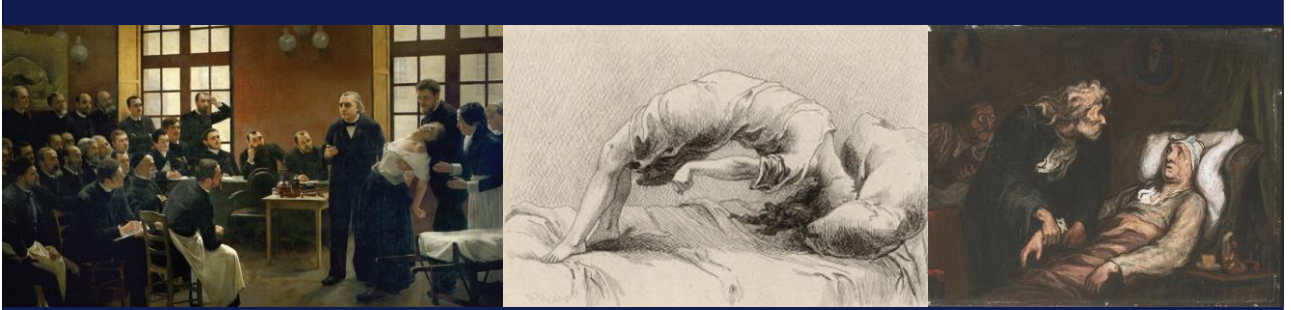
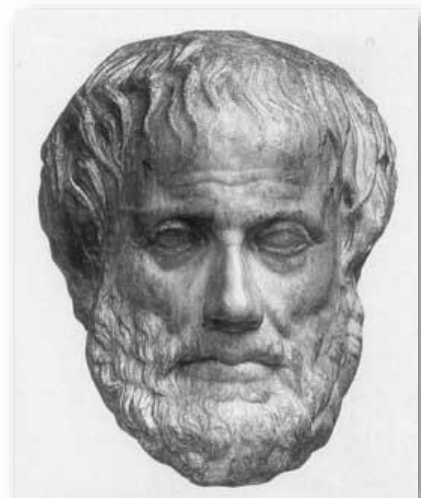




## Aufbaucurriculum – Psychoanalytische Therapie (APT) Spezielle Technik II: Psychosomatik

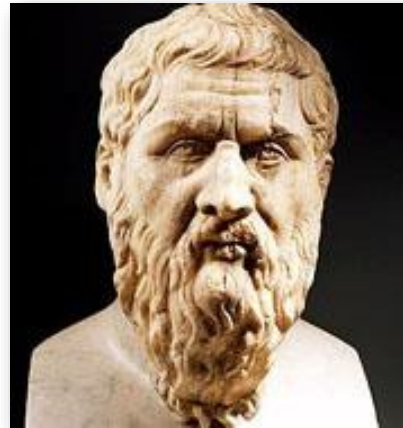
Univ. Prof. Dr. Stephan Doering  
Universitätsklinik für Psychoanalyse und  
Psychotherapie

Seele und Körper, so meine ich,  
reagieren sympathetisch  
aufeinander: eine Veränderung  
in dem Zustand der Seele  
erzeugt eine Veränderung in  
der Gestalt des Körpers und  
umgekehrt: eine Veränderung  
in der Gestalt des Körpers  
erzeugt eine Veränderung in  
dem Zustand der Seele.

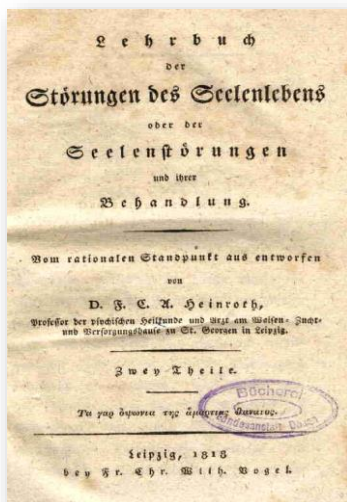


Aristoteles  
384-322 v. Chr.

Die Heilung vieler Erkrankungen ist den Ärzten von Hellas unbekannt, da sie das Ganze missachten, das Ganze, das studiert werden müsste.



Plato  
427-347 v. Chr.



1818



Johann Christian August Heinroth  
(1773-1843)

Der Ursprung der Schlaflosigkeit ist im allgemeinen psychosomatisch, aber es ist möglich, dass jeder Abschnitt des Lebens selbst der hinreichende Grund für die Schlaflosigkeit sein kann.

# 1894 - Das Konversionsmodell

## DIE ABWEHR-NEUROPSYCHOSEN

*Versuch einer psychologischen Theorie  
der akquirierten Hysterie, vieler Phobien und Zwangsvorstellungen  
und gewisser halluzinatorischer Psychosen*

Bei eingehendem Studium mehrerer mit Phobien und Zwangsvorstellungen behafteter Nervöser hat sich mir ein Erklärungsversuch dieser Symptome aufgedrängt, der mir dann gestattete, die Herkunft solcher krankhafter Vorstellungen in neuen, anderen Fällen glücklich zu erraten, und den ich darum der Mitteilung und weiteren Prüfung würdig erachte. Gleichzeitig mit dieser „psychologischen Theorie der Phobien und Zwangsvorstellungen“ ergab sich aus der Beobachtung der Kranken ein Beitrag zur Theorie der Hysterie oder vielmehr eine Abänderung derselben, welche einem wichtigen, der Hysterie wie den genannten Neurosen gemeinsamen Charakter Rechnung zu tragen scheint. Ferner hatte ich Gelegenheit, in den psychologischen Mechanismus einer Form von unzweifelhaft psychischer Erkrankung Einsicht zu nehmen, und fand dabei, daß die von mir versuchte Betrachtungsweise eine einsichtige Verknüpfung zwischen diesen Psychosen und den beiden angeführten Neurosen herstellt. Eine Hilfshypothese, deren ich mich in allen drei Fällen bedient habe, werde ich zum Schlusse dieses Aufsatzes hervorheben.

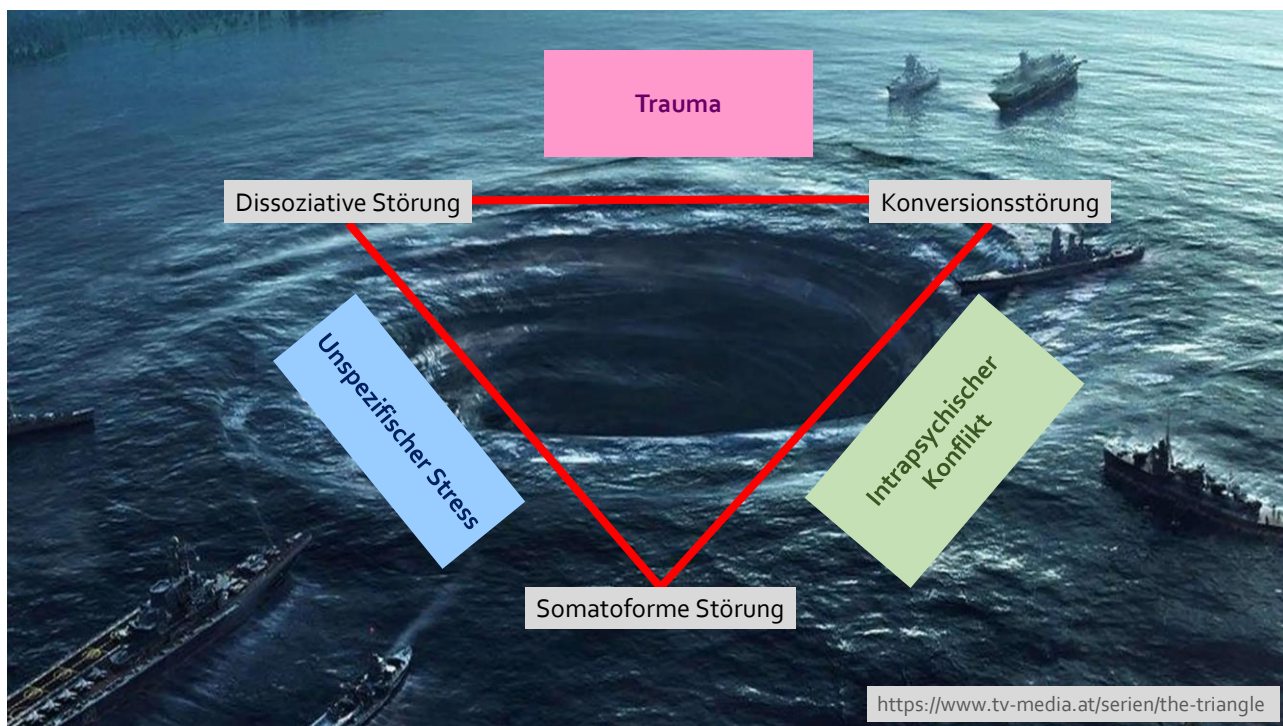
GW I, S. 63

Sigmund Freud  
1856-1939



Soweit sind die Vorgänge bei der Hysterie und bei den Phobien und Zwangsvorstellungen die gleichen; von nun an scheiden sich die Wege. Bei der Hysterie erfolgt die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch, daß deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird, wofür ich den Namen der Konversion vorschlagen möchte.

## Das diagnostische Bermuda-Dreieck der Psychosomatik



## ZUR EINLEITUNG DER ONANIE-DISKUSSION. SCHLUSSWORT

1912

### SCHLUSSWORT DER ONANIE-DISKUSSION

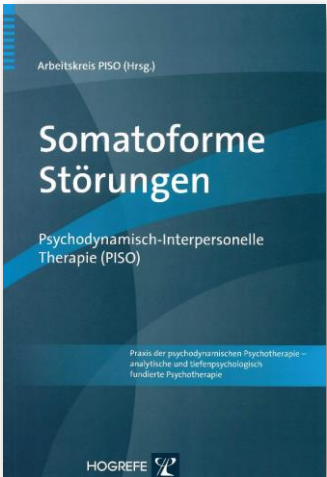
Sigmund Freud  
1856-1939

Ich sehe nichts, was uns nötigen könnte, auf die Unterscheidung von **Aktualneurosen** und Psychoneurosen zu verzichten, und kann die Genese der Symptome bei den ersteren nur als eine toxische hinstellen.

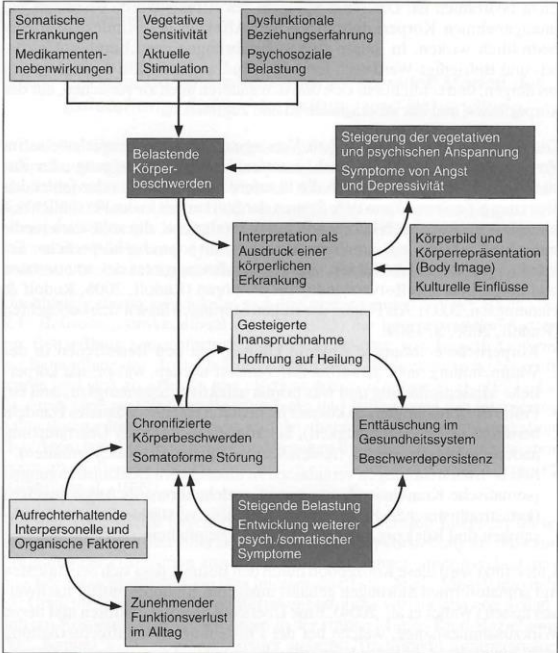
die beiden Aktualneurosen — Neurasthenie und Angstneurose — (vielleicht ist die eigentliche **Hypochondrie** als dritte Aktualneurose anzureihen) das **somatische Entgegenkommen** für die Psychoneurosen leisten, das **Erregungsmaterial liefern, welches dann psychisch ausgewählt und umkleidet wird**, so daß, allgemein gesprochen, der Kern des psychoneurotischen Symptoms — das Sandkorn im Zentrum der Perle — von einer somatischen Sexualäußerung gebildet wird.

GW VIII, S. 337 f.



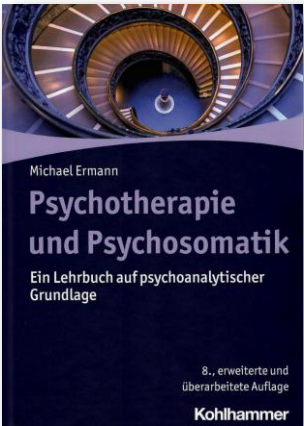


2012



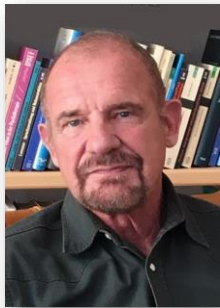
S. 22

Abbildung 1: Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung nicht hinreichend erklärter Körperbeschwerden und somatoformer Störungen



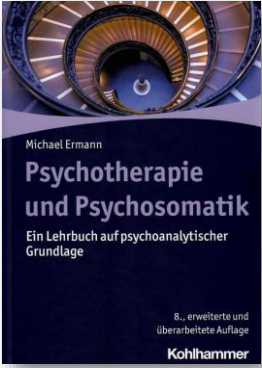
2024

Die **Somatisierung** ist die zweite Art der somatoformen Symptombildung und der zentrale pathogenetische Mechanismus der **Somatisierungsstörungen**. Sie beruht auf einer Regression zur Konfliktabwehr. Durch die Regression kommt die psychosomatische Grundstörung zum Tragen und aktiviert in der Frühzeit angelegte vegetativ-affektive Reaktionsmuster, z. B. Herzrasen in Gefahrensituationen als Angstreaktion. So entstehen vegetative und Organfunktionsstörungen als körperliche Korrelate von Affekten.<sup>318</sup> Sie beherrschen zunehmend die Selbstwahrnehmung und die Kommunikation und können die seelisch-konfliktvolle Dimension des Erlebens völlig überdecken.

