem gewissen Grad ebenso befriedigt wie die Strafbedürfnisse des strengen Über-Ich. Das Ich findet in dem Konversionssymptom einen für alle Anteile des psychischen Apparates annehmbaren Kompromiss.

Auf *triebpsychologischer* Ebene des Konversionsmodells ist an Fantasien des „Schluckenmüssens“ und „Schluckenmögens“ und das „Nicht-schlucken-Dürfen“, an den „armen Schlucker“ mit der Frage nach dem Wunsch nach Zuwendung, des Angenommenseins (auch mit oral-nutritiven Inhalten) ebenso zu denken wie an eine aggressiv-unterwürfige Haltung, bei der Ärger und (Enttäuschungs-)Wut unterdrückt werden müssen. Aber auch bei diesem Patienten reicht eine Erklärung der Umwandlung von Affekten in körperliche Symptomatik nicht aus.

*Objektbeziehungspsychologisch* gründet sie auf dem Boden einer auf die frühe Kindheit zurückgehenden Selbstwertfindungsstörung aufgrund mangelhafter empathischer Zuwen-

dung, die in der für ihn innerlich kaum lösbaren Konfliktsituation eine Resomatisierung zur Folge hat. In der anschließenden Therapie konnte er zwar seine konversionsneurotische körperliche Symptomatik nach kurzer Behandlungszeit aufgeben, musste aber über einen Zeitraum von fast zwei Jahren an der geschilderten tieferliegenden (Selbstwert-)Problematik arbeiten, bis er sein eigenes Selbst aufbauen und stabilisieren und sich schließlich seiner kleinen Familie in reifer Form zuwenden konnte. In diesem Zusammenhang sei auf die oben beschriebene Herz-Patientin verwiesen, die in der psychoanalytischen Gruppentherapie bereits nach drei Sitzungen ihre Körperbeschwerden verlor, ihre frühen Traumatisierungen jedoch erst nach eineinhalb Jahren langsam aufarbeiten konnte. Das Konversionssymptom wurzelt in der Geschichte der frühen Objektbeziehungen des Individuums und in den Arten von Körperaktivitäten oder Erfahrungen, die mit den diese Beziehungen charakterisierenden Befriedigungen und Konflikten verknüpft waren. Das Symptom ist Ausdruck eines Wunsches, verbunden mit der Abwehr desselben und basiert auf körperlicher Erfahrung aus präverbaler Zeit. Es entspricht „entweder einer tatsächlichen Erinnerung oder einer Fantasie eines vom Objekt erlebten Symptoms“. Dabei kann es sich um eine „Identifikation mit dem Objekt“ handeln oder aber auch „den Platz der wirklichen Beziehung einnehmen“. Der verborgene Sinn hinter dem psychosomatischen Symptom liegt auch hier in einer ausgeglichenen Persönlichkeitsbilanz, der Versuch einer Stabilisierung und dem Erreichen einer inneren Homöostase (zit. n. Engel, 1976, S. 407).

## Schlussbetrachtung und Zusammenfassung

In der psychosomatischen Medizin war das Konversionsmodell die erste Theoriebildung zur Erklärung psychogenen Einflusses auf körperliches Geschehen. Ausgangspunkt der Erkenntnisse waren Freuds Studien über die Hysterie. Er sprach früh vom „rätselhaften Sprung vom Psychischen in die somatische Innervation“ (zit. n. Hirsch, 2002), korrigierte sich später (1905). In seinem Aufsatz über die „Psychische Behandlung (Seelenbehandlung)“ schreibt er: „Bei gewissen Seelenzuständen, die man ‚Affekte‘ heißt, ist die Mitbeteiligung des Körpers so augenfällig und so großartig, daß manche Seelenforscher sogar gemeint haben, das Wesen der Affekte bestehe nur in diesen ihren körperlichen Äußerungen.“ Und: „Das Verhältnis zwischen Leiblichem und Seelischem ... ist eines der Wechselwirkung des Seelischen auf den Körper, aber die andere Seite dieses Verhältnisses, die Wirkung des Seelischen auf den Körper, fand in früheren Zeiten wenig Gnade vor den Augen der Ärzte“ (Freud, 1905; 1949, S. 294-291).

Die Konversionssymptomatik ist als körperlich-symbolisches Ausdrucksgeschehen zu verstehen. Es handelt sich um eine Kompromissbildung: Ein Triebwunsch gerät mit einer inneren Norm in Konflikt und wird zu einer unverträglichen Vorstellung, die aus dem Bewusstsein verdrängt werden muss. Das Symptom selber bringt das innere Bedürfnis sowie dessen Verbot symbolisch verschlüsselt zum Ausdruck und findet damit eine, wenn auch begrenzte Konfliktlösung. Wenn sich Freud fragt, wie der „rätselhafte Sprung“ vom Seelischen zum Körperlichen möglich sei, so ist die Antwort insofern gegeben, als körperliches Empfinden den Säugling auszeichnet, dieser seine Emotionen in somatischem Verhalten ausdrückt, bis er im Zuge der Sprachentwicklung in der Lage ist, seine Pflegepersonen auch in Abwesenheit symbolisch an sich zu binden. Kommt es

zu einem emotionalen Defizit im Dialog zwischen den ersten Bezugspersonen und dem kleinen Kind und damit zu Traumatisierungen, so können diese im sensomotorischen Gedächtnis, einem Teil des Körpergedächtnisses (vgl. Rüegg, 2010, S. 39), unbewusst gespeichert, in späteren Konfliktsituationen abgerufen werden und sich in körperlich krankmachender Weise zeigen.

Die ursprüngliche Freud'sche Vorstellung der Konversion als Teil einer hysterischen Neurose mit ihren ödipalen Konflikten wird wesentlich erweitert. Bereits Fenichel, Deutsch, Schur, Engel u. a. m. haben in der Interpretation des Konversionsgeschehens präverbale Verhaltensweisen und Störungen in ihre Überlegungen eingebracht. Nach Rangell wird die Konversion „benutzt“, „um im gesamten Bereich der psychopathologischen Symptomatologie verdrängte, nicht zugelassene Triebwünsche auszudrücken. Die Assoziation von Konversion und Hysterie ist rein historisch und zufällig als eine erste Formulierung im Zusammenhang mit der Art des damaligen Fallmaterials; sie kann heute nicht mehr gelten“ (Rangell, 1969, S. 125). Wir wissen heute, dass die Persönlichkeitsentwicklung wesentlich von den frühesten Beziehungen abhängt. Bei einem verständnisvollen Dialog wird das Baby seine Affekte regulieren und „den Aufbau eines Selbstverständnisses auf der Grundlage von Empathie ... am eigenen Leibe erfahren“ können (Rudolf, 2006, S. 106). Mit dem Spracherwerb erfolgt die Symbolisierungsfähigkeit. Wird dieser Schritt erschwert oder gar unterbrochen, kann es erneut zum Überwiegen von körperlichem Empfinden kommen. Eine Desymbolisierung setzt ein, wenn der Dialog nicht ausreichend stattfinden kann, und wird gleichsam, so Schur, durch die Körpersprache ersetzt. Und die bezieht sich nicht nur auf die motorischen, sondern ebenso auf die vegetativen Funktionen des Körpers. So können Klagen der Mutter etwa über Magen-, Herzbeschwerden, Luftnot, Schluckstörungen ebenso von dem betreuten Säugling übernommen werden wie muskulär mimische und andere Ausdrucksweisen des Bewegungsapparates.

Die Leib-Seele-Einheit wird durch die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Säuglingsforschung untermauert und mithilfe der Neurowissenschaften bestätigt. Im Einzelfall muss gefragt werden, welcher Genese das Symptom etwa des Schmerzes, des Magen-Darm-Traktes, des Herz-Kreislauf- oder des Stoffwechselsystems sein kann. Zunächst ist eine eingehende fachärztlich medizinische Beurteilung nötig. Führt diese nicht zu stringenten Erklärungen, wird der psychodynamisch denkende Psychosomatiker nach dem Hintergrund des Symptombegriffs suchen. Oben aufgeführte mehr symbolische Erklärungen können allenfalls ein Wegweiser sein. Mit dem Wissen, dass Ängste, Verluste, Traumatisierungen in der Amygdala gespeichert werden und später in vergleichbaren Situationen abrufbar sind, bekommen Art und Beginn der körperlichen Beschwerden im Rahmen eines nicht adäquat lösbaren Konfliktes eine besondere Wertigkeit. Die sogenannte auslösende Situation von neu auftretenden Körpersymptomen oder eines plötzlich einsetzenden Schubes einer chronischen Erkrankung ist deshalb der zentrale Punkt im Rahmen der Untersuchung mithilfe des Erstinterviews. Dabei bekommt die Frage nach der Persönlichkeitsentwicklung, der Stabilität des Selbst, der strukturellen Störungen auf dem Boden unzureichender früher empathischer Beziehungserfahrungen einen besonderen Stellenwert. So finden wir bei unseren Patienten häufig eine gravierende narzisstische (oder andere frühe) Störung. In der Folge wird die verborgene Selbstwertproblematik im Sinne einer psychogenen Abwehrformation mit neurotischen Verhaltensweisen oder eben

auch konvertierten somatoformen Störungen überspielt. Diese weisen in der Regel auf eine gestörte Balance zwischen dem nächtlich wirksamen, Kräfte aufbauenden System des Parasympathicus (N. vagus) und dem des Sympathicus hin, der für die täglichen körperlichen wie seelischen Aktivitäten, für die Körperfunktionen, auch Neugier, Wissensdurst, Arbeit zuständig ist. Auch hier können Konversionsvorgänge, richtig interpretiert und eingeschätzt, eine große Hilfe zur Erkennung krankmachender Faktoren sein. „Der Körper ist die wichtigste Bühne für Emotionen, ob direkt oder über seine Repräsentation in somatosensorischen Strukturen des Gehirns“ (Damasio, 2004, S. 345).

Dieses Statement Damasio's beinhaltet auch, dass sich Affekte im Körper – ohne symbolischen Ausdruck – entladen. Küchenhoff dazu: „Der Körper symbolisiert in manchen psychosomatischen Erkrankungen die Konflikte nicht, er ist lediglich Zeichen, indem er auf die verworfenen Konflikte verweist, ohne sie jedoch darzustellen. Der Körper hat also keine Symbolfunktion“ (Küchenhoff, 2012, S. 87).

In diesem Kontext sei auf die Bedeutung der Lernvorgänge bei der Entstehung und dem Unterhalt von Symptomen hingewiesen. Dabei hat der ursprüngliche Konflikt seine Dynamik und Aktualität verloren und ist ausgebrannt, die Symptomatik unterhält sich aber im Sinne erlernter und eingefahrener Verhaltensweisen selber und erneuert sich immer wieder. Es handelt sich um ein operantes Konditionieren, das in der Therapie insbesondere des Krankheitsverhaltens und der Krankheitsbewältigung nutzbar eingesetzt werden kann. Weil die ursprüngliche Vorstellung der Konversion als ödipaler Konflikt nicht mehr haltbar ist, wird der Begriff weitgehend eliminiert und durch „dissoziative und somatoforme Störungen“ ersetzt. Im DSM-IV wird noch zwischen dissoziativen und Konversionsstörungen unterschieden, während in der ICD-10 (F44) nur noch „dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)“ codiert werden. Der Konversionsbegriff sollte umfassender als „Körpersprache“ verstanden werden. Zum Verständnis psychosomatischen Krankheitsgeschehens ist es wünschenswert, dass der Begriff der Konversion bleibt, wissend, dass Konversionsgeschehen nur ein Ausschnitt aller psychosomatischen Störungen und Krankheiten ist.

## Literatur

- Adler, R. & Hemmeler, W. (1992). Praxis und Theorie der Anamnese. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Damasio, A.R. (2004). Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins (S. 345). München: List.
- Engel, G.L. (1976). Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit (402-404, 402-406, 403, 406, 407). Bern: Huber.
- Fenichel, O. (1975). Die Konversion. In O. Fenichel (Hrsg.), Psychoanalytische Neurosenlehre (S. 38-64). Olten: Walter Verlag.
- Freud, S. (1952). Ein Fall von hypnotischer Heilung, nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den „Gegenwillen“. GW, Bd. I, S. 1-17. Werke aus den Jahren 1892-1899. London: Imago Publishing.
- Freud, S. (1952). Die Abwehr-Neuropsychose. GW, Bd. I, S. 63-64. Werke aus den Jahren 1892-1899. London: Imago Publishing.
- Freud, S. (1952). Studien über Hysterie: Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. GW, Bd. I, S. 75-312. Werke aus den Jahren 1892-1899. London: Imago Publishing.



