

---

## KONVERSION – KONVERSIONSNEUROSE

---

*Boglarka Hadinger*

### I. DIE KONVERSIONSSYMPТОМАТИК

Die nachfolgende Klassifizierung stellt eine notwendige Voraussetzung dafür dar, daß der Therapeut dem Betroffenen vorurteilsfrei und effektiv begegnet. Denn nur zu häufig unterläuft der Fehler, daß zwei voneinander völlig unabhängige Symptombilder – Konversion und Hysterie – mit Hilfe des gleichen Begriffes abqualifiziert werden, indem man sie im Kern als hysterisch mißversteht.

Als Konversionssymptom begreift man die Umwandlung überwältigend starker Erlebnisse in körperliche Symptome. Diese Fähigkeit des Menschen stellt eine individuell unterschiedlich ausgeprägte Möglichkeit des Organismus dar, extreme Gefühlssituationen durch Aus-Druck auf der körperlichen Ebene besser verarbeiten zu können. Konversionssymptome treten vor allem in Angst- und Streßsituationen auf. Sie können alle Bereiche des menschlichen Organismus erfassen. Die Palette reicht vom bekannten Kloßgefühl im Hals bis hin zur Muskelerschlaffung und zu psychogenen Kopf- oder Zahnschmerzen. Dabei geschieht es nicht selten, daß der betroffene Mensch von der Konversionssymptomatik derart nachhaltig erfaßt wird, daß er jeden Hinweis auf eine mögliche psychische Problematik vehement abwehrt. Und tatsächlich: der Patient *hat* Schmerzen. Er *kann* die Arme nicht bewegen. Er ist *nicht fähig*, eine Speise zu schlucken. Und meiner Erfahrung zufolge gelingt es am leichtesten im Zusammenhang der Symptomatik des globus hystericus und bei Schmerzen im Bereich des Magen-Darm-Traktes, den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und körperlicher Symptomatik dem Patienten einsichtig zu machen. Dabei

treten am häufigsten die Konversionssymptome *in* der angstbesetzten Situation selbst oder *unmittelbar danach* auf. Sie lenken die Aufmerksamkeit des Betroffenen von der bedrohlichen Situation ab und hin zu den organischen Störungen. Ich nehme an, daß es wohl keinen Menschen gibt, der niemals in seinem Leben Konversionssymptome ausgebildet hätte. Aber man weiß, daß die Neigung zu Konversion individuell unterschiedlich ausgeprägt ist. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Beobachtung, daß in den nördlichen Ländern Europas anteilmäßig sehr viel häufiger Menschen mit Zwängen und eher seltener Menschen mit Konversionssymptomen angetroffen werden. Je weiter man in den Süden Europas kommt, desto größer die Häufigkeit der Konversionssymptome und desto geringer die Häufigkeit der Zwangssymptomatik. Auch hier dürfte die soziale Einstellung der Umwelt regelnde Funktion haben. In einer Umgebung, in der die mit Stärke und Härte verbundenen Verhaltensweisen einen hohen Wert darstellen, bricht eher eine zwangsneurotische Symptomatik auf. Eine soziale Umgebung, die im Falle von Krankheit und Schwäche eher mit Fürsorglichkeit reagiert, provoziert natürlicherweise vorrangig Konversionssymptome. Dabei ist schon allein der Unterschied innerhalb Deutschlands interessant. Nach medizinischen Schätzungen werden in den Kliniken Münchens etwa dreimal so häufig Konversionspatienten behandelt wie in Hamburg.

Bemerkenswert ist, daß wir auch innerhalb der Tierwelt Konversionsmechanismen ausmachen können. Man beachte z.B. den bekannten »Tottstellreflex« in extrem angstbesetzten Situationen. Gerade im Blick auf die Tierwelt wird deutlich, daß die Fähigkeit zur Konversion genetisch angelegt ist und eine lebenerhaltende Funktion des Körpers darstellt. Sie kann einen konfliktorientierten *Ausdruckscharakter* haben; dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Kind nach einem schrecklichen Autounfall von psychogener Blindheit geschlagen wird. Dies ist auch der Fall, wenn einer der beiden Ehepartner während eines Ehestreites rasende Herzschmerzen erfährt. Das ist das eine. Die Fähigkeit zur Konversion kann aber auch *funktionalen Charakter* haben. Die Tochter einer pflegebedürftigen Frau erleidet beispielsweise eine psychogene Armlähmung. Oder eine überforderte Lehrerin sieht sich von einem plötzlichen Stimmverlust geplagt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang der Hinweis, daß der Konversionsmechanismus unbewußt ist und in keinem Zusammenhang mit Simulation steht.