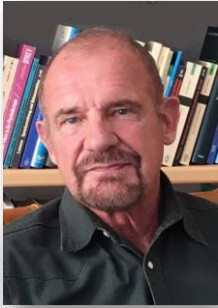


Michael Ermann  
\*1943

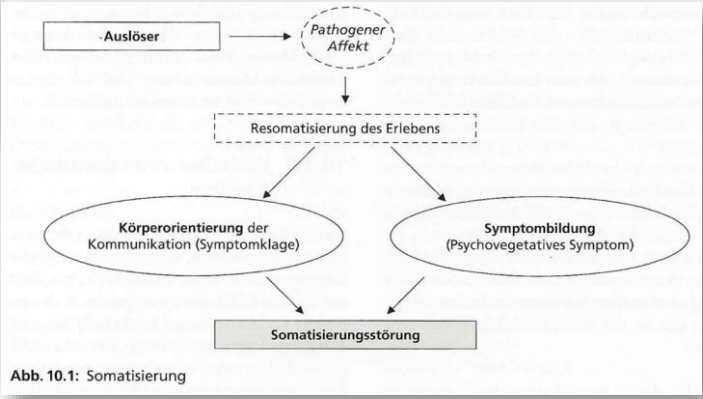
S. 293



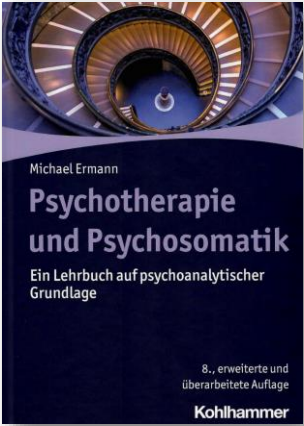
2024



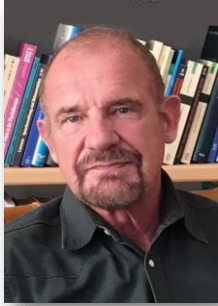
Michael Ermann  
\*1943



S. 295



2024



Michael Ermann  
\*1943

Tab. 10.1: Konversion und Somatisierung im Vergleich

|                            | Konversion                                                                                                                                                                                                                                 | Somatisierung                                                                                                                                                        |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mechanismus                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Körpersprachliche Symbolisierung</li><li>• Körpersprachliche Gleichsetzung</li></ul>                                                                                                               | (Re-)Somatisierung von affektiven Zuständen und der Kommunikation                                                                                                    |
| Vermittelndes Nervensystem | Cerebro-spinales Nervensystem (ZNS und periphere Nerven)                                                                                                                                                                                   | Autonomes (vegetatives) Nervensystem                                                                                                                                 |
| Betroffene Funktionen      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sensorium und Sensibilität</li><li>• Willkürinnervation</li><li>• Schmerzwahrnehmung</li><li>• Vegetative Funktionen</li></ul>                                                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Viszerale Organfunktionen</li><li>• Vegetative Funktionen</li><li>• Schmerzerleben</li></ul>                                 |
| Bevorzugte Lokalisation    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sinnesorgane</li><li>• Periphere Nerven</li><li>• Quergestreifte Muskulatur</li><li>• Genitalsystem</li><li>• Vorgeschädigte oder chronisch belastete Organe</li><li>• Allgemeinbefinden</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• »Innere« Organe</li><li>• Spezielle vegetative Funktionen (Schlaf, Schwitzen, Appetit)</li><li>• Allgemeinbefinden</li></ul> |
| Krankheitsbild             | Meistens monosymptomatisch                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Allgemeinstörung: multiform</li><li>• Spezifische Somatisierungsstörungen: funktionsbezogen</li></ul>                        |
| Symptombegleitende Affekte | <ul style="list-style-type: none"><li>• Primär keine</li><li>• Sekundär: Beunruhigung, Angst, Verzweiflung</li></ul>                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Vordergründig keine</li><li>• Bei genauerem Nachfragen und Hinhören: Angst, Depression</li></ul>                             |
| Geschlechtsverteilung      | Frauen >> Männer                                                                                                                                                                                                                           | Frauen > Männer                                                                                                                                                      |
| Verlauf                    | Teils Spontanheilung, teils Chronifizierung                                                                                                                                                                                                | Chronifizierend                                                                                                                                                      |

S. 295

# Konversion

## Epidemiologie

Freyberger und Stieglitz, 1999

### Prävalenz in der Normalbevölkerung:

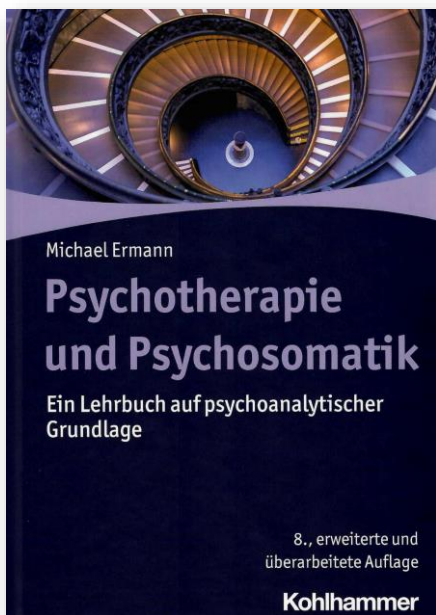
|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| Einzelne dissoziative Symptome     | bis zu 30% |
| Dissoziative Störungen insgesamt   | 1,4 - 4,6% |
| Stationär neurologische Patienten  | ca. 8-9%   |
| Stationär psychiatrische Patienten | ca. 6-8%   |
| Frauen : Männer                    | 3:1        |

Krankheitsbeginn bei 75% der Patienten zwischen dem 17. und 32. Lebensjahr.

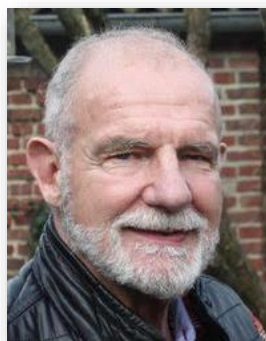
Hohe Komorbidität:

|                              |         |
|------------------------------|---------|
| Mit Persönlichkeitsstörungen | ca. 30% |
| mit Angsterkrankungen        | 12-25%  |
| mit Somatoformen Störungen   | ca. 15% |

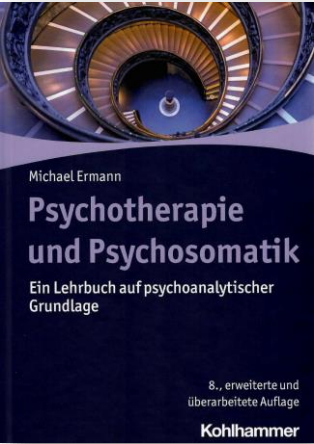
# Michael Ermanns Systematik



2024



Michael Ermann  
(\*1943)



2024

Dissoziative Störungen

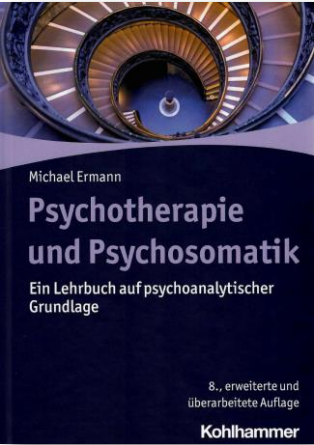
**Dissoziation** bedeutet Bewusstseinspaltung. Sie ist ein komplexer Vorgang, in dem es zu einer Fragmentierung des Gedächtnisses und des Identitätserlebens kommt. Sie führt zum Zerreißen von Bewusstseinszusammenhängen und zur Abspaltung von Erlebnisinhalten und Erinnerungen und deren Verdrängung aus dem Bewusstsein. Dadurch entsteht ein Nebeneinander von verschiedenen Bewusstseins- und Selbstzuständen, von denen ein Teil bewusst erlebt, der andere unbewusst ist. Die verdrängten Inhalte bleiben im Unbewussten aber aktiv und beeinflussen unmerklich die psychischen Vorgänge. Sie können leitend für das Verhalten werden oder als Symptom, z. B. als Intrusion (Einschießen von Erinnerungen), wieder zum Bewusstsein gelangen.

Die **dissoziativen Störungen** sind durch solche Bewusstseinsstörungen gekennzeichnet.

**ICD-10:** F44 Dissoziative Störungen (▼ Übersicht). ICD-10 rechnet auch die dissoziativen Störungen der Bewegung und Wahrnehmung dazu. Sie werden in diesem Buch unter den Konversionsstörungen (► Kap. 10.2) abgehandelt.

| Dissoziative Störungen nach ICD-10              |                           |
|-------------------------------------------------|---------------------------|
| Störung                                         | Leitsymptom               |
| • F44.0 Dissoziative Amnesie                    | → Gedächtnisausfall       |
| • F44.1 Dissoziative Fugue                      | → Weglaufen               |
| • F44.2 Dissoziativer Stupor                    | → Erstarrung              |
| • F44.3 Dissoziative Trance                     | → Identitätsverlust       |
| • F44.80 Ganser-Syndrom                         | → Pseudodemenz            |
| • F44.81 Multiple Persönlichkeit <sup>309</sup> | → Multiple Persönlichkeit |

S. 280



2024

„Dissoziative/somatoforme Konversionsstörungen“

**Konversionsstörungen** sind somatoforme Störungen, die durch den Mechanismus der Konversion, also durch **Umsetzung seelischer Inhalte ins Körperliche** entstehen. Sie betreffen das Sensorium, die Motorik und, seltener, vegetative Funktionen.

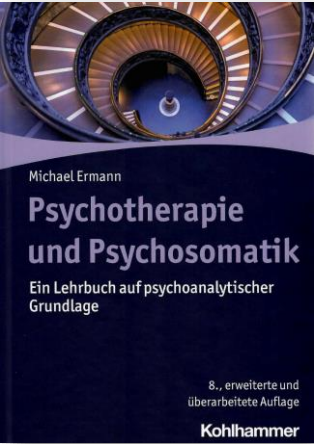
**Konversionssymptome** sind somatoforme Symbole oder ein präsymbolischer Ersatz (somatoforme Gleichsetzung) für unbewusste Inhalte. Sie betreffen Konflikte, Bedürfnisse, Affekte, Wahrnehmungen und Phantasien. Sie kommen auf jedem Strukturniveau und nach Traumatisierungen vor. Bei der Konfliktpathologie überwiegen **Symbolbildungen**, bei der Entwicklungs- und **Traumapathologie** die **Gleichsetzungen**.

Somatoforme Konversionsstörungen modifiziert nach ICD-10

S. 286 f.

Pseudoneurologische Konversionsstörungen motorischer oder sensorischer Funktionen

- F44.4 dissoziative Bewegungsstörungen
- F44.5 dissoziative Krampfanfälle
- F44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
- F44.7 dissoziative Störungen (Konversionsneurosen), gemischt
- F44.8 andere Konversionsstörungen



2024

Bei der Konversion greift die Psyche auf einen körperlichen Kommunikationsmodus zurück. Das geschieht bei reiferen und weniger reifen Persönlichkeitsentwicklungen auf unterschiedliche Weise:

- In reiferer Form steht die Konversion im Dienste der Verdrängung. An die Stelle der Konflikte tritt eine somatoforme Symbolisierung und verweist im Analogmodus des Erlebens auf eine Bedeutung hinter dem Symptom.
- Bei der weniger reifen Trauma- und Entwicklungs-pathologie ist die Konversion eine somatoforme Gleichsetzung im Äquivalenzmodus des Erlebens.

S. 291 ff.

Beispiele für somatoforme Gleichsetzungen

- Statt sich verbal gegen eine mehr oder weniger unbewusst wahrgenommene Gefährdung zu wehren, werden die Arme wie zum Schutz vor einer Gefahr (die äußerlich gar nicht erkennbar ist) vorgestreckt. Auf diese Weise entsteht ein Bewegungskrampf, der ganz konkretistisch den Schutzipuls in Szene setzt.
- Auf dieser Ebene kann eine konversive Absence eine im Körperlichen ausge-tragene Flucht vor einer unerträglichen Situation oder Wahrnehmung darstel-len und z.B. die Erinnerung an einen Überfall ganz konkret ausschalten. In-dem die Wahrnehmung abgeschaltet wird, bringt der Betroffene sich gleichsam in Sicherheit.

Beispiele für somatoforme Symbolisierungen

- Der verdrängte Wunsch, etwas Verbo-tenes mit der Hand zu berühren, kann eine konversionsneurotische Handläh-mung hervorrufen.
- Der bedrohliche unbewusste Wunsch, aus einer Situation zu fliehen, kann eine Gangstörung bewirken.
- Die Konversion enttäuschter Liebes-wünsche kann Herzschmerzen verursa-chen.
- Die unbewusste Idee eines verpönten oralen Sexualaktes kann zu einer psy-chogenen Schluckstörung oder zu ei-nem psychogenen Erbrechen führen.

Konversion:  
Symbolisierung,  
Gleichsetzung



2024

S. 300

Pseudoneurologisch  
(motorisch, sensorisch)

dissoziativ

Konversionsstörungen

Vegetativ, Schmerz

somatoform

Tab. 10.2: Symptomatik bei Konversionsstörungen

| Betroffene Funktionen                                                                                             | Bevorzugte Lokalisation                                                                                               | Symptome                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sensorische Funktionen Sinnesorgane</b>                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |
| • Sehen<br>• Hören<br>• Riechen<br>• Tastsinn<br>• Gleichgewichtssinn                                             | • Sehapparat/Auge<br>• Hörorgan/Ohr<br>• Riechorgan/Nase<br>• Tastorgan/Nervenenden<br>• Gleichgewichtsorgan/Innenohr | • Sehstörungen, Blindheit<br>• Hörstörungen, Taubheit<br>• Riechstörung<br>• Par-, Hyper-, Anästhesie<br>• Schwindel                                                                          |
| <b>Willkürmotorik</b>                                                                                             |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                   | • Extremitätenmuskulatur (selten auch Gesicht, Nacken, Stamm)                                                         | • Muskelatonie, Lähmung (Parese)<br>• Muskelhypertonie, Verkrampfung, Starre<br>• tonische/klonische motorische Anfälle<br>• Stehstörung, Astasie, Gangstörung, Abasie, spezifische Dystonie* |
| <b>Spontanmotorik</b>                                                                                             |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |
| • Kehlkopf<br>• Schlund<br>• Augenlider<br>• Sphinktermuskulatur (Lider, Anus, urogenital)                        |                                                                                                                       | • Sprechstörungen, Stimmkrampf<br>• Schluckstörung (Globus)<br>• Blepharospasmus: Verkrampfung, Inkontinenz, Harnverhaltung                                                                   |
| <b>Vegetative Funktionen</b>                                                                                      |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |
| • Haut<br>• Kreislauf<br>• Atemorgane/Lunge<br>• Allgemeinbefinden                                                |                                                                                                                       | • Schwitzen<br>• Synkope, hypotone Krise<br>• Hypo-, Hyperventilation<br>• Abgeschlagenheit                                                                                                   |
| <b>Zentrale Schmerz-wahrnehmung</b>                                                                               |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |
| • Skelettmuskulatur<br>• Herz<br>• Urogenitalsystem<br>• Vorgeschiedigte Organe (z. B. nach Unfall, postoperativ) |                                                                                                                       | • Muskelschmerz<br>• Herzschmerz<br>• Genitalschmerz<br>• Spezifischer Schmerz**                                                                                                              |
| <b>Viszerale Funktionen</b>                                                                                       |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |
| • Magen/Schlund<br>• Darm<br>• Sexualorgane                                                                       |                                                                                                                       | • Erbrechen<br>• Durchfall, Verstopfung<br>• Spasmen, sexuelle Dysfunktion                                                                                                                    |



2024

## Somatoforme Störungen

Kein primärer Ausdrucksgehalt

**Somatisierungsstörungen** sind Störungen von vegetativen und Organfunktionen, die durch den Mechanismus der Somatisierung (» Kap. 10.1.2) entstehen und durch das autonome Nervensystem vermittelt werden. Die Somatisierung ruft körperliche Funktionsstörungen als **Affektkorrelate** hervor und bewirkt eine ausgeprägte Körperorientierung. Die Organe sind dabei morphologisch intakt.

Somatisierungsstörungen beruhen auf einer **neurotischen Entwicklung**. Es werden allgemeine (undifferenzierte) und spezifische (organ- oder funktionsbezogene) Somatisierungsstörungen unterschieden. Davon sind insbesondere die häufigen **Stressreaktionen** als passagere reaktive Somatisierungsstörungen (» Kap. 6) abzugrenzen.

S. 305 f.

### Die wichtigsten Somatisierungsstörungen nach ICD-10

#### Allgemeine Somatisierungsstörung

- F45.0 Somatisierungsstörung (multiple körperliche Symptomatik)
- F45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörung (kürzer bestehend und mit weniger Symptomen)
- F48.0 Neurasthenie (multiple vegetative Symptomatik)

#### Spezifische Somatisierungsstörungen

- F51 nichtorganische Schlafstörung (somatoforme Insomnie, psychogene Schlafstörung)
- F45.30 somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems (kardiovaskuläre Somatisierungsstörung, Herzneurose)
- F45.31 somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes (gastrointestinale Somatisierungsstörung, Magenneurose)
- F45.32 somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Gastrointestinaltraktes (Colon irritabile, Reizdarm)
- F45.33 somatoforme Funktionsstörung des respiratorischen Systems (Hyperventilationssyndrom, bronchopulmonale Somatisierungsstörung)
- F45.34 somatoforme autonome Funktionsstörung des urogenitalen Systems (urethrale Somatisierungsstörung, somatoformes Urogenitalsyndrom)
- F54, L50 Urtikaria (Somatisierungsstörung der Haut)

21

# Ätiologie

22

## Posttraumatisch (auch „Borderline“-Pathologie)

- Dissoziation als Notfallmechanismus zur Sicherung der psychischen Integrität
- Gefahr von außen
- Eher Bewusstseinspaltung
- Unerträgliche Inhalte aus dem Bewusstsein fernhalten
- Somatoforme Gleichsetzung

## Neurotischer Konflikt

- Dissoziation als Schutzmechanismus gegen unerträgliche Inhalte
- Gefahr von innen (intrapsychischer Konflikt)
- Körpersprachlicher Ausdruck des Konflikts
- Eher „pseudoneurologisch“ (motorisch/sensorisch)
- Somatoforme Symbolisierung

## Unspezifische Stressbelastung

- Somatisierung = Resomatisierung von Affektkorrelaten
- Gefahr von außen und innen
- Eher vegetativ
- Symbolisierung fehlt meist
- Intrapsychische Prozesse meist schwerer erkennbar

# Das Konversionsmodell Sigmund Freuds

Jean Martin Charcot  
1825-1893



## Hystérie

*Une leçon clinique à la  
Salpêtrière (1887)*  
André Brouillet (1857-1914)

## Arc de Cercle



## DIE ABWEHR-NEUROPSYCHOSEN

*Versuch einer psychologischen Theorie  
der akquirierten Hysterie, vieler Phobien und Zwangsvorstellungen  
und gewisser halluzinatorischer Psychosen*

Bei eingehendem Studium mehrerer mit Phobien und Zwangsvorstellungen behafteter Nervöser hat sich mir ein Erklärungsversuch dieser Symptome aufgedrängt, der mir dann gestattete, die Herkunft solcher krankhafter Vorstellungen in neuen, anderen Fällen glücklich zu erraten, und den ich darum der Mitteilung und weiteren Prüfung würdig erachte. Gleichzeitig mit dieser „psychologischen Theorie der Phobien und Zwangsvorstellungen“ ergab sich aus der Beobachtung der Kranken ein Beitrag zur Theorie der Hysterie oder vielmehr eine Abänderung derselben, welche einem wichtigen der Hysterie wie den genannten Neurosen gemeinsamen Mechanismus zu tragen scheint. Ferner hatte ich Gelegenheit logischen Mechanismus einer Form von unzweifelhaft Erkrankungskrankung Einsicht zu nehmen, und fand dabei, dass versuchte Betrachtungsweise eine einsichtliche Verknüpfung dieser Psychosen und den beiden angeführten Neurosen. Eine Hilshypothese, deren ich mich in allen drei Fällen habe, werde ich zum Schlusse dieses Aufsatzes her

1894, GW I, S. 57-74

S. 63

Sigmund Freud  
1856-1939

Soweit sind die Vorgänge bei der Hysterie und bei den Phobien und Zwangsvorstellungen die gleichen; von nun an scheiden sich die Wege. Bei der Hysterie erfolgt die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch, daß deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird, wofür ich den Namen der **Konversion** vorschlagen möchte.

MEDIZINISCHE  
UNIVERSITÄT WIENUniv.-Prof. Dr. Stephan Doering  
Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie

27

1895

STUDIEN  
ÜBER  
HYSTERIEVON  
DR. JOS. BREUER UND DR. SIGM. FREUD

IN WIEN,

LEIPZIG UND WIEN.  
FRANZ DEUTSCHE  
1895.Josef Breuer  
1842-1925Sigmund Freud  
1856-1939MEDIZINISCHE  
UNIVERSITÄT WIENUniv.-Prof. Dr. Stephan Doering  
Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie

28

## STUDIEN ÜBER HYSTERIE

D

*Fräulein Elisabeth v. R . . .*

Zu einer gewissen Zeit plagte **Frau Cäcilie** ein heftiger Schmerz in der rechten Ferse, Stiche bei jedem Schritte, die das Gehen unmöglich machten. Die Analyse führte uns dabei auf eine Zeit, in welcher sich die Patientin in einer ausländischen Heilanstalt befunden hatte. Sie war acht Tage lang in ihrem Zimmer gelegen, sollte dann vom Hausarzte das erstmal zur gemeinsamen Tafel abgeholt werden. Der Schmerz war in dem Momente entstanden, als die Kranke seinen Arm nahm, um das Zimmer zu verlassen; er schwand während der Reproduktion dieser Szene, als die Kranke den Satz aussprach: Damals habe sie die Furcht beherrscht, ob sie auch das „rechte Auftreten“ in der fremden Gesellschaft treffen werde!