- Freud, S. (1949). Psychische Behandlung (Seelenbehandlung). GW Bd. V, S. 289-315. Werke aus den Jahren 1904-1905. London: Imago Publishing.
- Freud, S. (1955). Die psychogene Störung in psychoanalytischer Sicht. 1910. GW Bd. VIII, (S. 93-102). London: Imago Publishing.
- Gay, P. (1991). Freud. Eine Biographie für unsere Zeit (S. 267). Frankfurt a.M.: S.Fischer.
- Hirsch, M. (2002). (Hrsg.). Der eigene Körper als Symbol? Einleitung (S. 8-14, 49). Gießen: Psycho-sozial Verlag.
- Jones, E. (1969). Sigmund Freud. Leben und Werk. Frankfurt a.M.: S. Fischer.
- Jung, C.G. (1967). Erinnerungen, Träume, Gedanken. Aufgezeichnet und herausgegeben von A. Jaffé (S. 161). Zürich: Rascher.
- Kahl, E., Luther, M. & Schilling, J. (2012). An den christlichen Adel deutscher Nation. Von der Freiheit des Christmenschen. Sendbrief vom Dolmetschen. Stuttgart: Reclam.
- Klußmann, R. (2002). Handlungsdialog und Organsprache – Affekte in der Wirklichkeit des Körpersymptoms. In G. Kruse & S. Gunkel (Hrsg.), Sprache und Handeln – Was bewirkt die Wirklichkeit. Impulse für die Psychotherapie (Bd. 7, S. 15-32). Hannover: Hannoversche Ärzte-Verlags-Union.
- Klußmann, R. (2001). Psychosomatische Diagnostik im Gespräch mit dem HNO-Patienten. Forum HNO (3), 21-24.
- Klußmann, R. (1999). Psychosomatische Medizin auch in der Augenheilkunde? Eine Einführung. Psychopraxis, 1, 20-26.
- Klußmann, R. (1996). Schluckstörungen aus psychosomatischer Sicht. Verdauungskrankheiten, 14, Nr.5, 209-214.
- Klußmann, R. (1997). Grenzbereich Hysterie, Narzissmus, Borderline (S. 71-80). In G. Nissen (Hrsg.), Hysterie und Konversion. Bern: Huber.
- Klußmann, R. & Nickel, M. (2009). Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Kompendium für alle medizinischen Teilbereiche (6. Aufl., S. 26). Springer: Wien.
- Küchenhoff, J. (2012). Körper und Sprache. Theoretische und klinische Beiträge zu einem subjektiven Verständnis des Körpererlebens. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Küchenhoff, J. (1997). Leibliche Begegnung, Körpersymptom, Körperbild. In W. Kämmerer (Hrsg.), Körpersymptom und Psychotherapie. Der Umgang mit dem Symptom: Zur Spannung zwischen krankem Körper und Person (S. 77). Frankfurt a.M.: VAS –Verlag für Akademische Schriften.
- Mentzos, S. (1995). Hysterie. Zur Psychodynamik unbewußter Inszenierungen. Geist und Psyche (S. 68). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Mitscherlich, A. (1953/54). Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung. Psyche, 7, 561-578.
- Mitscherlich, A. (1961/62). Anmerkungen über die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens (S.). Psyche, 15, 1-25.
- Papousek, M. (2008). Die Sprache des Säuglings im Entwicklungskontext der Zwiesprache mit den Eltern. In K.-H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.). Der Säugling – Bindung. Neurobiologie und Gene (S. 168). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rangell, L. (1969). Konversion. Psyche, 33, 121-147.
- Rüegg, J.C. (2010). Mind & Body. Wie unser Gehirn die Gesundheit beeinflusst (S. 39). Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2006). Strukturbezogene Psychotherapie (S. 106). Stuttgart: Schattauer.
- Schur, M. (1977). Sigmund Freud. Leben und Sterben (S. 319). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Schur, M. (1955). Comments on the metapsychology of somatization. Psychoanalytic Study of the Child, 10, 119-164.

## Fußnoten

- 1 Vgl. a. Wilhelm Busch(1832-1908), „Plisch und Plum“, geschrieben 1882: „Aber was sich nun be-  
gibt, macht Frau Kümmel so betrübt, dass sie, wie vom Wahn umfächelt, ihre Augen schließt und  
lächelt. Mit dem Seufzerhauche: U! Stößt ihr eine Ohnmacht zu.“ Durch die Beobachtung zweier  
Hunde werden Es-Impulse der Madame Kümmel wachgerufen und im Symptom der Ohnmacht als  
Kompromiss befriedigt.
- 2 In dem „Sendbrief vom Dolmetschen“ aus dem Jahr 1530 hat Luther dargelegt, was ihm bei seiner  
Bibelübersetzung wichtig ist: „... man mus nicht die buchstaben inn der lateinischen sprachen fragen,  
wie man sol Deutsch reden, wie diese esel thun, sondern, man mus die mutter jhm hause, die kinder  
auff der gassen, den gemeinen man auff dem marckt drumb fragen, und den selbigen auff das maul  
sehen, wie sie reden, und darnach dolmetzschen, so verstehen sie es den und mercken, das man  
Deutsch mit jn redet.“ (Kahl et al., 2012)

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Rudolf Klußmann  
Heinrich-Krölller-Str. 3 | 81545 München  
r.klussmann@gmx.de