Natürlich muß in diesem Zusammenhang auch auf den Unterschied zwischen somatischer Erkrankung und einer Konversionssymptomatik hingewiesen werden. Von Psychosomatose sprechen wir dann, wenn aufgrund

belastender psychischer Faktoren eine *organische Krankheit* ausgelöst oder zumindest begünstigt wird. Im Falle einer Konversionssymptomatik ist der Patient organisch gesund. Allerdings täuschen die Symptome eine organische Erkrankung vor. Die entsprechende Differentialdiagnose ist in diesem Zusammenhang ebenso wichtig wie schwierig.

Konversionssymptome können sich demzufolge als Schmerzen an allen Teilen des Körpers zeigen, aber ebenso auch als Bewußtseinsstörungen oder als Nachlassen einer Muskelfunktion. Eine einmalige oder selten auftretende Konversionsreaktion stellt keine bedenkliche Symptomatik dar. Der Zahnschmerz kann vom verhaßten Chef ablenken. Das »gebrochene Herz« läßt den untreuen Partner kurz vergessen. Kopfschmerzen halten vom Grübeln ab. Wecken diese Symptome nicht nur die Fürsorge unserer Umwelt, sondern auch den je eigenen Wunsch, unsere Problemlösungsstrategien, unseren Lebensstil, unsere Einstellungen zu ändern, dann können diese phylogenetisch sehr alten, natürlichen psychophysischen Reaktionen auch ihre lebensfördernde Funktion bewahren.

## II. KONVERSIONSNEUROSE

Im Gegensatz zur sporadisch auftretenden Konversionssymptomatik, die, wie vorher erwähnt, jeden gesunden Menschen erfassen kann, stellt eine *Anhäufung* oder ein *längeres Anhalten* dieser Symptome eine echte neurotische Störung dar. In diesem Zusammenhang kann man nicht mehr von einer lebensfördernden Reaktion sprechen. Die Symptomatik kann auf allen körperlichen Ebenen zutage treten: im Bereich der Motorik (Gehstörung, Lähmung, Tremor, Krämpfe usw.); im Bereich der Sensorik (Sehstörung, Taubheit, Anästhesie, Schmerzen in allen möglichen Körperbereichen); im Bereich des Magen-Darm-Trakts (Globusgefühl, Brechreiz, Inkontinenz, Verdauungsstörungen); darüber hinaus in den Bereichen der Atmung, des Genitaltrakts, der Haut und des Bewußtseins.

Die Vielfalt des klinischen Bildes ist so groß, daß es uns nicht wundert, wenn ein Arzt sich folgendermaßen äußert: »Die Symptomatik der Konversion ist bunt. Sie kann beinahe jede Krankheit, vom Hirntumor bis zum Ileus, vom Gelenkrheumatismus bis zum epileptischen Anfall imitieren.«

Heutzutage treffen wir in den meisten Kliniken vor allem Schmerzpatienten und, wie vorher erwähnt, Konversionspatienten mit Beschwerden der Atemwege. Und natürlich ist es sehr schwierig, die Konversionssympto-

matik von den »echten«, also organisch bedingten Symptomen zu unterscheiden. Als diagnostische Kriterien kann man dennoch einige Punkte anführen, die einen eindeutigen Hinweis in Richtung Konversion darstellen:

- *farbig-dramatische Beschreibung der Beschwerden:* Normalerweise sprechen Patienten, die unter organischen Störungen und organisch bedingten Schmerzen leiden, eher leise. Außerdem sind sie besonders wortkarg, da jegliche Zusatzanstrengung zur Verschlimmerung der Symptome führt. Im Gegensatz dazu sind Konversionspatienten oft »aufgedreht«. Sie schildern ihre Symptome besonders wortreich. Sie haben »wahnsinnige« – wie sie sich ausdrücken – Schmerzen und »fürchterliche« Beschwerden. Unmittelbar nach ihren temperamentvollen Schilderungen wirken sie wie »entladen«.
- *vage, nicht präzise erfassbare Schilderung der Beschwerden:* Auf konkrete Fragen nach dem Beginn der Beschwerden, nach den Tagesschwankungen, nach den verstärkenden und lindernden Faktoren können die Patienten zwar wortreiche, aber nur vage Beschreibungen geben. Der Kopf »tut immer rasend weh«. Die Depressionen »vergehen nie, werden höchstens schlimmer«. Aus der therapeutischen Praxis wissen wir jedoch, daß organische Beschwerden normalerweise Tagesschwankungen unterworfen sind und daß bezüglich dieser Beschwerden verstärkende und lindernde Faktoren existieren, die von den Patienten schon nach einigen Tagen wahrgenommen werden.
- *Darstellung der Vergangenheit mit vielen ungeklärten Störungen und Eingriffen:* Konversionspatienten berichten sehr ausführlich von zahlreichen medizinischen Eingriffen und von einer Vielfalt von Symptomen. Der Zusammenhang zwischen Indikation und medizinischem Eingriff kann jedoch niemals völlig geklärt werden. Diesen Sachverhalt schreiben die Betroffenen der Unfähigkeit der behandelnden Ärzte oder den mangelnden diagnostischen Möglichkeiten zu.
- *Die Symptome entsprechen nicht den anatomischen und physiologischen Gegebenheiten:* Während sich Symptome mit einem organischen Hintergrund entsprechend den langjährigen medizinischen Erfahrungen darstellen, folgen Konversionssymptome in der Regel dem »Laienverständnis«. Bei einer organisch verursachten Koordinationsstörung gelingen die vom Diagnostiker geforderten Übungen mit offenen Augen besser als mit geschlossenen. Bei einem Konversionspatienten fallen die Übungen mit offenen Augen ebenso schlecht aus wie mit geschlossenen. Bei einer organisch bedingten Schluckstörung hat der Patient je nach Lokalisation der Störung entweder mehr Mühe mit festen Speisen oder mit flüssigen.

Ein Konversionspatient hat mit beiden Arten von Speisen die gleiche Mühe. Wird einem Patienten mit einer organischen Armlähmung der gelähmte Arm über den Kopf gehoben und dann fallengelassen, so fällt ihm das gelähmte Glied ins Gesicht. Bei einer Konversionslähmung fällt der Arm *neben* das Gesicht. Darüber hinaus bleiben die Reflexe erhalten.

- *Das zeitliche Vorgehen eines seelischen Konfliktes vor der Konversionssymptomatik:* Im Zuge des diagnostischen Gesprächs stellt sich fast immer heraus, daß der Patient unmittelbar vor dem Ausbruch der Symptomatik durch einen starken Konflikt belastet war. Folgende Situationen können dabei eine Rolle spielen: Überforderung durch die Pflege eines Angehörigen. Eine unmittelbar bevorstehende Scheidung. Finanzielle Überbelastung usf.
- *Die Sinnhaftigkeit der Symptomwahl:* Nicht selten »löst« die Symptomatik des Konversionspatienten dessen schwierige Lebenssituation; zumindest vorübergehend. Man denke z.B. an die Sehstörungen des gestreßten Lastwagenfahrers oder an die Gehstörung eines Kindes, das zum ersten Mal zur Schule soll. Viele Patienten berichten darüber hinaus, daß sie in ihrem Bekannten- oder Verwandtenkreis Menschen mit ähnlichen Erkrankungen kennen.
- *Neutralisierung des Konflikts:* Immer wieder ist zu beobachten, daß gleichzeitig mit den körperlich auftretenden Symptomen die Angst im Zusammenhang des zugrundeliegenden seelischen Konfliktes schwindet. Der Kampf wird sozusagen auf einem Nebenschauplatz ausgetragen. Die Aufmerksamkeit des Patienten wird von dem als unlösbar erlebten seelischen Konflikt auf die als lösbar vermutete körperliche Ebene gerichtet. In dieser Hinsicht ist sehr leicht zu verstehen, daß Konversionspatienten mit Panik auf eine negative Diagnose reagieren. Würde man ihnen gleichsam die somatische Krankheit nehmen, so wären sie ja wieder mit unlösbaren Problemen konfrontiert.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal deutlich darauf verweisen, daß Konversion *nicht* gleichzusetzen ist mit Simulation. Überhaupt ist Simulation heute relativ selten anzutreffen. Wenn überhaupt, dann vor allem unter Gefängnisinsassen und bei Menschen, die die Frühberentung beantragt haben. Simulanten sind im übrigen Fachkräften gegenüber mißtrauisch, halten sich von Ärzten fern und lassen ihre Beschwerden fallen, sobald sie sich unbeobachtet fühlen. Konversionspatienten dagegen haben Ärzten gegenüber Vertrauen, suchen unentwegt neue medizinische Spezialisten auf und verlieren ihre Symptome auch dann nicht, wenn sie für sich sind. Kennzeichnend ist ihre felsenfeste Überzeugung, daß sie unter einer

Krankheit leiden, daß ihre Symptome organische Ursachen haben und daß die wahren Ursachen ihrer Krankheit lediglich deshalb »noch« nicht entdeckt werden konnten, weil die behandelnden Ärzte mangelhaft qualifiziert sind oder nur über unzureichende diagnostische Techniken verfügen.

Aus all dem wird ersichtlich, daß es therapeutisch falsch ist, dem betreffenden Patienten einfach die »richtige« Diagnose mitzuteilen; ihm also zu sagen, daß er völlig gesund sei und lediglich psychologischer Behandlung bedürfe. Nach einer derartigen Diagnose fühlt sich *jeder* Konversionspatient mißverstanden, verkannt und fehldiagnostiziert. »Wollen Sie vielleicht sagen, daß ich verrückt bin, weil *Sie* meine Schmerzen nicht kurieren können?« – ist eine der häufigsten Reaktionen in diesem Falle. Zudem verlieren die Patienten augenblicklich ihr Vertrauen zum Arzt, erkundigen sich in ihrem Bekanntenkreis nach den »besten« Spezialisten und wandern so von Therapie zu Therapie.

Die andere, ebenso häufige Möglichkeit ist, daß der Patient einige Tage nach einer derartigen Diagnose Symptome anderer Art an sich wahrzunehmen beginnt und deshalb einen Mediziner anderer Fachrichtung aufsucht, auf den er dann wiederum seine ganzen Hoffnungen und Erwartungen projiziert.

Nicht selten trifft man Konversionspatienten an, an denen im Laufe ihres Lebens zahlreiche Operationen durchgeführt wurden; z.T. medizinische Eingriffe, die bis hin zur Verstümmelung reichen. Natürlich ist ein sekundärer Krankheitsgewinn auch in diesem Falle in der Tat vorhanden. Dennoch wird die Lebensqualität dieser Menschen nachhaltig eingeschränkt. So nachhaltig, daß die Fachwelt den *unbewußten* Tausch – organischer Eingriff gegen psychische Konfliktfreiheit – nur mit Staunen registrieren kann.

### III. THERAPIE UND LOGOTHERAPIE DER KONVERSIONSNEUROSE

Die Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie liegt im Vorfeld der Behandlung, also in der Zeit der medizinischen Abklärung. Die Einstellung des diagnostizierenden Arztes gegenüber seinem Patienten und der ihn kennzeichnenden Konversionsneurose ist dabei entscheidend. Die richtige Methode mit dem Patienten umzugehen ist erst dann gefunden, wenn der Therapeut wahrnimmt, daß es diesem Menschen leichter fällt, sich schmerzhaften medizinischen Eingriffen zu unterziehen als einen massiven zwischenmenschlichen Konflikt auszuhalten. Es gibt beispielsweise Frauen, die Unterleibsoperationen auf sich nehmen, um sich begründet sexuell

verweigern zu können und den aus der sexuellen Verweigerung resultierenden Ehekonflikten zu entkommen. Es gibt alte Menschen, die unfähig sind, soziale Kontakte zu knüpfen, eine endogene Depression entwickeln und so die Zuwendung der Umgebung im Kontext eines psychiatrischen Krankenhauses erzwingen. Und es gibt Männer, die nicht den Mut haben, eine mißlungene Partnerschaft im Zuge klärender Gespräche zu beenden, aber die ihnen nötig erscheinende Distanz durch schmerzhafteste Prozeduren ständiger Magen- oder Darmspiegelungen erreichen.

Dabei ist noch einmal zu erwähnen, daß der hier vollzogene »Tausch« dem Patienten nicht bewußt wird. Zeigt der behandelnde Arzt dem Zustand des Patienten gegenüber Verständnis und ihm selber Empathie, dann ist die Grundlage für ein gutes Gespräch gegeben. Symptome, die mit massiven Panikzuständen verbunden sind (Hyperventilation, Ersticken, Herzschmerzen usw.), verlangen ein sehr ruhiges Auftreten des Therapeuten und große Autorität. Die knapp, klar und bestimmt ausgesprochenen Anweisungen des Arztes werden von den Patienten meistens ohne Widerstand befolgt. Im übrigen beeinflußt das ruhige und sehr bestimmte Auftreten des Therapeuten den Erfolg sehr nachhaltig, da sich Konversionspatienten gerne an starke und kompetente Fachkräfte anlehnen. Mit der Stärkung der Patientenpersönlichkeit sollte natürlich gleichzeitig eine schrittweise Rücknahme der therapeutischen Führung erfolgen.

Außerdem ist zu beachten, daß Konversionspatienten – ebenso wie endogen depressive – Vertrauen in den Therapeuten und Mut zur weiteren Behandlung gewinnen, wenn dieser ihre Symptome vorweg beschreibt. Dies kann beispielsweise in folgender Form geschehen:

Th.: »Wie ich sehe, sind Ihre Kopfschmerzen in den letzten Wochen immer stärker geworden und nicht einmal nachts zu lindern.«

P.: »Ja, ich wüßte nicht, was mir noch helfen könnte!«

Th.: »Sie können sich dann wahrscheinlich auch nicht konzentrieren und alltäglichen Dingen widmen.«

P.: »Genau so ist es! Ich kann kaum mehr etwas arbeiten, aber das versteht weder meine Frau noch mein Arbeitgeber. Und da hilft weder Aspirin noch irgendein anderes Medikament!«

Durch diese vom Arzt gelieferte Beschreibung fühlt sich der Patient verstanden. Der Therapeut wird vom Patienten als ein kompetenter Fachmann wahrgenommen. Und zwar deshalb, weil er die Symptomatik des Patienten präzise beschreibt. Außerdem hat es der Patient hier auch nicht nötig, seine

Situation zu verteidigen.

Im darauffolgenden Teil des Gesprächs sollte der Therapeut einen Kunstgriff anwenden. Dies geschieht, indem er seinem Patienten erklärt, daß die Symptome durchaus körperlich verursacht sein könnten, daß es allerdings auch nicht ausgeschlossen sei, daß sie in bestimmten Lebenssituationen auftreten. In diesem Zusammenhang verwende ich jeweils das Wort »Spannung«. Und zwar deshalb, weil *alle* Konversionspatienten unter Spannung stehen und darüber hinaus »Spannung« in doppelter Weise interpretiert werden kann: körperlich und seelisch. Konkret sieht dies folgendermaßen aus:

P.: »Aber wie können Sie sich meine ständigen Kopfschmerzen erklären und was kann man dagegen tun?«

Th.: »Nun, wir haben Sie neurologisch eingehend untersucht und bemerkt, daß im Bereich Ihres Nackens und ihrer Halswirbelsäule eine enorme Spannung besteht. Sie könnte die Kopfschmerzen und natürlich auch die Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit verursachen. Ich schlage Ihnen vor, wir treffen uns vier Monate lang in einem Abstand von 14 Tagen, um die Ursachen dieser Spannung festzustellen und die Beseitigung Ihrer Symptomatik zu erwirken. Aber überlegen Sie sich in der Zwischenzeit bitte, ob diese Spannungen etwas mit Ihrer gegenwärtigen Lebenssituation zu tun haben könnten. Das nächste Mal sollten wir vielleicht gerade darüber reden.«

Sinn dieser Intervention ist es, den Patienten nicht »schachmatt« zu setzen, indem man ihm auf den Kopf zusagt, die Symptome seien lediglich Ausdruck seiner seelischen Problematik. Nicht selten lohnt es sich, den Patienten mit einigen wichtigen Impulsen, die das Nachdenken anregen, so zu entlassen.

P.: »Sie meinen also nicht, wie Ihr Kollege, daß meine Beschwerden ›nur psychisch‹ seien?«

Th.: »Nein, das meine ich nicht. Denn ›nur psychisch‹ bedeutete, daß Sie ein unlösbar erscheinendes Problem hätten und deshalb zutiefst traurig wären. Aber Sie *haben* Kopfschmerzen. Sie *sind* verspannt. Und Sie *können* sich nicht konzentrieren. Eine derartige Lebenssituation ist viel zu kompliziert, als daß man sie als ›nur psychisch‹ abqualifizieren könnte. In einer solchen Situation ist man im übrigen nicht nur selbst betroffen, sondern auch bestimmte Mitmenschen. Und darüber hinaus spielt das Schicksal eine Rolle. Solche Lebenssituationen können unendlich viel Leid verursachen. Und Leid erfaßt immer den ganzen Menschen: seine Seele und natürlich auch seinen Körper. Ob dies alles zusammen auch bei Ihnen zutrifft, kann ich noch nicht sagen. Das

nächste Mal werden wir mehr darüber wissen.«

Das Gespräch ist nun soweit fortgeschritten, daß nicht nur die körperliche Symptomatik, vielmehr auch die psychische Dimension ins Rampenlicht des Interesses tritt. Dies geschieht dadurch, daß nicht nur körperliche Symptome, sondern die mit ihnen u.U. verbundene schwierige Lebenssituation andeutungsweise zur Diskussion gestellt wird. Das ist vorläufig genug. Ich spreche das mit einer schwierigen Lebenssituation verbundene Leid an und auch den Schmerz, der mit diesem Leid verbunden ist. Ich hüte mich zu behaupten, daß der Patient Schmerzen habe, weil er an einer bestimmten Lebenssituation leidet. Täte ich dies, so würde ich dem Patienten die Interpretation seiner Situation aus der Hand nehmen. Dies ist kontraproduktiv, weil es nur Abwehr schafft. Entscheidend ist, daß man auf der Basis von allgemeinen Formulierungen und Vermutungen den Patienten anregt, selber einen Zusammenhang zwischen der körperlichen Symptomatik und der aktuellen Lebenssituation zu entdecken. Geschieht dies, dann hat der Patient die Möglichkeit, den selbst entdeckten Zusammenhang auch zu akzeptieren, ohne sich bedrängt und eingeengt zu fühlen.

Im allgemeinen läßt sich ein Konversionspatient durchaus auch auf diese Weise, miteinander zu sprechen, ein. Das hat seinen Grund darin, daß er nicht nach der Melodie »eigentlich haben Sie ja nichts« abqualifiziert wird. Das ist das eine. Zum andern auch deshalb, weil eine unzulässige Reduktion der problematischen Lage vermieden wird; und dies nach der Melodie: »Sie sind psychisch krank«. Das ist das andere. Für die folgenden Therapiestunden ist es empfehlenswert, mit der genauen Erkundung der körperlichen Symptome und vor allem mit der Wahrnehmung der somatischen Verspannung zu beginnen. Eine ganzheitlich und differenzierte Wahrnehmung des Patienten hilft ihm, den Zusammenhang zwischen somatischem Leid und psychischem Schmerz zu entdecken. Dies kann mit folgenden Sätzen unterstützt werden: »Sie wirken, als würden Sie unendlich viel Last auf Ihren Schultern tragen«; oder: »Seit wieviel Jahren beißen Sie die Zähne so zusammen?« Und natürlich ist unmittelbar einsichtig, daß der »ideale Therapeut« für Konversionspatienten ein Arzt ist, der über eine fundierte psychotherapeutische Ausbildung verfügt. Ist dies nicht der Fall, dann besteht die Gefahr, daß der Patient die Therapie nicht akzeptiert. Und dies, weil er die therapeutischen Vorschläge aus medizinischer Unkenntnis entstanden wähnt. Sodann sollte die Therapie ganz gezielt die *aktuelle Lebensproblematik* des Patienten in den Mittelpunkt der Gespräche stellen. Eine analytisch orientierte Therapie, die sich darauf konzentriert, lange

zurückliegende Kindheitserinnerungen aufzuarbeiten, ist im Falle der Konversionsneurose absolut kontraindiziert. Denn: die Patienten stehen *jetzt* unter einem Lebensdruck. Und der tut jetzt weh. Optimal ist diejenige Therapie, die in rascher Weise dazu führt, daß sich der Patient die folgenden positiven Problemlösungsstrategien aneignet:

- effektive Kommunikationsstrategien
- die Fähigkeit, die eigene Meinung zu vertreten
- die Fähigkeit zur Einstellungsänderung
- die Fähigkeit, lange hinausgezögerte Entscheidungen zu fällen und zu realisieren.

Nachhaltige Stützung des Patienten verlangt vor allem der letzte Punkt. Denn nicht selten zeigt sich die wunde Seite des Patienten gerade in einer quälenden Unentschiedenheit. Und genau an dieser Stelle liegt die Chance einer logotherapeutisch orientierten Intervention. Bekannt ist der Satz: Wer ein Warum zu leben hat, erträgt fast jedes Wie. In Anlehnung an diesen Satz und im Blick auf meine psychotherapeutische Erfahrung ist jedoch auch zu sagen: Wer auf ein »Warum« entschieden antworten kann, schafft auch fast jedes »Wie«. Das soll heißen, *daß die Sinnfrage eine zentrale Rolle im Zusammenhang der Therapie der Konversionsneurose spielt*. Denn: nur unter der Bedingung, daß der Patient einen Sinn in seinem gegenwärtigen Leben entdeckt, kann er die damit verbundenen Schwierigkeiten in bewußter Weise tragen und sie, sofern es gutgeht, mit Hilfe des Therapeuten auch lösen. Geschieht dies, dann verschwindet die Konversionsneurose fast immer, zumal sie jetzt dysfunktional geworden ist. Erscheint dem Patienten seine gegenwärtige Lebenssituation völlig widersinnig, dann geht es darum, im logotherapeutischen Sinne Sinnsuche zu betreiben. Dabei kann man immer wieder feststellen, daß Patienten, die den für sich richtigen Weg entdeckt haben, fast immer die richtigen Mittel finden, ihn auch zu gehen. Manche Patienten brauchen dafür länger, andere verändern ihre Lebenssituation sehr schnell. Dabei geht es immer darum, die Strategien, die für die Durchführung der Veränderung notwendig sind, mit dem Patienten regelrecht zu trainieren und dem Patienten, sofern sich Erfolg einstellt, darin immer wieder zu bestärken. Meiner Erfahrung zufolge genügt es auch nicht, den sinnvollen Weg lediglich entdecken zu lassen, wenn dieser sehr schwer zu beschreiten ist. Es geht vielmehr auch darum, dem Patienten in seiner Angst, seiner Ambivalenz und auch in seinem momentanen Scheitern anzunehmen. Sodann geht es darum, ihm Mut zu machen, sich neu zu orientieren und ein neues Leben zu wagen. Zusammenfassend kann man sagen: Ist die Veränderung der je aktuellen Lebenssituation des

Konversionspatienten nötig, um ein sinnvolles Leben zu gewährleisten, so sollte der Therapeut eine dreidimensionale Hilfestellung geben können:

- dadurch, daß er einen sinnvollen Lebensweg entdecken läßt
- dadurch, daß der Patient es lernt, sich die notwendigen Lebensstrategien anzueignen
- dadurch, daß der Patient durch seinen Therapeuten gestützt wird, um die notwendige Veränderung auch zu erreichen.

Gelingt es, auf der Basis des gegenseitigen Vertrauens den »wunden Punkt« im Leben des Patienten zu entdecken und in ihm Mut, ja vielleicht Freude für das Sinnvolle zu wecken, dann ist die Voraussetzung für eine konstruktive Zusammenarbeit und damit für die Beseitigung der Konversionssymptome gegeben. Ist es jedoch das Ziel des Therapeuten, lediglich Symptomfreiheit zu ermöglichen, so ist die beiderseitige Frustration vorprogrammiert.