GW I, S. 248

1895



Josef Breuer  
1842-1925



Sigmund Freud  
1856-1939

## BEMERKUNGEN ÜBER EINEN FALL VON ZWANGSNEUROSE

GW VII, S. 382

Er enthält vor allem nicht jenen **Sprung aus dem Seelischen in die somatische Innervation**, — die hysterische Konversion, — den wir mit unserem Begreifen doch niemals mitmachen können.

1909

## VORLESUNGEN ZUR EINFÜHRUNG IN DIE PSYCHOANALYSE

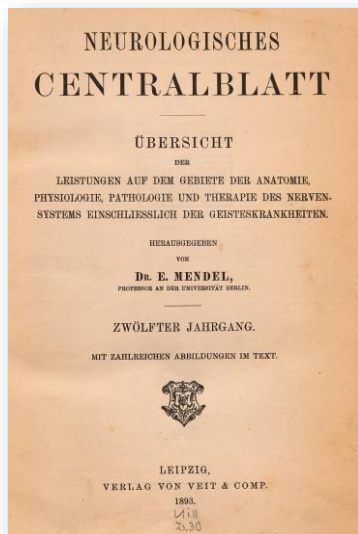
XVII. VORLESUNG  
DER SINN DER SYMPTOME

GW XI, S. 265

die Zwangsneurose, welcher jener **rätselhafte Sprung aus dem Seelischen ins Körperliche** abgeht, ist uns durch die psychoanalytische

1917

# Traumagenese



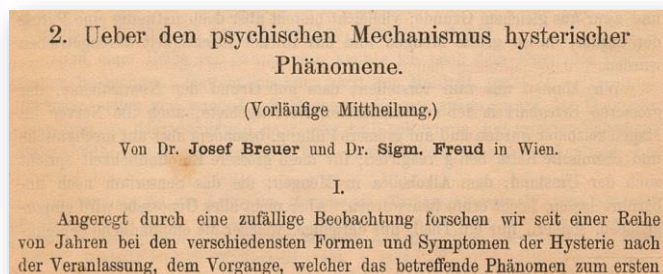
1893



Josef Breuer  
1842-1925



Sigmund Freud  
1856-1939



Unsere Erfahrungen haben uns aber gezeigt, dass die verschiedensten Symptome, welche für spontane, sozusagen idiopathische Leistungen der Hysterie gelten, in ebenso stringentem Zusammenhang mit dem veranlassenden Trauma stehen, wie die oben genannten, in dieser Beziehung durchsichtigen Phänomene.

Wir fanden nämlich, anfangs zu unserer grössten Ueberraschung, dass die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affect wachzurufen, und wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affect Worte gab. Affectloses Erinnern ist fast immer völlig wirkungslos; der psychische Process, der ursprünglich abgelaufen war, muss so lebhaft als möglich wiederholt, in statum nascendi gebracht und dann „ausgesprochen“ werden.

Man darf also sagen, dass die pathogen gewordenen Vorstellungen sich darum so frisch und affectkräftig erhalten, weil ihnen die normale Usur durch Abreagiren und durch Reproduction in Zuständen ungehemmter Association versagt ist.

Es ist nun verständlich, wieso die hier von uns dargelegte Methode der Psychotherapie heilend wirkt. Sie hebt die Wirksamkeit der ursprünglich nicht abreagierten Vorstellung dadurch auf, dass sie dem eingeklemmten Affecte derselben den Ablauf durch die Rede gestattet und bringt sie zur associativen Correctur, indem sie dieselbe in's normale Bewusstsein zieht (in leichter Hypnose) oder durch ärztliche Suggestion aufhebt, wie es im Somnambulismus mit Amnesie geschieht.

33

1896

## ZUR ÄTIOLOGIE DER HYSTERIE

Ich stelle also die Behauptung auf, zugrunde jedes Falles von Hysterie befinden sich — durch die analytische Arbeit reproduzierbar, trotz des Dezennien umfassenden Zeitintervalles — ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung, die der frühesten Jugend angehören.<sup>1)</sup> Ich halte dies für eine wichtige Enthüllung, für die Auffindung eines *caput Nili* der Neuropathologie, aber ich weiß kaum, wo anzuknüpfen, um die Erörterung dieser Verhältnisse fortzuführen.

<sup>1)</sup> [Zusatz 1924:] All dies ist richtig, aber es ist zu bedenken, daß ich mich damals von der Überschätzung der Realität und der Geringschätzung der Phantasie noch nicht frei gemacht hatte.

GW I, S. 439 f.



Sigmund Freud  
1856-1939

Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit!