

Eggers, Christian

Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (1998) 3, S. 144-156

urn:nbn:de:bsz-psydok-40513

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 Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BLESKEN, K.W.: Der unerwünschte Vater: zur Psychodynamik der Beziehungsgestaltung nach Trennung und Scheidung (The Unwanted Father: On the Psychodynamics of Father-Child Relations after Separation and Divorce)	344
BONNEY, H.: Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation (Approaches to Outpatient Child and Adolescent Psychiatry – Study of Clinical Evaluation)	499
KIRSCH, C./RAHM, D.: Nicht therapierbar? – Bericht über ein Gruppentherapieprojekt mit psychosozial schwer beeinträchtigten Kindern (No Therapy Possible? A Group Therapy Model for Psychologically Disturbed and Socially Disadvantaged Children)	683
KOCH-MÖHR, R.: Computer in der Kinderpsychotherapie – Über den Einsatz von Computerspielen in der Erziehungsberatung (Computers in Child Psychotherapy – About the Application of Computer Games in Child Guidance)	416
MALLMANN, D./NEUBERT, E.O./STILLER, M.: Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie mit Jugendlichen (Send Away in Order to Advance: Short-time Dismissal as an Alternative Method of the Juvenile Stationary Psychotherapy)	331
MILLNER, M.M./FRANTHAL, W./STEINBAUER, M.: Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression (Cyclic Vomiting Syndrome as Cardinal Sign of a Regression)	406
ROEB, D.: Aspekte der Gruppentherapie mit sexuell mißbrauchten Kindern – Symbolische Verarbeitungsformen und die Gestaltung der Initialphase (Aspects of Group Therapy with Sexually Abused Children – Forms of Coping by Symbols and the Featuring of the Initial Phase)	426
WURST, E.: Das „auffällige“ Kind aus existenzanalytischer Sicht (The „Unbalanced“ Child in the Light of Existential Analysis)	511

Originalarbeiten / Originals

BECKER, K./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind (Infantile Colic as Maternal Reason of Consulting a Pediatrician: Characteristics of Mother and Child)	625
DE CHÂTEAU, P.: 30 Jahre später: Kinder, die im Alter von bis zu drei Jahren in einer Beratungsstelle vorgestellt wurden (A 30-Years Prospective Follow-Up Study in Child Guidance Clinics)	477
DIEBEL, A./FEIGE, C./GEDSCHOLD, J./GODDEMEIER, A./SCHULZE, F./WEBER, P.: Computergestütztes Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bei gesunden Kindern (Computer Assisted Training of Attention and Concentration with Healthy Children)	641
EVERS, S.: Die Situation der Musiktherapie in der stationären Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Music Therapy in Pediatrics and in Child and Adolescent Psychiatry)	229
FINZER, P./HAFFNER, J./MÜLLER-KÜPPERS, M.: Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten (Outcome and Prognostic Factors of Anorexia Nervosa: Follow-up Study of 41 Patients)	302

GOLDBECK, L.: Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie (Families Coping with Cancer during Childhood and Adolescence. Practicability of Standardized Self-assessment Methods: Results of a Pilot Study)	552
HAGER, W./HÜBNER, S.: Denkförderung und Strategieverhalten: vergleichende Evaluation zweier Denkförderprogramme (Cognitive Training and Thinking Strategies: a Comparative Evaluation)	277
KÄSSLER, P./BREME, K.: Evaluation eines Trainingsprogramms für ängstliche Kinder (Evaluation of a Group Therapy Program for Anxious Children)	657
KIESE-HIMMEL, C./HÖCH, J./LIEBECK, H.: Psychologische Messung taktil-kinästhetischer Wahrnehmung im frühen Kindesalter (Psychological Measurement of Tactile-Kinesthetic Perception in Early Childhood)	217
KRECH, M./PROBST, P.: Soziale Intelligenzdefizite bei autistischen Kindern und Jugendlichen – Subjektive Theorien von Angehörigen psychosozialer Gesundheitsberufe (Personal Theories of Deficient Social Intelligence of Autistic Persons in Health Care Professionals: an Exploratory Field Study)	574
LIMM, H./V. SUCHODOLETZ, W.: Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Stress of Mothers with Language Impaired Children)	541
MÖLLER-NEHRING, E./MOACH, A./CASTELL, R./WEIGEL, A./MEYER, M.: Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation (Conditions of Conduct Disorders in a Clinic-referred Sample)	36
REISEL, B./FLOQUET, P./LEIXNERING, W.: Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Process and Outcome Quality in Inpatient-Care: a Contribution to Evaluation and Quality Assurance in Child and Adolescent Psychiatry)	705
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Angstträumen von Schülerinnen und Schülern (Gender Differences in Anxiety Dreams of School-aged Children)	463
v. ASTER, M./MEIER, M./STEINHAUSEN, H.-C.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station (Child and Adolescent Psychiatric Services in the Canton of Zurich: A Comparison of Outpatient, Day Clinic, and Inpatient Referral Populations)	668

Übersichtsarbeiten / Reviews

BIERMANN, G./BIERMANN, R.: Das Scenotestspiel im Wandel der Zeiten (The Sceno Game in the Course of Time)	186
BUDDEBERG-FISCHER, B.: Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte – Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie (The Development of Family Therapy – Interrelationship Between the Patient's and the Therapist's Family)	174
BÜRGIN, D.: Drum zwingen, wem ein Zwang gegeben? (Should constrain, who is constrained?)	66
DOHERTY, W.J./MCDANIEL, S.H./HEPWORTH, J.: Medizinische Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit (Medical Family Therapy for Childhood Chronic Illness)	1
EGGERS, C.: Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter (Conversion Disorders in Childhood and Adolescence)	144

EGGERS, C.: Reizschutzmodell der Frühschizophrenie: ein integrativer ätiologischer und therapeutischer Ansatz (A Stimulus Barrier Model of Early Onset Schizophrenia: an Integrative Aetiological and Therapeutic Approach)	740
ESSAU, C.A./BASCHTA, M./KOGLIN, U./MEYER, L./PETERMANN, F.: Substanzmißbrauch und –abhängigkeit bei Jugendlichen (Substance Abuse and Dependence in Adolescents) . .	754
FONAGY, P./MORAN, G.S./TARGET, M.: Aggression und das psychische Selbst (Aggression and the Psychological Self)	125
HEEKERENS, H.-P.: Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung (Evaluation of Child Guidance: State of Research and Comments on Future Research)	589
HIRSCHBERG, W.: Probleme der Gefährlichkeitsprognose im jugendpsychiatrischen Gutachten (The Prediction of Violent Behavior in Forensic Adolescent Psychiatry)	314
HUNDSALZ, A.: Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung (Counselling, Psychotherapy of Psychological Counselling? The Profile of Therapy in Educational Guidance)	157
KLEMENZ, B.: Kinderplandiagnostik (Plan Diagnosis with Children)	722
RESCH, F./SCHULTE-MARKWORT, M./BÜRGIN, D.: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (Operationalized Psychodynamic Diagnostic in Children and Adolescents – a Contribution to Quality Management in Psychotherapy)	373
RÜTH, U.: Gutachterliche Probleme im Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion (Problems Concerning the Expert's Assessment of the Restriction of Parental Rights Particularly with Regards to Control or Assistance)	486
STECK, B.: Eltern-Kind-Beziehungsproblematik bei der Adoption (Parent-Child Relationship Problems in Adoption)	240
STREECK-FISCHER, A.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze (Compulsive Disorders in Childhood and Adolescence – New Psychoanalytic Views and Treatment Approaches)	81
TREMPLE, V.: Zur Wechselwirkung von Rahmen und Inhalt bei der Behandlung dissozialer Kinder und Jugendlicher (Interaction of Frame and Content in the Treatment of Dissocial Children and Adolescents)	387
VAN DEN BERGH, P./KLOMP, M.: Erziehungspläne als Steuerungsinstrumente der Jugendhilfe in den Niederlanden (Educational Plans as Control Instruments in Youth Care in the Netherlands)	767
VAN DER KOLK, B.A.: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (The Psychology and Psychobiology of Developmental Trauma)	19
WIESSE, J.: Zur Gegenübertragung in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen (Countertransference in Dynamic Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorders)	96

Werkstattbericht / Brief Report

ROMBERG, A.: Die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station im Urteil der Eltern (Parents Judgement Concerning Family Work of a Child Psychiatric Ward)	773
---	-----

Buchbesprechungen

ASENDORPF, J.B.: Psychologie der Persönlichkeit	118
BAHR, R.: Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung bei elektivem Mutismus	530
BENZ, A.: Der Überlebenskünstler. Drei Inszenierungen zur Überwindung eines Traumas	697
BIEN, W. (Hg.): Familie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Wandel und Entwicklung familialer Lebensformen	361
BLANK-MATHIEU, M.: Jungen im Kindergarten	532
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSEL, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis	780
BÖNISCH, L./LENZ, K. (Hg.): Familien: Eine interdisziplinäre Einführung	366
BOOTHE, B./HEIGL-EVERS, A.: Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung	264
BRICKENKAMP, R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests	57
CIERPKA, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik	53
CLAAR, A.: Was kostet die Welt? Wie Kinder lernen, mit Geld umzugehen	613
DU BOIS, R.: Junge Schizophrene zwischen Alltag und Klinik	448
DUDEL, J./MENZEL, R./SCHMIDT, R.F.: Neurowissenschaft. Vom Molekül zur Kognition	114
DURRANT, M.: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings	527
EICKHOFF, F.W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 36	206
EISENMANN, B.: Erzählen in der Therapie. Eine Untersuchung aus handlungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive	267
ELBING, U.: Nichts passiert aus heiterem Himmel – es sein denn, man kennt das Wetter nicht. Transaktionsanalyse, geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen	533
FRANKE, U. (Hg.): Prävention von Kommunikationsstörungen	788
GAGE, N.L./BERLINER, D.C.: Pädagogische Psychologie	50
GEWERT, U.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen aus der Sicht der Mütter. Eine Studie über Erleben und Bewältigung der Mütter betroffener Mädchen	270
GUTHKE, J.: Intelligenz im Test. Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik	614
HANTEL-QUITMANN, W.: Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie; Bd. 1. Metamorphosen, Bd. 2: Grundlagen	790
HARTMANN, K.: Lebenswege nach Heimerziehung. Biographien sozialer Retardierung	526
HILWEG, W./ULLMANN, E. (Hg.): Kindheit und Trauma – Trennung, Mißbrauch, Krieg	786
HIRSCH, M.: Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt	209
KÖPP, W./JACOBY, G.E. (Hg.): Beschädigte Weiblichkeit: Eßstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch	269
KRAUTH, J.: Testkonstruktion und Testtheorie	54
KREBS, H./EGGERT SCHMID-NOERR, A. (Hg.): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen	702
KUSCH, M./LAVOUIE, H./FLEISCHACK, G./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie	442
LEHMKUHL, G. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien	443
LIENERT, G./RAATZ, U.: Testaufbau und Testanalyse	54
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hg.): Verhaltenstherapie	615
MANSEL, J. (Hg.): Glückliche Kindheit – schwierige Zeiten? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens	364

MARKGRAF, J. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen	618
MEERMANN, R./VANDEREYCKEN, W. (Hg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung	620
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENEZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie, Bd. II: Evolutionspsychologische Emotionstheorien	205
MILZ, I.: Neuropsychologie für Pädagogen	114
MITCHELL, R.R./FRIEDMAN, H.S.: Konzepte und Anwendungen des Sandspiels	788
MÖNKS, F.J./KNOERS, A.M.P.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie	117
NEUENSCHWANDER, M.P.: Entwicklung und Identität im Jugendalter	448
NEUMANN, W./PETERS, B.: Als der Zahnarzt Zähne zeigte ... Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Psychotherapie, Beratung und Supervision	529
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XIII	208
OTTO, U. (Hg.): Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien	700
PETERMANN, F. (Hg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren	784
PETERMANN, F. (Hg.): Kinderverhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen	616
PETERMANN, U.: Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Ein Praxisbuch	617
PRONTELLI, A.: Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie	268
PLAUM, E.: Einführung in die Psychodiagnostik	56
PÖRTNER, M.: Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen	49
RAUCHFLEISCH, U.: Alternative Familienformen. Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner	790
RECKERT, W.: Väterlichkeit und pädagogische Profession am Beispiel der Heimerziehung	524
REIMER, C./ECKERT, J./HAUTZINGER, M./WILKE, E.: Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen	116
REINELT, T./BOGYI, G./SCHUCH, B. (Hg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie	781
REMSCHMIDT, H. (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	782
RODEWIG, K. (Hg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie	266
ROSSMANN, P.: Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters	116
ROST, J.: Testtheorie, Testkonstruktion	54
SANDLER, J. (Hg.): Über Freuds „Die endliche und die unendliche Analyse“. Freud heute – Wendepunkte und Streitfragen, Bd. 1	698
SCHAD, U.: Verbale Gewalt bei Jugendlichen	446
SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung	441
SCHROEDER, J./HILLER-KETTERER, I./HÄCKER, W./KLEMM, M./BÖPPLER, E.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher	528
SCHUMANN-HENGSTLER, R./TRAUTNER, H.M. (Hg.): Entwicklung im Jugendalter	444
SIGUSCH, V. (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung	696
SPECK, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung	52
STROEBE, W./HEWSTONE, M./STEVENSON, G. (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung	204
THÖMA, H./KÄCHELE, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1: Grundlagen	264

THOMASIU, R.: Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen	534
TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	205
WARSCHBURGER, P.: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter .	443
WILMER, I.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Empirische Grundlagen und kriminalpoli- tische Überlegungen	272
WURMSER, L.: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs	785
ZINNECKER, J./SIEBEREISEN, R.K.: Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern	362
Editorial / Editorial	63
Autoren und Autorinnen /Authors	48, 105, 203, 263, 355, 440, 524, 607, 694, 779
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	105, 356, 608
Tagungskalender / Calendar of Events	59, 121, 212, 273, 368, 451, 536, 622, 703, 793
Mitteilungen / Announcements	61, 123, 214, 371, 454, 540, 624, 704, 795

Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter*

Christian Eggers

Summary

Conversion Disorders in Childhood and Adolescence

Since its first definition 100 years ago, the term conversion underwent many changes, a fact that is proved by various re-evaluations with respect to classification (DSM-IV, ICD-10). In the context of a psychodynamically-oriented diagnostic there are – in addition to that – actual attempts to reach a valid operationalization of the conversion concept. From a psychodynamic point of view a differentiation of traditional concepts has been made. Results of examinations of 45 children and adolescents (average age: 14 years, range: 8-18 years) who had been treated in the Department of Child and Adolescent Psychiatry of the University of Essen for conversion symptoms, revealed a strong interaction of oedipal and pre-oedipal conflicts and that in case that there was no help from a third object during early triangulation, the child's endeavor to break out of the primordial relationship with the primary love object had been impeded and thus individuation processes were impaired or even prevented. Our results lead to the conclusion that for the young patients, who came to us with a conversion symptom, the early pre-oedipal triangulation failed and thus primary separation and dependency conflicts could not be solved adequately.

Zusammenfassung

Der Konversionsbegriff hat seit seiner Erstdefinition vor einhundert Jahren zahlreiche Wandlungen erfahren, was sich auch in verschiedenen klassifikatorischen Neubewertungen niederschlägt (DSM-IV und ICD-10). Im Rahmen einer psychodynamisch orientierten Diagnostik wird gegenwärtig darüber hinaus versucht, eine valide Operationalisierung des Konversionskonzeptes zu erreichen. Auf der psychodynamischen Seite ist es ebenfalls zu einer Differenzierung tradierter Auffassungen gekommen. Bei der klinischen Bewertung von insgesamt 45 Kindern und Jugendlichen (Durchschnittsalter: 14 Jahre, range: 8-18 Jahre), die wegen konversionsneurotischer Störungen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Essen behandelt worden waren, zeigte sich, daß ödipale und prä-ödipale Konflikte miteinander interagierten und daß, wenn die „trianguläre Hilfsfunktion“ des dritten Objekts ausblieb, die Lösung aus der primären Dualunion und damit frühe Individuierungsprozesse erheblich erschwert waren oder gar verunmöglicht wurden. Unsere Beobachtungen führten zu der Schlußfolgerung, daß bei den zur stationären Behandlung kommenden jungen Patienten mit einer Konversionssymptomatik bereits in einem

* Meinem neuropädiatrischen Lehrer D. Scheffner in Freundschaft gewidmet.

frühen Entwicklungsstadium prä-ödipale Triangulierungen mißlungen sind und primäre Loslösungs- und Abhängigkeitskonflikte nicht adäquat bewältigt werden konnten.

1 Einleitung

Es gibt kaum ein Phänomen in der Psychopathologie, das in so starkem Maß Aufmerksamkeit erfahren und so viel publizistische Aktivität aber auch Kontroversen ausgelöst hat, wie die Konversion, die als zentrales Phänomen der Hysterie angesehen wurde. Nicht von ungefähr kann man FREUDS „Studien zur Hysterie“ (1893-1895) als Beginn der Psychoanalyse ansehen. Konversionsneurotische und hysterische Symptome führen nicht selten zu einer ablehnenden Haltung der Umgebung und induzieren leicht Vorstellungen des Unechten, Falschen, Theatralischen und Übertriebenen. Auch Kinder und Jugendliche mit „unechten“, psychogenen, vorgetäuschten Symptomen, die sie außerdem so aufmerksamkeitsheischend und publikumswirksam zu demonstrieren wissen, setzen sich nur allzu leicht Ablehnung, Verachtung und eventuell sogar Abscheu aus. Für solche Reaktionen ihrer Umgebung sind sie aber besonders empfindlich, und so müssen sie um so mehr „aufdrehen“, um doch endlich die dringend erwünschte Beachtung und Bestätigung zu erhalten. Der therapeutisch Tätige wird jedoch hinter dem konversionsneurotischen Symptom des Kindes eine „Organisation von äußerster Komplexität“ sehen, „die wegen ihres Wertes hervorgebracht und beibehalten wird“ (WINNICOTT 1976, S. 131).

Daraus folgt, daß niemand berechtigt ist, dem Kind sein Symptom einfach „wegzunehmen“, durch welche Therapie auch immer. Ja, man kann sagen, daß eine Beseitigung seines Symptoms einer Entwertung seines Wesens und seiner kreativen Potenz gleichkommt. Vielmehr geht es darum, die beeinträchtigte emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes zu fördern und dies geht ganz sicher nicht durch das bloße Wegkurieren von Symptomen.

Der Kinderpsychiater übt vielmehr eine Art Katalysatorfunktion dem seelisch gestörten Kind gegenüber aus, indem er dessen autochthone emotionale Entwicklung und Reifung fördert, nicht aber ihm seine Vorstellung von Gesundheit und Reife aufzwingt. Das bedeutet, daß der Therapeut sich dem Kind gegenüber wie ein „Übergangsobjekt“ verfügbar macht, zu dem das Kind eine verlässliche und kontinuierliche Gefühlsbeziehung herstellen kann, eine Beziehung, die es ihm erlaubt, frühkindliche (Beziehungs-) Konflikte zu bearbeiten, die es an einer gesunden, lebendigen Entwicklung behindert haben. Dabei ergibt sich die Frage, welche Konflikte der Konversionssymptomatik des Kindes- und Jugendalters zugrundeliegen und ob sich konversionstypische Konflikte beschreiben lassen. Zunächst muß aber versucht werden zu klären, was unter dem Begriff „Konversion“ zu verstehen ist.

2 Definition und Klassifikation

Der Begriff „Konversion“ geht auf S. FREUD (1894) zurück. Er verstand darunter die Umsetzung eines seelischen Konflikts in körperliche Symptome. Konversionssymptome

sind in die Körpersprache übersetzte und durch somatische Erscheinungen symbolisierte unbewußte Phantasien, Wünsche, Vorstellungen oder Erinnerungen, die vom Bewußtsein nicht zugelassen werden können und deshalb durch Verdrängung abgewehrt werden müssen. S. FREUD (1908) setzte Konversions- und hysterische Symptome gleich, in denen er „nichts anderes“ sah, „als die durch Konversion zur Darstellung gebrachten unbewußten Phantasien“. Die ICD-9 hat entsprechend dieser Vorstellung konversionsneurotische Störungen unter der Rubrik „Hysterie“ (ICD-9: 300. 1) zusammengefaßt und darunter folgerichtig motorische und sensorische Ausfälle, Dämmerzustände und Amnesien aufgelistet.

In der 10. Revision (ICD-10) ist jedoch eine Neubewertung vorgenommen worden: Konversionsstörungen werden als „Dissoziative Störungen“ unter der Nummer F 44 rubriziert. Erhalten geblieben ist die Vorstellung, daß mit dem Begriff „Konversion“ zum Ausdruck gebracht wird, „daß sich der durch die unlösbaren Schwierigkeiten und Konflikte hervorgerufene unangenehme Affekt in irgendeiner Weise in Symptome umsetzt“ (ICD-10, Kapitel V (F), S. 161). Wie modern und hellichtig war der große jüdische Schriftsteller JAKOB WASSERMANN, der in seinem Roman „Etzel Andergast“ 1931 eben dies feststellte: „... das seelische Leben, das ist ja der gewöhnliche Weg, setzt sich in körperliches um, d.h., der Körper erklärt sich bereit, Schmerzen zu haben und die Innenlast dadurch zu erleichtern“.

Es handelt sich bei konversionsneurotischen Erscheinungen immer um funktionelle organische Symptome ohne pathologisch-anatomisches Substrat. Bedeutsam ist, daß unbewußte Konflikte durch die Konversion körperlich so zur Darstellung gebracht werden – sehr häufig in äußerst dramatischer und gut inszenierter Form –, daß sie für andere wahrnehmbar werden. Das Konversionssymptom füllt somit eine Appellfunktion aus, sie stellt einen „appel sans cri“ dar. So machte ein von mir behandeltes 16jähriges Mädchen durch eine Armlähmung auf eine höchst konflikthafte, äußerst ambivalente Beziehung zu seinem Vater aufmerksam, die ödipal-inzestuöse Züge trug. Der Vater verlangte u.a. von seiner Tochter, gemeinsam mit ihm Gitarre zu spielen, wobei er ihr minneartige Kompositionen schrieb. Durch die psychogene Armlähmung war sie dieses Zusammenspiels, nicht aber ihres eigentlichen Konfliktes, enthoben.

Kennzeichnend für die Konversionssymptomatik ist eine Aufspaltung von seelischem und körperlichem Erleben. Angst, Trauer, Verzweiflung, Ohnmacht, Hilflosigkeit, Scham und Schuld werden nicht mehr erlebt, sondern in einem körperlichen Symptom zum Ausdruck gebracht. Man spricht auch von einer Dissoziation zwischen seelischem und körperlichem Erleben. Intrapsychische Vorgänge (vom Bewußtsein nicht zugelassene Wünsche, Befürchtungen und begleitende Affekte) werden körper-sprachlich dargestellt, und sind damit auch nicht mehr unmittelbar verständlich, weder für den Patienten selbst noch für seine Umgebung.

Durch die Umsetzung des intrapsychischen Konflikts in ein körperliches Symptom kommt es zu einer Spannungsreduktion. Das betreffende Individuum braucht sich nun nicht mehr mit dem Konflikt zwischen Phantasie und Realität bzw. unbewußten Triebwünschen und entsprechenden Phantasien und verbietender Zensur durch das Gewissen bzw. das Über-Ich auseinanderzusetzen. Das Über-Ich wird also beruhigt, es kommt zu einem *apacement*, welches als primärer Krankheitsgewinn anzusehen ist. Daneben

kommt es auch zu einem sekundären Krankheitsgewinn, der etwa darin besteht, daß kein psychogenes sondern ein organisches Leiden besteht, was viel weniger peinlich ist, aber auch darin, daß der betreffende Patient nun Objekt der sorgenden Zuwendung und Beachtung durch die Familie ist. Es handelt sich bei der Ausbildung von Konversions-symptomen also auch um eine Art Versteckspiel des Patienten sowohl sich selbst als auch seiner Umgebung gegenüber. Um es mit den Worten von ΜΕΝΤΖΟΣ (1980, S. 75) auszudrücken: „Der Betreffende versetzt sich innerlich (dem Erleben nach) und äußerlich (dem Erscheinungsbild nach) in einen Zustand, der ihn sich selbst quasi anders erleben und in den Augen der umgebenden Personen anders, als er ist, erscheinen läßt“.

Auch HOFFMANN (1996) hält an der ursprünglichen Definition des Konversionskonzepts fest, dem eine „körpersprachlich vermittelte Symbolisierung eines inneren Konflikts“ zugrundeliege, und er unterscheidet drei Determinanten: eine phänomenale (pseudo-neurologische Störungen), eine kommunikative (körpersprachliche Ausdrucksphänomene) und eine psychodynamische (Symbolbildungen zur Lösung eines unbewußten Konflikts).

Die modernen Klassifikationsschemata beschränken sich strikt auf die phänomenalbeschreibende Ebene unter Verzicht auf den Nachweis eines durch das somatische Symptom symbolisch dargestellten, aus dem Bewußtsein verdrängten seelischen Konflikts.

Während in der ICD-10 die Konversionsstörungen in ihren klinischen Unterformen unter der Rubrik F 44 (F 44.0 – F 44.9) klassifiziert werden, wird in der DSM-IV zwischen zwei Formen unterschieden:

Bewußtseins- und Gedächtnisstörungen werden in der DSM-IV unter dem Oberbegriff „Dissoziative Störungen“ rubriziert (dissoziative Amnesie: 300.12, dissoziative Fugue: 300.13). Das Ganser-Syndrom wird unter den nicht näher bezeichneten dissoziativen Störungen (300.15) gefaßt (vgl. Tab 1).

Tab. 1: Dissoziative Störungen im Vergleich zwischen ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
Dissoziative Störungen (F 44)	Dissoziative Störungen
– Dissoziative Amnesie (F 44.0)	– Dissoziative Identitätsstörung (300.14)
– Dissoziative Fugue (F 44, 1)	– Dissoziative Fugue (300.13)
– Dissoziativer Stupor (F 44.2)	– Dissoziative Amnesie (300.12)
– Trance- und Besessenheitszustände (F 44.3)	– Depersonalisationsstörung (300.6)
– Dissoziative Bewegungsstörungen (F 44.4)	– nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen (300.15)
– Dissoziative Krampfanfälle (F 44.5)	
– Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen. (F 44.6)	
– Dissoziative Störungen gemischt (F 44.7)	
– Sonstige dissoziative Störungen (F 44.8)	
– Vorübergehende dissoziative Störungen in der Kindheit und Jugend (F 44.82)	
– Nicht näher bezeichnet (F 44.9)	

Die Konversionsstörung im eigentlichen Sinne wird unter den somatoformen Störungen unter der Nummer 300.11 rubriziert. Dazu zählen folgende, nicht-organische Störungen:

- motorische und sensible Lähmungen von Extremitäten, Halbseitenlähmungen, Paraplegien;
- Aphonie, Mutismus;
- Bewegungsstörungen (Tremor, Dystonie, Gangstörungen, Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen);
- sensorische Störungen (Sehstörungen, Hörstörungen, Verlust der Berührungs- oder Schmerzempfindung);
- pseudo-epileptische Anfälle.

3 Häufigkeit

Aufgrund unterschiedlicher nosologischer Zuordnungen und der Heterogenität der untersuchten Populationen kommt es zu stark schwankenden Häufigkeitsangaben für das Auftreten konversionsneurotischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Von Pädiatern wird die Diagnose offensichtlich häufiger gestellt. Die Prävalenzzahlen für konversionsneurotische bzw. dissoziative Störungen im Kindes- und Jugendalter schwanken je nach Autor zwischen 0,5% und 10% (PUTNAM 1993). Bezogen auf ein stationäres kinderpsychiatrisches oder pädiatrisches Krankengut liegen die Häufigkeitszahlen zwischen 0,5% und 16,7% (LEHMKUHL et al. 1989; LESLIE 1988). Große Unterschiede im bezug auf Inzidenz und Prävalenz bestehen transkulturell. Mehrere Studien vom indischen Subkontinent belegen, daß dort „Hysterie“ im Kindes- und Jugendalter mit bis zu 30% der stationär behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen die häufigste Diagnose in dieser Altersgruppe darstellt (Indian Council of Medical Research 1984; SRINATH et al. 1993). In der Literatur wird meist von einem Überwiegen des weiblichen Geschlechts mit einem Verhältnis von 2:1, teilweise auch 3:1 bis 4:1 berichtet. Der Altersgipfel liegt in der Pubertät und der Adoleszenz.

4 Symptomatologie

Die konversionsneurotischen Symptome lassen sich grob in motorische, sensible, somatoviszzerale Störungen und in dissoziative Bewußtseinsänderungen gliedern (Tab.2).

Tab. 2: Klinische Manifestationsformen dissoziativer (konversionsneurotischer) Symptome (nach ICD-10)

Motorisch	
• Lähmungen	
• Abasie, Astasie	
• Torticollis	F 44.4
• Abnorme Bewegungsabläufe	
• Sprechstörungen, Aphonie	
• Hysterische Anfälle	F 44.5
Sensibel	
• Hypaesthesien, Anaesthesien	
• Hyperaesthesien	F 44.6
• Schmerz	
Sensorisch	
• Schwerhörigkeit, Taubheit	
• Hyperacusis	F 44.6
• Sehstörungen, partielle oder totale Blindheit	
• Makropsien, Mikropsien	
Visceral	
• Atembeschwerden	
• Hyperventilation	
• Verdauungsstörungen	F 45.3
• Dysphagien, Singultus, Erbrechen	
• Harnentleerungsstörungen	
Hysterische Bewußtseinsänderungen	
• hysterische Dämmerzustände	F 44.3
• Somnambule, oneiroid-ekstatische, stuporöse Zustände	F 44.1-3
• Ganser-Syndrom	F 44.80

5 Eigene Untersuchung

Unter 1700 in den Jahren 1979 bis 1992 in unserer Klinik stationär behandelten Kindern und Jugendlichen wurde bei 45 Patienten die Diagnose einer Konversionsstörung entsprechend ICD-10: F 44 gestellt. Das entspricht einer Häufigkeit von 2,6%. Das Geschlechtsverhältnis betrug zugunsten der weiblichen Patienten 3 : 1. Das Manifestationsalter lag zwischen 7 und 18 Jahren mit einer Häufung bei 14 Jahren. Das Leitsymptom bestand zwischen 11,5 und 47 Monaten vor der Aufnahme. Die Krankengeschichten der 45 Patienten wurden u.a. im Hinblick auf die klinische Symptomatologie und die jeweils zugrundeliegende Konfliktdynamik ausgewertet (EGGERS 1987).

Gangstörungen, meist in Kombination mit Abasie und Astasie, waren am häufigsten (16 Patienten). 12 Patienten zeigten Lähmungen der oberen oder unteren Extremitäten. Eine Patientin litt ausschließlich unter hysterischen Anfällen, die bei 5 weiteren Mädchen zusätzlich neben anderen konversionsneurotischen Symptomen vorkamen. Ein 10jähriges Mädchen litt an oneiroiden Dämmerzuständen, in denen es u. a. die eigene Wiedergeburt erlebte, mit dem toten Großvater zusammentraf oder Seelenwanderungen durchmachte. Ein 14jähriger Junge zeigte die typische Symptomatik eines Ganser-Syndroms. Eine Patientin litt an einer Amaurose.

Insgesamt sind 44% der 45 Patienten nach der Entlassung symptomfrei geworden, 32% zeigten noch Restsymptome, 24% waren praktisch unverändert (Tab. 3). Interessant ist, daß die Besserungsrate von der Therapiedauer abhängt. Nur 13% waren bereits innerhalb von einem Monat symptomfrei. Bei den Ungebesserten handelte es sich vorwiegend um Therapieabbrecher. In Übereinstimmung mit der Literatur finden sich auch bei den Essener Patienten relativ hohe Quoten abgebrochener oder vorzeitig beendeter Therapien (bis zu 40%). Zu den 40% sind allerdings bei unseren Patienten auch diejenigen erfaßt worden, bei denen sehr schnelle Symptombesserungen und rasche Stabilisierungen der Familiensituation beobachtet werden konnten. Immerhin aber konnte bei drei Viertel der Patienten eine völlige oder deutliche Symptomreduktion erreicht werden.

Tab. 3: Therapiedauer und Entlassungssituation

	<1 Monat (n=18)	1-3 Monate (n=10)	>3 Monate (n=17)	insgesamt (n=45)
symptomfrei (n=20)	13%	11%	20%	44%
Restsymptome (n=14)	7%	9%	16%	32%
keine Besserung (n=11)	20%	2%	2%	24%
insgesamt	40%	22%	38%	100%

6 Konfliktodynamik

Klassischerweise werden konversionsneurotische Symptome auf ödipale Konflikte zurückgeführt. Das heißt, sie stehen im Dienste der Abwehr vom Bewußtsein nicht zugelassener, verdrängter inzestuöser Wünsche und entsprechender (Kastrations-)Ängste und Neidgefühle („Penisneid“), die durch unterschiedliche Abwehrmechanismen wie Verschiebung, Verdichtung und Symbolisierung in verschlüsselter Form körpersprachlich zur Darstellung gebracht und dadurch neutralisiert werden. Der für die Konversionsneurose kennzeichnende Abwehrmechanismus ist die Verdrängung. So wird in klassischer Weise ein aus der ödipalen Phase stammender genital-inzestuöser Triebwunsch aus dem Bewußtsein ausgeschlossen, die ihm zugehörige Libido wird in diesem Falle vom Genitale auf andere Körperteile, etwa eine Extremität, verschoben.

Ödipale Konflikte mit Kastrationsängsten und rivalisierenden Auseinandersetzungen spielten bei mehr als zwei Drittel (33 von 45) unserer Patienten eine dominierende Rolle (EGGERS 1987). Bei einem 10jährigen Jungen bestanden neben starken Kastrationsbefürchtungen auch Mordphantasien und Todeswünsche gegenüber dem Vater, einem introvertierten, ängstlichen, selbstunsicheren, zwanghaften, ich-schwachen Mann, der einen äußerst strengen, einengenden Erziehungsstil praktizierte. Der Junge äußerte in der Therapie mit der Therapeutin offen sexuelle Phantasien: „Komm mit ins Bett, wir wollen Kindchen machen“.

Ödipale Phantasien lagen jedoch nicht ausschließlich den Konflikten bei unseren Patienten mit Konversionssymptomen zugrunde. Sie dienten teilweise auch der Abwehr aggressiver Impulse, die nicht zugelassen und deshalb aus dem Bewußtsein verdrängt und in der verzerrten Form der Körpersprache ausgedrückt wurden. Hinweise waren selbstdestruktive, autoaggressive Handlungen – nicht selten in Form von Bagateltraumen und kleinen Unfällen verbrämt. Hier wurden heteroaggressive Impulse, die meist einem frustrierenden Elternteil galten, in Form einer Aggressionsumkehr konvertiert und gegen den eigenen Körper gerichtet und dadurch abgewehrt. Solche Selbstzerstörungen, teils in Kombination mit Suizidversuchen, kamen bei knapp der Hälfte unserer konversionsneurotischen Patienten vor.

Neben ödipalen Konflikten konnten wir, vor allem bei Mädchen, schwere Abhängigkeits- und Ablösungskonflikte beobachten, bei dominierend-einengenden, überprotektiven Müttern, welche die Autonomiebestrebungen ihrer Töchter behinderten. Es bestanden symbiotisch-enge und ambivalente Mutter-Kind-Beziehungen mit starken Trennungsängsten. Verselbständigungstendenzen bei den Töchtern wurde jeweils von den Müttern entgegengearbeitet. Autonomiebestrebungen waren infolgedessen bei den Kindern hochgradig angstbesetzt und führten zu entsprechenden Schuldgefühlen mit latenten Aggressionen, die teilweise wiederum gegen den eigenen Körper gerichtet wurden. Das Symptom Gangunfähigkeit bedeutet dann: „Ich kann der Mutter nicht weglaufen“.

Aber auch bei den Mädchen hatten motorische Lähmungen, Bewußtseinsstörungen und pseudo-epileptische Anfälle teilweise die Funktion einer Sicherungstendenz, um inzestuöse Impulse gegenüber dem Vater in Schach zu halten. Inzestuöse Wünsche rufen aber Schuldgefühle und entsprechende Ängste hervor, nicht mehr geliebt zu werden und minderwertig zu sein.

Auf der ödipalen Stufe ist die Konfliktdynamik bestimmt durch Abwehr inzestuöser Wünsche mit entsprechenden Kastrationsängsten, auf der präödipalen Stufe geht es dagegen in erster Linie um die Abwehr von Autonomiebestrebungen und Trennungsängsten, von Trennungsschuld und Abhängigkeitsscham. Eine besondere Bedeutung kommt bei Konversionsneurosen Abhängigkeits- und Loyalitätskonflikten zu. Der Abhängigkeitskonflikt ist eng verknüpft mit einem Schuld-Scham-Dilemma (WURMSER 1990): Weil ich nach Unabhängigkeit und Autonomie strebe, muß ich mich schuldig fühlen, denn ich verrate damit die geliebte Person, die dies nicht zulassen kann (Trennungsschuld). Weil ich aber noch abhängig und kleinkindlich und damit schwach und impotent bin, muß ich mich schämen (Abhängigkeitsscham). Trennungsschuld und Abhängigkeitsscham stehen in einem diametralen Verhältnis zueinander, bedingen

aber auch einander und sind miteinander teufelskreisartig verknüpft. Es entsteht ein auswegloser Zirkel, dem diese Patienten ohne Hilfe nicht enttrinnen können. Trennungsangst heißt: Ich kann allein, getrennt vom schützenden Objekt nicht leben; Trennung ist eine Form des Todes. Trennungsschuld bedeutet: Das geliebte Objekt kann ohne mich nicht leben, es verlassen bedeutet die Tötung des geliebten Objekts. Bei der Konversionsneurose werden diese Gefühle, Schuld und Scham, verleugnet und hinter körperlichen Symptomen versteckt, Aggressivität wird tabuisiert, insbesondere Trennungsaggression. Auch Trennungsangst und Trennungsaggression, die Angst vor dem Verlassen und Verlassenwerden, und die Wut darüber, sich nicht trennen zu können, sind unheilvoll miteinander liiert. Beides wird nicht selten in Form von Autoaggressionen und Selbstbestrafungstendenzen, teilweise lustvoll, ausagiert.

7 Kasuistik

Ein bei Erkrankungsbeginn zwölfjähriges Mädchen zeigte schon von frühauf Trennungsangst: Ausbleiben der Trotzphase, Verselbständigungsimpulse sind verleugnet worden. Das Kind konnte sich bei Anwesenheit der Mutter nicht trennen, weder im Kindergarten noch später auf der Musikschule. Auch die Mutter leidet unter einer extrem stark ausgeprägten Trennungsschuld, sie konnte sich von ihren eigenen Eltern nicht trennen. Sie war Einzelkind und habe ihre Pubertät „ganz unauffällig durchgemacht“, „keiner habe etwas bemerken dürfen“. Sie sei auch „keinesfalls aggressiv“ gewesen, sie habe ihren Eltern nicht wehtun dürfen. Erst mit 19 Jahren, als sie ihren jetzigen Mann kennengelernt habe, den Vater der Patientin, habe sie die Auseinandersetzung mit ihren Eltern gewagt, sich aber jahrelang nicht durchsetzen können, so daß die Beziehung vom stetigen Scheitern bedroht war. Sie habe sich schließlich nur unter großen Schwierigkeiten und Schmerzen durchgesetzt. Es habe viele, viele Jahre ihrer Ehe gedauert. Sie habe jede Woche nach Hause fahren müssen und habe kaum zurückfahren können zu ihrem Mann, wobei sie erhebliche Distanzen zurücklegen mußte. Auf der Rückfahrt habe sie „strömend“ geweint. In den ersten Jahren der Ehe habe sie furchtbares Heimweh gehabt.

In der Herkunftsfamilie der Patientin herrscht also die Ideologie: Man darf sich nicht trennen, Trennung ist gefährlich. Eine der Ursachen liegt darin, daß sechs Geschwister der Mutter im frühen Säuglingsalter gestorben sind. Aggressionsäußerungen sind in der Familie tabu. Vor allem der Vater, der in allen Therapiesitzungen eine unangenehm anmutende kalte, überlegen-berechnende Aggressivität zum Ausdruck bringt, sorgt dafür, daß aggressive Stimmungen sich nicht offen äußern, er hält das Familiensystem in starren engen Grenzen, während die Mutter ihre Enttäuschungswut und ihren Ärger durch Weinen und Schluchzen zum Ausdruck bringt. Ein Schlüsselerlebnis unserer Patientin war, als sie 6 Jahre alt war, daß sie Krach gehört hat und mit ihrer Schwester in die Küche ging, wo sie die beiden Eltern weinend und schluchzend vorgefunden hatten, was beide Kinder so sehr erschreckt hat, daß sie in den Keller geflüchtet sind. Die Patientin hat sehr starke Angstgefühle entwickelt, die Eltern zu verlieren.

Bei der bevorstehenden Entlassung tritt der Loyalitätskonflikt, in dem sich die Patientin befindet, wieder deutlich zutage: Das Mädchen gibt mimisch und durch ihre gedrückte Stimmung zum Ausdruck, in der Klinik bleiben und weiter Therapie erhalten zu wollen, sie wird hierin von der Mutter unterstützt. Für den Vater ist jedoch nur das gelähmte Bein, das konversionsneurotische Symptom, interessant, alles andere sei „weltanschaulich“. Er entwertet die Psychotherapie und Familientherapie. Das Bein, dem möglicherweise unbewußt eine phallische

Bedeutung zukommt, entscheidet so, wie der Vater es will, es läuft, es funktioniert und somit ist kein Grund mehr für eine Fortdauer der Therapie gegeben. Die Patientin aber macht dem Therapeuten in der Einzeltherapie den Vorwurf, daß er sich in der Familiensitzung nicht entschieden genug für das Verbleiben in der Klinik und damit für die Fortsetzung der Therapie eingesetzt hat, das habe sie sehr irritiert, sie hat sich mehr Unterstützung erwartet, die Eltern hätten aber gesagt, ohne die Beinsymptomatik wäre sie nicht in die Klinik gekommen, dies halte sie aber für kurzichtig, sie glaube, daß ihre Probleme „auf 99 reduziert worden sind, ein paar Tropfen und das Faß läuft wieder über“. Entsprechend gedrückt, mürrisch, übelgelaunt ist ihre Stimmung, aber sie wagt nicht offen gegen den Vater und gegen ihr Bein Partei zu ergreifen und sich durchzusetzen. Auch andere Interessen kann sie zu Hause nicht altersgemäß durchsetzen. Sie möchte zwar autonomer werden, wagt aber nicht, sich aggressiv zu wehren und durchzusetzen, sie mag keine Streitgespräche, mag nicht schreien. Lieber steckt sie zurück und ist nicht in der Lage, berechnete Interessen den Eltern gegenüber auch nur vorzutragen. Auch spielt sie widerwillig Geige, obwohl sie in der Phantasie die Geige am liebsten in die Ecke knallen und zertrümmern würde.

8 Diskussion

Es hat sich gezeigt, daß bei unseren Patienten ödipale *und* prä-ödipale Konflikte zu beobachten waren. Damit stellt sich die Frage, ob es sich um zwei grundverschiedene Konflikttypen handelt oder ob insbesondere unter entwicklungspsychologischen Aspekten nicht doch eine Kontinuität insofern zu postulieren ist, als es sich letztlich um *einen Grundkonflikt* handelt, der sich allerdings auf unterschiedlichen Entwicklungsstufen in verschiedener Weise manifestiert. Mit dieser Frage hat sich RUPPRECHT-SCHAMPERA (1995) sehr differenziert auseinandergesetzt. Sie unternimmt darin den Versuch, ein einheitliches Modell sowohl prä-ödipaler als auch klassisch-ödipaler Konfliktthypothesen zu entwickeln.

In Anlehnung an ABELIN (1971) und ROTMANN (1978) begründet sie die grundlegende Bedeutung der *frühen Triangulierung* für die Entwicklung des Kindes während der frühen dyadischen Beziehung mit der Mutter: Das Kind bedarf auch schon in dieser Phase einer hinreichend guten Erfahrung mit der „dritten Person“, dem Vater. Ist die zwischeneltherliche Beziehung gut, so sind die Voraussetzungen günstig für die *spätere reife Triangulierung*. Vor allem in gestörten primären Mutter-Kind-Beziehungen wird die unterstützende Funktion des dritten Objekts ganz besonders wichtig.

In der Tat kann die dritte Person in dieser frühen Entwicklungsphase existentielle Trennungs- und Verlustängste des noch vorwiegend dual gebundenen Kindes abmildern. Ist das dritte Objekt physisch oder psychisch nicht ausreichend verfügbar, gänzlich abwesend oder aber destruktiv-übergriffig, so kann sich später eine Konversionssymptomatik entwickeln.

Ein in unserer Klinik behandelter 16jähriger Junge entwickelte im Alter von 12 Jahren pseudo-epileptische Anfälle, die als komplex-partiale Anfälle eingestuft worden waren und u.a. mit Phenytoin und Carbamazepin behandelt worden waren. Der Junge berichtete schließlich über einen länger andauernden sexuellen Mißbrauch durch den Vater als er etwa sieben Jahre alt gewesen war. Die Anfälle seien aufgetreten, seitdem er sich bewußt mit dem Mißbrauch ausein-

andergesetzt habe¹. Zusätzlich spielten erhebliche zwischenelterliche Auseinandersetzungen, die z.T. auch körperlich ausgetragen wurden, Alkoholismus des Vaters und schulische Probleme des Jungen eine Rolle. Hinzu kam, daß die Mutter ihren Sohn zum Vatersatz gemacht, also parentifiziert hatte, bis heute bezeichnet sie ihn als „ihr Männlein“. Er beriet seine Mutter tatsächlich in allen häuslichen Fragen, half immer wieder, den betrunkenen Vater aus Gaststätten nach Hause zu bringen, fühlte sich in starkem Maße zuständig und verantwortlich, sowohl für die Mutter als auch für seinen kleinen Bruder. Eigene Bedürfnisse konnte er nicht entwickeln, aber auch keine eigene Identität, er hatte keine altersgemäßen heterosexuellen Beziehungen, es bestand fraglich eine homosexuelle Identität. Zwischenzeitlich kam es zu Ermittlungen wegen exhibitionistischer Handlungen mit kleinen Buben. Der Jugendliche erschien sehr angepaßt, als eine „Als-ob-Persönlichkeit“, er hatte keinen Zugang zu seinen eigenen Gefühlen, gab sich als „cooler“ Erwachsener. Die Anfälle waren für ihn die Möglichkeit, zu regredieren, und auf diese Weise Hilfe und Zuwendung zu erfahren. In kleinen Erzählungen, die er schrieb, ging es um einen Jungen, der in eine andere Welt gelangte, seine Familie und die ganze Stadt fielen in einen Schlaf, er sollte sowohl die Stadt als auch die Familie retten, aber auch er fiel in Schlaf, wachte aber wieder auf und niemand half ihm, aber er mußte die anderen retten.

Der Patient versuchte offensichtlich, seinen Konflikt mit dem mißbrauchenden Vater durch dessen vollständige Ausschließung zu lösen. Eine altersadäquate Lösung des ödipalen Konflikts wäre für ihn nur unter der Bedingung einer guten, affirmativen und auch in sexueller Hinsicht befriedigenden zwischenelterlichen Paarbeziehung möglich gewesen. So verblieb ihm nur die Möglichkeit, in einer prä-ödipalen Dualunion mit der Mutter zu verharren, für die er durch die Unterdrückung einer heterosexuellen Trieborientierung nicht gefährlich werden konnte und deren Rache er dadurch nicht zu befürchten hatte. Auch die phallische Rivalität mit dem Vater blieb aus, sie wurde statt dessen in kleinkindlicher Weise an jüngeren Kindern ausagiert, zugleich ein unbewußter Versuch, der eine adäquate Individuation verhindernden Dualunion mit der Mutter zu entrinnen. Hinter den exhibitionistischen Akten gegenüber kleinen Buben wehrte der Patient nicht nur seine Kastrationsängste ab, sondern er demonstrierte ihnen buchstäblich seinen grandiosen, idealisierten Phallus, Substitut für den Vater, der als triangulierendes Identifikationsobjekt ausfällt.

Für RUPPRECHT-SCHAMPERA (1995) spielt der Phallus als ein idolisiertes drittes Objekt eine zentrale Rolle im Dienst der Selbsterhaltung und der Verarbeitung erlebter Traumatisierungen. Andererseits ist er in seiner Phantasie durch den mißbrauchenden Vater seiner phallischen Potenz beraubt und in die weiblich-passive Rolle gedrängt worden. Die exhibitionistischen Handlungen sind vor diesem Hintergrund auch als Reparationsversuch der verletzten eigenen Phallizität zu sehen. Es zeigt sich also, daß, wenn die trianguläre Hilfsfunktion des dritten Objekts ausbleibt, die Lösung aus der primären Dualunion und damit frühe Individuierungsprozesse erschwert oder gar verunmöglicht werden.

In der Vorgeschichte von Mädchen, die später Konversionssymptome entwickeln, wurde berichtet, daß sie schon im Kleinkindalter ein sexualisiertes Verhalten gegenüber ihren Vätern zeigten, während die Beziehung zur Mutter als feindselig-ambiva-

¹ In der Literatur gibt es zahlreiche Berichte über eine hohe Koinzidenz von sexuellem Mißbrauch, körperlicher Mißhandlung und emotionaler Vernachlässigung (BOWMAN u. MARKAND 1996).

lent beschrieben wurde. RUPPRECHT-SCHAMPERA (1995) sieht darin eine Abwehr früher Trennungs- und Verlustängste gegenüber der Mutter, aber auch von Befürchtungen einer möglichen exzessiven Abhängigkeit von ihr. Manche Patienten bleiben dann allerdings zeitlebens abhängig von einer idealisierten, omnipotenten Vater-Imago. So entwickelte eine von uns behandelte 16jährige konversionsneurotische Patientin überhörende und idealisierende Phantasien über ihren Vater, der in ihren Erzählungen „ein König“ oder ein „berühmter Architekt“ war, der mit dem Flugzeug tödlich verunglückt sei. In Wirklichkeit hatte der gewalttätige, jähzornige, trunksüchtige, Frau und Kinder häufig mißhandelnde Vater seine Kinder völlig unversorgt ihrem Schicksal überlassen – er verließ die Patientin ein halbes Jahr nachdem auch die Mutter zuvor davongelaufen war. Ihre eigentlichen Wünsche nach Geborgenheit und Versorgung drückte die Patientin in Form einer „Fehlleistung“ aus, indem sie in einer schriftlichen Äußerung als ihr Hauptsymptom aufschrieb: „Flucht in den Stiefschlaf“, wobei die Assoziationen „Tiefschlaf“ gleich Sicherheit und Geborgenheit und „Stiefeltern“, die das eben nicht garantieren konnten, wirksam gewesen sein dürften.

Eine einheitliche Konflikttheorie für konversionsneurotische, dissoziative oder somatoforme Störungen, die sich klinisch in sehr heterogenen und variationsreichen Erscheinungsformen manifestieren, kann es nicht geben. Die Zahl der von verschiedenen Autoren entwickelten Modellvorstellungen ist entsprechend groß, eine exzellente Übersicht findet sich bei MERSKEY (1995), der an dem Terminus „Hysterie“ als Überbegriff für die in der ICD-10 bzw. DSM-IV aufgelisteten dissoziativen Störungen festhält. Er betont dabei zu Recht: „Wir müssen akzeptieren, daß wir es mit einer Störung von unendlicher Vielfalt zu tun haben“, bedingt durch menschliche Motive und Umstände, die auf „fundamentalen Erfahrungen in der Kindheit“ beruhen.

In letzter Zeit wird intensiv die Frage der Quantifizierung und Operationalisierung psychosomatisch-psychoanalytischer Befunde und Konstrukte diskutiert. Von SCHNEIDER et al. (1995) wurde ein brauchbares fünfsichtiges Modell zur operationalen psychodynamischen Diagnostik (OPD) im Bereich der Psychosomatik entwickelt, das es erlaubt, u.a. Konfliktmuster und strukturelle Gegebenheiten, wozu auch das Niveau der Abwehrmechanismen gehört, besser zu evaluieren. Unter Anwendung dieses Modells ergab eine retrospektive und daher in ihrer Aussagekraft stark eingeschränkte Auswertung von 30 ausgewählten Therapieverläufen bei Kindern und Jugendlichen mit Konversionssymptomen, daß, unter Zugrundelegung der in der OPD (Achse III) aufgelisteten acht Konflikte bzw. Verarbeitungsmodi, Abhängigkeits- und Autonomiekonflikte am häufigsten waren (60%), gefolgt von ödipalen und sexuellen Konflikten (46%). Es wäre wünschenswert, wenn dieses Modell in einer prospektiven, multizentrischen Studie an einer großen Patientengruppe angewandt werden würde, um zu sichereren quantitativen Daten zu kommen.

Eine vorläufige Einschätzung des Strukturniveaus entsprechend Achse IV der OPD bei den 30 Patienten, deren Protokolle von meinem früheren Mitarbeiter O. BILKE inhaltsanalytisch ausgewertet worden waren, ergab, daß diejenigen Strukturbereiche, die das autonome Selbst beschreiben, das eine eigene Identität ausgebildet hat und das über flexible Steuerungs- und Handlungsfähigkeiten verfügt, bei ihnen mäßig bis gering entwickelt waren. Ein psychotisches Funktionsniveau mit Derealisationserlebnissen

fand sich allerdings nur kurzfristig in Ausnahmefällen. Auch die Stabilität und Effektivität der Abwehrvorgänge war eher mäßig integriert, neben Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Rationalisierung und Verschiebung wurden auch primitivere Abwehrformen eingesetzt, wie Wendung gegen die eigene Person, Reaktionsbildung, Isolierung, Projektion, Objektidealisierung oder -entwertung (BILKE 1997; EGGERS u. BILKE 1996).

Bei den zur stationären Behandlung kommenden jungen Patienten mit einer Konversionssymptomatik scheint es sich also eher um schwere Störungen zu handeln, bei denen bereits in einem frühen Entwicklungsstadium prä-ödipale Triangulierungen mißlungen sind und wichtige primäre Loslösungs- und Abhängigkeits-Konflikte nicht oder nur unvollständig gemeistert werden konnten.

Literatur

- ABELIN, E.L. (1971): The role of the father in the separation-individuation process. In: McDEVITT, J.B./SETTLAGE, C.F.: Separation-Individuation, Essays in Honor of Margaret S. Mahler. New York: Int. Univ. Press.
- BILKE, O. (1997): Qualitative Prozeßcharakteristika stationärer Psychotherapie bei dissoziativen und somatoformen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Inauguraldissertation Essen.
- BOWMAN, E.S./MARKAND, O.N. (1996): Psychodynamics and Psychiatric Diagnoses of Pseudoseizure Subjects. *American Journal of Psychiatry* 153(1), 57-63.
- EGGERS, C. (1987): Konversionssymptome und -syndrome bei Kindern und Jugendlichen. In: BELAND, H. et al. (Hrsg.): *Jahrbuch Psychoanal.* Bd. 21. Stuttgart: Frommann Holzboog; S. 159-176.
- EGGERS, C./BILKE, O. (1996): Konversionssymptome bei Kindern und Jugendlichen. Vortrag Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Istanbul 1996.
- FREUD, S. (1894): Die Abwehr-Neurosepsychosen, Ges. Werke Bd. 1. London: Imago.
- FREUD, S. (1908): Hysterische Phantasien und ihre Beziehung zur Bisexualität, Ges. Werke Bd. VII. London: Imago.
- HOFFMANN, S.O. (1996): Der Konversionsmechanismus. *Psychotherapeut* 41, 88-94.
- LEHMKUHL, G./BLANZ, B./LEHMKUHL, U./BRAUN-SCHARM, H. (1989): Conversion disorder: Symptomatology and course in childhood and adolescence. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci* 238, 155-160.
- LESLIE, S.A. (1988): Diagnosis and treatment of hysterical conversions reactions. *Archives of Disease in Children* 63, 506- 511.
- MENTZOS, S. (1980): *Hysterie*. Frankfurt: Fischer.
- MERSKY, H. (1995): *The Analysis of Hysteria*. London: Gaskell.
- PUTNAM, F.W. (1993): Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse and Neglect* 17, 39-45.
- ROTMANN, M. (1978): Über die Bedeutung des Vaters in der „Wiederannäherungs-Phase“. *Psyche* 41, 1105-1147.
- RUPPRECHT-SCHAMPERA, U. (1995): The concept of „early triangulation“ as a key to a unified model of hysteria. *International Journal of Psychoanalysis* 76, 457-473.
- SCHNEIDER, W. et al. (1995): Entwicklung eines Modells zur operationalen psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Psychother. Psychosom. Med Psychol.* 45, 121-130.
- SRINATH, F./BHARAT, F./GIRIMAJI, S./SESHADRI, F. (1993): Characteristics of child in patient populations with Hysteria in India. *J. Amer. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 32, 822-825.
- WASSERMANN, L. (1931): *Etzel Adergast*. München: dtv.
- WINNICOTT, D.W. (1976): *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler.
- WURMSER, L. (1990): *Die Maske der Scham*. Berlin: Springer.

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. Christian Eggers, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Essen, Postfach 103043, 45030 Essen.