

2.4. Konversionen

Status quo evaluieren

Die Festlegung der Differenzialdiagnose ist neben dem Aufbau einer Vertrauensbeziehung und der Analyse von Übertragung - Gegenübertragung der entscheidende erste Schritt der Psychotherapie (sofern nicht bereits von einem einweisenden Psychiater erfolgt). Dabei sind somatische, psychische und differenzialdiagnostische Aspekte gleichermaßen zu beachten, um die mögliche Komorbidität nicht zu übersehen, weil funktionelle Ausfälle und strukturelle Schäden sich überlagern können.

Von der Konversion abzugrenzen sind die sogenannten Psychosomatosen, nach ICD-10 F54 (psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren anderenorts klassifizierter Erkrankungen). Dies wird als ein Folgezustand lang anhaltender psychischer Spannung betrachtet.

Davon abzugrenzen ist die somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10, F45.30) des kardiovaskulären Systems, des Gastrointestinaltrakts, des respiratorischen Systems, des urogenitalen Systems etc.

Auch im Rahmen der Depression beobachten wir oft Somatisierungsformen.

Unter Konversion wird meistens ein somatisierter, neurotischer Konflikt verstanden (im ICD-10 als dissoziative Störung F44 diagnostiziert).

Im DSM-IV werden unter 300.11 folgende Kriterien zur Konversionsstörung aufgeführt:

- A. Ein oder mehrere Symptome oder Ausfälle der willkürlichen motorischen oder sensorischen Funktionen, die einen neurologischen oder sonstigen medizinischen Krankheitsfaktor nahelegen.
- B. Ein Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren und dem Symptom oder Ausfall wird angenommen, da Konflikte oder andere Belastungsfaktoren dem Beginn der Exazerbation des Symptoms oder des Ausfalls vorausgehen.
- C. Das Symptom oder der Ausfall wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der Vorgetäuschten Störung oder Simulation).
- D. Das Symptom oder der Ausfall kann nach adäquater Untersuchung nicht vollständig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, durch die direkte Wirkung einer Substanz oder als kulturell sanktionierte Verhaltens- oder Erlebensformen erklärt werden.
- E. Das Symptom oder der Ausfall verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen, oder es rechtfertigt eine medizinische Abklärung.
- F. Das Symptom oder der Ausfall ist nicht auf Schmerz oder eine sexuelle Funktionsstörung begrenzt, tritt nicht ausschliesslich im Verlauf einer Somatisierungsstörung auf und kann nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden.

Psychoanalytische Autoren verweisen auf den Symbolgehalt des Symptoms.

Abzugrenzen von der Konversion ist die posttraumatische Belastungsstörung mit einem ursächlich schweren Belastungsfaktor, wobei die Amnesie ausschliesslich im Rahmen der Posttraumatischen Belastungsstörung oder der akuten Belastungsstörung auftritt.

Zielformulierung

Aufdecken der Hintergründe der Symptomatik.

Problem definieren

Es besteht die Auffassung, dass hinter der Symptomatik beschämende oder bedrohende Konflikte, Probleme oder Erfahrungen stehen, die das Ich nicht zulassen kann und unbewusst machen bzw. somatisieren musste. Das Aufdecken dieser Inhalte ist einerseits nötig, löst

andererseits Ängste im Zusammenhang mit den verdrängten Inhalten aus, die wieder abgewehrt werden müssen.

Strategienwahl

Aufdeckende Psychotherapie.

Strategiendurchführung

Der Schutz des gesamten Klinikangebots und die tolerante, Vertrauen schaffende Haltung des bzw. der Psychotherapeuten sind Voraussetzungen, um sich den Angst machenden und zum Teil völlig unbewussten Hintergründen zu stellen. Psychotherapie bei Konversion ist manchmal gekennzeichnet von Momente der Einsicht, gefolgt von Abwehr und Widerstand. Je nach Intensität des verdrängten Inhalts kann Psychotherapie Jahre dauern. In unserer Klinik wird ein erster Schritt vollzogen (z.B. den primären Krankheitsgewinn besser zu erkennen) oder die zu Hause begonnene Psychotherapie zu vertiefen. Es kommen aufdeckende Techniken wie Analyse von Übertragung und Gegenübertragung, von Träumen und Assoziationen, sowie Beobachtung in der Klinik, direkte Befragung nach traumatisierenden Erfahrungen (z.B. Trennungen) vor dem Symptomausbruch oder in der Kindheit zum Einsatz.

Wird der Sinn eines Symptoms für den Patienten einsichtig, können körperpsychotherapeutische Techniken den Psychotherapieprozess unterstützen und die Erfolge konsolidieren, z.B. eine Patientin mit einem ärgerlichen Globusgefühl erkennt die Zusammenhänge von aktuellen und früheren Ohnmachtssituationen und dem Symptom und kann anschliessend die Wut ausschreien.

Nicht selten können aufbrechend Ängste im Zusammenhang mit Entspannungsverfahren, durch die kreative Arbeit der Ergotherapeuten, der Verbesserung des Körperbewusstseins in der Physiotherapie oder in Gesprächen mit den Ärzten und den Pflegern vertieft werden. Gerade bei chronifizierten Fällen ist der interdisziplinäre Rapport von grösster Bedeutung. Gesamthaft geht es neben dem Aufdecken um das regelmässige Ueben, sich mit schmerzhaft oder unangenehmen Gedanken und Gefühlen konfrontieren, um sie zu neutralisieren. Dabei soll die Gefahr der Retraumatisierung im Auge behalten werden.

Literatur

Boadella David, "Befreite Lebensenergie" Kösel, 1991

DSM-IV Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen , Henning Sass et. al. 1991

ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen