

Kadenz für fragmentiertes Bewusstsein: Eine persönliche Geschichte der am missverstandenensten Krankheit der Welt

Ein Text von [FNDPortal](#)

Übersetzung ins Deutsche: Christina Bolte



„Split Photography of a Girl“ von Artem Mulashenko

TEIL I

Poltergeist

„Ich bin 27 Jahre alt und ich könnte sterben.“

Ende 2013 verlor ich auf unerklärliche Weise meine Fähigkeit zu gehen. Es geschah innerhalb weniger Wochen; schnell genug, um erschreckend zu sein, langsam genug, um alles bis ins kleinste Detail zu spüren. Es war nicht das erste Anzeichen dafür, dass etwas nicht stimmte. Ungefähr ein Jahr zuvor war ich eines Morgens mit einem stechenden Schmerz im Handgelenk aufgewacht, als hätte ich meinen Finger in eine Steckdose gesteckt. Dann wurden meine Arme schwach. Damals nahm ich an, dass es sich um eine Art Überlastung handelte. Es schien das vorhersehbare Ergebnis von zu harter Arbeit zu sein. Ich schob es auf meinen Job und ging zu einem Physiotherapeuten in der Nähe. Ich rief nicht einmal meinen Arzt an.

Aber ein Jahr später war meine Genesung ins Stocken geraten. Ich machte immer noch beharrlich die Physio-Übungen, in der Hoffnung, irgendwie geheilt zu werden, da bemerkte ich, dass das komische Gefühl von Latex-unter-der-Haut, das meiner Arm-„Verletzung“ vorausging, nun wieder auftrat – diesmal in meinen Füßen. Dann breitete es sich in meinen Beinen aus. *Oh nein*, dachte ich. *Ignoriere es einfach. Es ist nichts. Es geht schon wieder weg.* Das tat es aber nicht. Stattdessen nahm es kalt und unerbittlich seinen Lauf, sich ausbreitend wie das langsamste Narkosemittel der Welt. Erst da dämmerte mir, dass ich mich in Gefahr befinden könnte.

Bevor meine Beine versagten, hielt ich mich noch für einen athletischen Mitzwanziger. Aber die Wahrheit war, dass mich eine Reihe seltsamer Schmerzen und Beschwerden befallen hatten. Jetzt, da ich so schnell jegliche Beweglichkeit meines bisherigen Lebens verloren hatte, schien eine Abrechnung bevorzustehen. Zuerst konnte ich meinen üblichen Spaziergang durch die Stadt nicht mehr bewältigen. Dann konnte ich das Ende des Parkplatzes nicht mehr erreichen. Dann das andere Ende des Hauses.

Die Geschwindigkeit, in der sich mein Zustand verschlechterte, überraschte uns alle. Mein Hausarzt trat umgehend in Aktion und ordnete eine Reihe von Tests an. Er vermutete Polymyositis, eine Erkrankung, bei der Immunzellen das Muskelgewebe des Körpers angreifen. Aber die Testergebnisse waren normal. Meine Angehörigen und Freund*innen scharten sich schützend um mich. Mehr Tests, mehr negative Ergebnisse, mehr besorgte Blicke. Damals hatte ich keine Ahnung von Medizin, aber ich fragte mich: Brauchen Krankheiten wie MS nicht viel länger, um den Körper so zu verwüsten? Welche Krankheit schreitet so schnell voran? Was, wenn sie meine Atemmuskeln angreift?

Die Spezialist*innen waren ratlos. Sie führten mehr Tests durch, berechneten Tausende von US-Dollars und überschlugen sich förmlich dabei, mich in zunehmend unwahrscheinlichere Fachbereiche abzuschieben. Ich war auf einen Gehstock und dann auf einen Rollstuhl

angewiesen. Ich rief Freund*innen in anderen Städten an und wir weinten am Telefon. Es kam mir vor, als würde ein Damoklesschwert über mir hängen.

Und dann – nichts. Es hörte auf, schlimmer zu werden. Dank wiederholter und schmerzhafter Hüftübungen erlangte ich sogar ein wenig Beweglichkeit zurück. Aber es gab noch andere Probleme: heftige, blitzartige Kopfschmerzen. Ständige Schmerzen und Müdigkeit. Meine Kehle wurde überempfindlich und ließ mich würgen und stumm werden.

Unfähig, mein Leben normal weiterzuführen, begab ich mich auf eine mehrjährige Suche nach einer Diagnose. Dann, im Jahr 2017, nachdem ich fast ein Jahrzehnt als medizinische Anomalie verbracht hatte; nachdem ich Dutzende von Ärzt*innen aufgesucht hatte; nachdem mein Blut auf alles Mögliche untersucht worden war, von HIV bis hin zu extrem seltenen Autoimmunerkrankungen; nachdem ich meine Symptome katalogisiert und mir selbst Anatomie und Grundlagen der Neurologie beigebracht hatte; nachdem ich mir auf meinen Körper tätowiert hatte, dass ich bereit war zu sterben; saß ich schließlich vor einem Gremium von Elite-Wissenschaftler*innen im weltweit führenden [Forschungskrankenhaus für seltene Krankheiten](#). Sie sagten mir das Einzige, auf das ich nicht vorbereitet war.

Sie sagten, es handele sich um eine funktionelle neurologische Störung (FNS): ein Zustand, der einst als Konversionsstörung und davor als Hysterie bekannt war. Es gab keinen Zweifel. Sie waren sich sicher.

Der Boden schien sich unter mir aufzutun. *Was? Konversionsstörung?*

Ich dankte ihnen für ihre Zeit. Dann kehrte ich zurück ins Hotel zurück und hatte eine Panikattacke.

Ich dachte: *Das kann doch nicht wahr sein, oder?* Ich hatte nicht das Gefühl, dass mit mir psychisch etwas nicht stimmte. *Aber wenn ich meine Gefühle in eine körperliche Erkrankung „konvertiere“, ist das nicht genau das, was ich denken würde? Habe ich mir das alles selbst angetan?*

Ich musste diese Möglichkeit ernst nehmen. Also öffnete ich meinen Laptop und suchte nach „Funktionelle neurologische Störung“. Auf Anhieb fand ich eine Studie, in der Harvard-Forscher*innen [etwas](#) in den Gehirnen von FNS-Patient*innen gefunden hatten. Und ich spürte, wie sich in meinem eigenen Gehirn die ersten Anzeichen der Erkenntnis regten.

Dies ist die Geschichte von FNS, geborene Konversionsstörung, geborene Hysterie: die Geschichte einer Epidemie, die verschwand, ohne jemals wirklich zu verschwinden. Mit ihrem heute antiquierten Namen verhalf sie im 19. Jahrhundert Charcot und Freud zum Ruhm, nur um im 20. Jahrhundert an den verschwommenen Rand der Erinnerung verbannt zu werden.

Jetzt, da tektonische Veränderungen in der Hirnforschung mit dem gesellschaftlichen Kampf für eine gerechtere Gesundheitsversorgung zusammenlaufen, ist die Hysterie erneut zurückgekehrt. Sie ist gekommen, um ihre Heimat genau dort zurückzuerobern, wo der Boden jetzt nachgibt: an der einbrechenden wissenschaftlichen Grenze zwischen Gehirn und Geist. Als Hysterie veränderte die Störung einst das gesellschaftliche Verständnis von psychischen und physischen Erkrankungen. Als FNS könnte sie dies erneut tun. Auf dem Spiel stehen Genesung und Gerechtigkeit für Millionen im Stich gelassener Patient*innen und eine der ältesten Fragen der Menschheit: Wo genau endet der Geist und wo beginnt der Körper?

„Als ob es die Anatomie nicht gäbe“

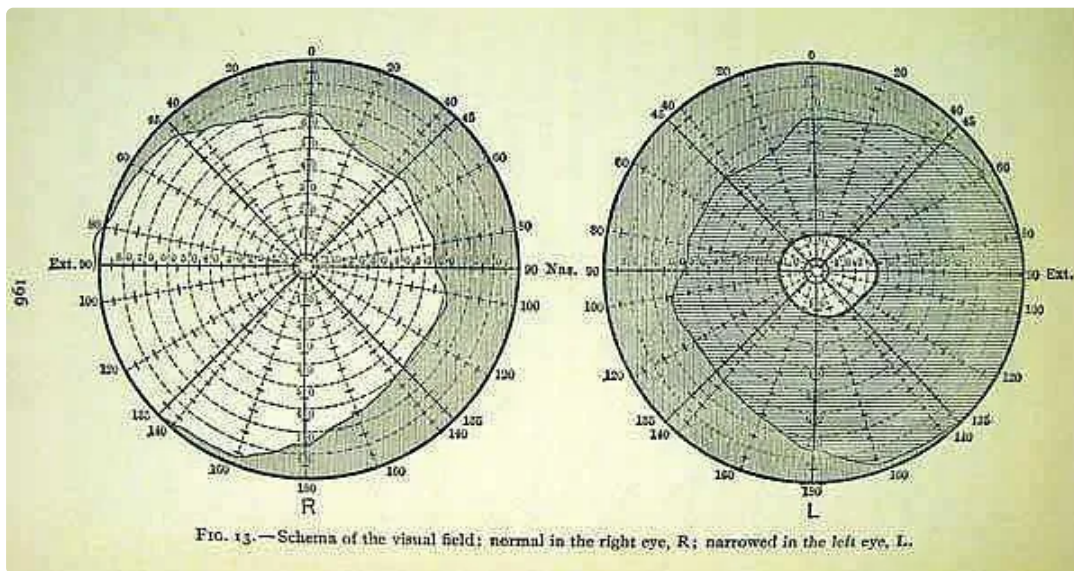
Man könnte meinen, FNS wäre kaum zu übersehen. Eine Person, die darunter leidet, kann heftige Anfälle bekommen, wobei sich ihr Körper gegen ihren Willen verkrampft und zuckt. Eine Gliedmaße kann plötzlich schwach oder gelähmt sein. Manche verlieren die Fähigkeit zu sprechen oder zu gehen. Sie können chronisch an Schwindel leiden, in plötzlichen „Sturzattacken“ zusammenbrechen oder Anfälle von „Phantom-Elektroschocks“ erleiden. Bei manchen Menschen erstarrt der Körper in einer fixierten Haltung.

„Eines Tages wachte ich auf und fühlte mich schwach auf meiner linken Seite“, sagte Mary^[1]. „Ich hatte einfach das Gefühl, dass ich vielleicht krank werde oder so. Als ich meine Gabel nicht festhalten konnte, um mein Hähnchen zu schneiden, wusste ich, dass etwas nicht stimmte.“

So dramatisch diese Symptome in ihrer Ausprägung sind, so seltsam schwer sind sie gleichzeitig in ihrer Bedeutung zu erfassen. Sie ähneln oft anderen neurologischen Erkrankungen, sind aber in Wirklichkeit ganz anders. Marys Erfahrung ist typisch für eine Person, die einen Schlaganfall erlitten hat. Als sie sich jedoch einer neurologischen Untersuchung unterzog, gab es keine Anzeichen für einen Schlaganfall in ihrem Gehirn.

FNS-Symptome widersetzen sich nicht nur den medizinischen Erklärungsversuchen der Ärzt*innen. Einige scheinen auf den ersten Blick auch physikalisch unmöglich zu sein. Menschen mit funktioneller Blindheit können beispielsweise Sehverluste erleben, die den Gesetzen der Optik widersprechen. Doch sie täuschen nicht vor und bilden sich nicht einfach ein, dass etwas nicht stimmt. Ihre Blindheit ist real.

Man könnte meinen, dass solch ein bizarres Phänomen eine Flut von Presseberichten und medizinischen Nachforschungen hervorrufen würde. Bei allem Spektakel ist FNS jedoch eine Störung, die die Gesellschaft seltsamerweise nicht zu bemerken scheint. Dies ist besonders merkwürdig, wenn man bedenkt, dass es sich um eine der häufigsten Hirnerkrankungen der Welt handelt – sie ist potentiell der zweithäufigste Grund, warum Menschen ambulante Neurolog*innen aufsuchen, und hat eine [Häufigkeit](#) vergleichbar zu Parkinson oder MS. Ärzt*innen treffen jeden Tag Menschen mit dieser Erkrankung. Dennoch kann es bei vielen Menschen ein Jahrzehnt dauern, bis sie eine Diagnose erhalten, wenn sie überhaupt jemals eine erhalten.



Eine Illustration der funktionellen Blindheit aus „The Major Symptoms of Hysteria“, Janet, 1907

Die meisten Menschen, die von „Hysterie“ gehört haben, dem Zustand, der heute als FNS^[2] bekannt ist, glauben, dass es sich um ein Relikt aus dem 19. Jahrhundert handelt – falls es überhaupt jemals existierte. Studien zeigen jedoch, wie falsch diese Vorstellung ist. FNS „existiert, ist sehr häufig und unwillkürlich“, sagt Dr. Kim Bullock, Neuropsychiaterin an der Stanford University. Im Jahr 2006 beschrieb Dr. Mark Hallett, der Leiter der Human Motor Control Unit des NIH, das Versäumnis, sich mit FNS zu befassen, als „Krise für die Neurologie“. Eine aktuelle Studie ergab, dass funktionelle neurologische Störungen schätzungsweise 1,2 Milliarden US-Dollar an Gesundheitskosten pro Jahr in den USA verursachen – wenn man nur die Notaufnahme und die stationäre Akutversorgung berücksichtigt.

Mit anderen Worten: Die früher als Hysterie bezeichnete Störung hat uns schon immer begleitet, aber wir lernen erst jetzt wieder, sie klar zu sehen. Wie ein internationales Expert*innengremium kürzlich feststellte, hat sich die FNS in aller Öffentlichkeit versteckt.

Tatsächlich haben Ärzt*innen, die mit Menschen mit FNS zu tun haben, oftmals Schwierigkeiten, das Gesehene zu verarbeiten – eine ironische Parallele. Die Störung lässt sich bei typischen Gehirnschans nicht erkennen und die Symptome scheinen keinen Sinn zu ergeben. Handelt es sich um eine „echte, biologische“ Störung? Oder ist „alles nur im Kopf“? Zwischen den Polen dieser falschen Dichotomie gefangen, können viele Ärzt*innen eine Krankheit, die sich eklatant weigert, in eine Kategorie eingeordnet zu werden, nicht verstehen oder gar erkennen.

Heute spielt sich diese Kontroverse auch online ab. Wie kann eine einzelne Erkrankung sowohl durch COVID-19 als auch seinen Impfstoff ausgelöst werden? „Auf Twitter und in YouTube-Kommentaren tobt die Debatte: ‚Entweder ist es real – physisch – oder es ist gefälscht‘“, sagt Dr. Tim Nicholson, Psychiater am King’s College London. „Aber es ist keines dieser Dinge. Es ist funktionell. Es ist etwas ganz anderes. Es gibt noch eine dritte Option.“^[3]

Darin liegt das Problem: In den letzten etwa hundert Jahren hat die Medizin (oft halb im Verborgenen) versucht, FNS entweder *nur* als psychische oder *nur* als körperliche Erkrankung zu verstehen. Das biologische Phänomen FNS geht jedoch der modernen Medizin weit voraus. Und die Institutionen, die um FNS herum entstanden sind - Neurologie, Psychiatrie, Psychologie – haben die Störung nie vollständig erfasst.

Stattdessen hat FNS eine Generation nach der anderen der besten Wissenschaftler*innen der Menschheit bezwungen. Die Frage ist, ob es dieses Mal anders sein wird – und ob wir als Gesellschaft bereit sind, aus den Fehlern, Misserfolgen und dem Sexismus zu lernen, die uns heute an diesen Punkt der Krise gebracht haben.

Akt des Verschwindens

„Seien Sie versichert, die Hysterie kommt, und eines Tages wird sie glorreich den wichtigen Platz an der Sonne einnehmen, der ihr gebührt.“ – Jean-Martin Charcot an Sigmund Freud, 1888^[4]

Das Mittelalter war eine schlechte Zeit, um hysterisch zu sein oder auch nur entfernt etwas mit Hysterie zu tun zu haben. Damals wurden die Symptome einer FNS oft als Hexerei betrachtet. Als die englische Teenagerin Mary Glover Anfang des 17. Jahrhunderts heftige Anfälle bekam, wurde ihre Nachbarin, eine alte Frau namens Elizabeth Jackson, beschuldigt, sie verflucht zu haben. Es muss damals eine logische Schlussfolgerung gewesen sein: Es war bekannt, dass die beiden einander hassten, und die Tatsache, dass Jackson lautstark ihrer jugendlichen Feindin Böses wünschte, war wahrscheinlich nicht gerade **hilfreich**.

Bei der Verhandlung sagte der Arzt Edward Jorden zu Jacksons Gunsten aus. Denn er vertrat eine andere Theorie: Glover leide an einer natürlichen körperlichen Krankheit und nicht an einem übernatürlichen Leiden. Sein Appell an die Vernunft schlug fehl. Der Richter erklärte im Wesentlichen, dass er eine Hexe erkannte, wenn er eine sah, und Jackson, sagte er, sehe wie eine Hexe aus. Jackson wurde verhaftet.

Aber Jorden war noch nicht fertig. Im Anschluss an den Prozess schrieb er *„A Briefe Discourse of a Disease Called the Suffocation of the Mother“*, ein Buch, das dazu beitrug, das Konzept der Hysterie in Europa bekannt zu machen. Er argumentierte, dass die offensichtlichen Symptome einer dämonischen Besessenheit („Erstickung in der Kehle, Quaken wie Frösche, Zischen wie von Schlangen ... Raserei, Krämpfe, Schluckauf“) nicht dem „Divell“ – dem Teufel – zugeschrieben werden sollten, sondern vielmehr Anzeichen einer erklärbaren Krankheit seien.

Jorden hatte diese Theorie nicht aus der Luft gegriffen. Er stützte sich auf frühere „wissenschaftliche“ Texte antiker griechischer und römischer Schriftsteller. Während die alten Griechen entgegen der landläufigen Meinung **nie** eine Krankheit namens „Hysterie“ kannten, schrieben sie über eine Reihe von Gebärmuttererkrankungen – **„hysterike pnix“**, **„hystera“** und so weiter –, die spätere Gelehrte im Laufe der Zeit in einem jahrhundertelangen **Stille-Post-Spiel** zu einem Konzept zusammenfassten.

Europäische Ärzt*innen, die Jordan folgten, betrachteten diese altertümlichen Leiden als eine einzige, neu konzipierte Sache: **Hysterie**. Man ging davon aus, dass es sich bei der Sammeldiagnose „Hysterie“ um eine ausschließlich weibliche Störung handelte, bei der die Gebärmutter einer Frau wie ein Tier durch ihren Körper wütete und medizinisches Chaos hinterließ (und angeblich Ausbrüche von Emotionalität verursachte). Auch wenn die wissenschaftlichen Grundlagen der Theorie instabil waren, muss ihr Wert für Ärzt*innen wie Jordan klar gewesen sein. Es bot eine wissenschaftliche(re) Erklärung: eine Möglichkeit, zu verstehen, was jemandem wie Mary Glover widerfahren war – ganz ohne Hexerei.

Mit der Rückkehr der Hysterie aus dem Reich des Übernatürlichen erregte sie die **Aufmerksamkeit** von Wissenschaftler*innen auf dem noch jungen Gebiet der Neurologie. Anstatt die Symptome der Patientin auf eine wandernde Gebärmutter zurückzuführen, gingen sie davon aus, dass die Ursache eher „**im Gehirn liegt**“. Ihre Beschäftigung mit der geisterhaften Hysterie intensivierte sich in den nächsten 150 Jahren und erreichte schließlich im späten 19. Jahrhundert unter den geschichtsträchtigen Bezirken im Paris der Belle Époque einen Höhepunkt. Es war eine Zeit der Hypnotiseure, Séancen und des Telegraphen; unsichtbare Kräfte schienen überall zu sein. Es war auch ein „goldenes Zeitalter“ in der wissenschaftlichen Suche nach dem Verständnis von Hysterie, was zum Teil einem stämmigen, bulldoggengesichtigen Mann zu verdanken war, der im Pariser Salpêtrière-Krankenhaus arbeitete.

Jean-Martin Charcot, heute als „**Vater der modernen Neurologie**“ bekannt, genoss bereits zu seiner Zeit großes Ansehen. Er benannte mehrere berühmte Krankheiten oder beschrieb sie als Erster, darunter Multiple Sklerose, Parkinson und ALS. Er interessierte sich auch leidenschaftlich für **Hysterie**. Unter Charcots wachsamem Blick nahm die Diagnose Hysterie eine eindeutigere Form an und verdichtete sich zu einer Ansammlung von Symptomen, die noch heute erkennbar sind.

Charcot war vor allem für seine *Methode* berühmt. Er beobachtete die Patient*innen genau und machte sich ausführliche Notizen. Er prüfte sie auf Tricks und Fälschungen. Anschließend **untersuchte** er die Gehirne der Verstorbenen und korrelierte die Regionen mit sichtbaren Schäden (oder „Läsionen“, wie sie formal genannt werden) mit den im Leben erlittenen Symptomen. Auf diese Weise erfasste er die Architektur des Gehirns ganz ähnlich, wie Neurolog*innen es heute tun. War das linke Bein gelähmt, wusste er, wo der Schaden im Gehirn zu erwarten war.

Mit seiner gewohnten Gründlichkeit untersuchte er auch die Mechanismen der Hysterie. Leider weigerte diese sich, sich an die Regeln zu halten. Die Symptome der Patient*innen veränderten sich, wanderten im ganzen Körper umher oder verschwanden ganz. Wenn jemand einen Arm nicht mehr benutzen konnte, fand Charcot im Nachhinein keine Hirnläsion an der erwarteten Stelle.

In dramatischen Meisterkursen, die heute wie ein theatralisches Spektakel anmuten, demonstrierte er einer Schar von Pariser Prominenten, dass es noch viel seltsamer ging: „Hysteriker*innen“ konnten allein durch hypnotische Suggestion zu Krämpfen oder

Zusammenbrüchen gebracht werden. Was auch immer das war, es war keine typische Gehirnerkrankung.

Anstatt die Symptome einer Schädigung der Gehirnstruktur zuzuschreiben, wie es bei einer typischen neurologischen Erkrankung der Fall ist, schlug Charcot eine „funktionelle“ oder „dynamische Läsion“ vor. Dieser neuronale Poltergeist bewegte sich im Gehirn, beeinträchtigte vorübergehend Gehirnbereiche und erzeugte Symptome, die so beschaffen waren, als seien die Patient*innen an dieser Stelle verletzt worden. Mit anderen Worten, so Charcot, sei in den Gehirnen von Hysteriepatient*innen kein großflächiger Zelltod festzustellen. Stattdessen gab es eine Art Störung in der Maschine, die einen Kurzschluss im Nervensystem der Person verursachte, während die Grundverdrahtung intakt blieb.



Eine klinische Lektion in der Salpêtrière („Une leçon clinique à la Salpêtrière“) von André Brouillet. Charcot wird mit der Patientin Marie Blanche Wittmann gezeigt.

Diese Enthüllungen beflügelten die Pariser Fantasie, ähnlich wie CRISPR und künstliche Intelligenz uns heute faszinieren. Sie hinterließen auch bei einem von Charcots Schülern einen bleibenden Eindruck: einem jungen Neurologen namens Sigmund Freud.

Freud ragt groß auf in der Diskussion über Hysterie, weil er deren Studium so verändert hat und weil wir in vielerlei Hinsicht auch heute noch in einer Freud'schen Welt leben. Freud war ein beflissener Forscher und schrieb mit echtem Mitgefühl über die Notlage seiner Patient*innen. Aber er hinterließ auch ein zutiefst problematisches Erbe, das auch heute noch medizinischen Schaden für Menschen mit FNS verursacht. Freud'sche Konstrukte haben die Benachteiligung von Frauen in vielen **Aspekten** verschärft, von **sozialen Rollen** und **Sexualität** bis hin zum öffentlichen Verständnis von **Frauengesundheit**.

Aber all das sollte erst noch kommen. Im Jahr 1895 hatten Freud und Co-Autor Josef Breuer gerade *Studien zur Hysterie* veröffentlicht, eine explosive neue Erzählung, die sich als so anschaulich erwies, dass sie noch immer im öffentlichen Bewusstsein nachwirkt.

Wie schon Forscher*innen vor ihnen stellten Freud und Breuer fest, dass Hysteriepatient*innen in ihrer Kindheit häufig traumatische Ereignisse erlitten hatten^[5]. Ausgehend von dieser Beobachtung gingen sie noch einen Schritt weiter. Freud zufolge hatten Hysteriker*innen unwissentlich ihre eigenen Symptome geschaffen, indem sie traumatische Erinnerungen aus dem Bewusstsein verdrängten. Auf diese Weise „wandelten“ sie die psychische Energie der traumatischen Gedanken in reale körperliche Symptome um. Der Gedanke verschwand, das Symptom erschien.

„Die Spaltung des Bewusstseins ... [ist] eine gewollte, beabsichtigte“, schrieb er, „aber eigentlich geschieht etwas anderes, als das Individuum beabsichtigt“: Es möchte eine Idee beseitigen, als ob sie nie aufgekomen wäre; es gelänge ihm aber nur, sie psychisch **abzuspalten**.

Freud hatte diese neue Vision nicht durch eine methodische, Charcot'sche Kartographie erreicht. Stattdessen widmete er sich eher flüchtigeren Spuren – Emotionen, Ideen, Erinnerungen. „Ich reiste Schritt für Schritt zurück in die Vergangenheit des Patienten und ließ mich immer von der organischen Abfolge der Symptome sowie der geweckten Gedanken und Erinnerungen leiten“, schrieb er, „und erreichte so schließlich den Ursprung des pathologischen Prozesses.“ Die Erfahrung war für den jungen Arzt transformativ: Freud glaubte nicht nur an die Realität der Hysterie, er glaubte auch, selbst ein Hysteriker zu sein^[6].

Diese radikale Theorie implizierte, dass der Weg zur Behandlung der Hysterie nicht darin bestand, vergeblich nach ihren neurologischen Korrelaten zu suchen, wie Charcot es getan hatte. Was Hysteriker*innen laut Freud brauchten, war eine Art psychologischer Exorzismus; das Trauma auszugraben und aus dem Unterbewusstsein zu verdrängen. In lockeren Sitzungen der freien Assoziation forderte Freud seine Patient*innen also zum Graben auf. Bei vielen kamen traumatische Erinnerungen zum Vorschein, die in Momenten dramatischer Katharsis ihre inneren Konflikte ans Licht brachten. Die Symptome verschwanden wie Rauch.

Es sei denn, sie taten es nicht. Bei manchen Menschen kamen solche Erinnerungen nie zum Vorschein, oder wenn doch, gelang es ihnen nicht, sich davon zu erholen. Als Reaktion darauf formulierte Freud immer komplexere Theorien, die die Schuld auf „symbolische“ Traumata oder unterdrückte sexuelle **Fantasien** schoben. Wenn das fragwürdig klingt: Das ist es. Aber das spielte keine Rolle. *Studien zur Hysterie* hatten Freud bereits zu einem bekannten Namen gemacht, und schließlich ließ er die Hysterie hinter sich und wandte sich anderen Dingen zu.

Nach den *Studien zur Hysterie* spaltete sich die Hirnforschung in mehrere Disziplinen auf. Die Psychiatrie und Neurologie, einst eng miteinander **verbunden**, wurden auseinandergerissen; das neue Gebiet der **Psychoanalyse** wurde geboren. Die daraus

resultierende Kluft zwischen denen, die den Geist heilen, und denen, die das Gehirn behandeln, besteht bis heute fort. Und Freuds Ideen, die die amerikanische Psychiatrie des frühen 20. Jahrhunderts bestimmten, hatten eine ähnlich transformierende Wirkung auf eben die Störung, die ihn berühmt machte. Die Hysterie wurde aus der Neurologie verbannt, wo sie nicht mehr zu passen schien, und auf den sagenumwobenen Sofas der Psychoanalyse deponiert. So erlebte die Hysterie selbst eine Konversion in umgekehrter Richtung und verwandelte sich in der öffentlichen Wahrnehmung von einer körperlichen Störung in eine psychische.



Mott, 1919, wiedergegeben in Stone, „Neurologic approaches to hysteria, psychogenic and functional disorders from the late 19th century onwards“, *Handbook of Clinical Neurology*, Bd. 139.

Doch kaum war das Freud'sche Gebäude errichtet, zeigten sich erste Risse. Zunächst einmal konnten viele von Freuds Behauptungen einfach nicht bewiesen werden. Haben Konversionspatient*innen überhaupt etwas „konvertiert“? Wenn ein*e Psychoanalytiker*in behauptete, dass Sie ein Trauma verdrängen würden, könnten Sie dann beweisen, dass das nicht der Fall ist? Wie könnte das überhaupt irgendjemand feststellen? „Der blinde Glaube, der Freud entgegengebracht wurde, der Freud-Kult, bestand darin, dass jeder blind akzeptierte, was er sagte“, schildert Nicholson. „Es brauchte keine Studien, die bewiesen, dass er richtig lag.“

Andere fragten sich, ob die sehr realen Symptome der Hysterie von übereifrigen Analytiker*innen falsch interpretiert werden könnten. Warum musste überhaupt etwas „Symbolisches“ an ihnen sein? Inmitten dieser wachsenden Besorgnis startete der britische Psychiater Eliot Slater einen Angriff auf die Grundlagen des Hysterie-Konzepts. In den 1950er Jahren suchte er nach den genetischen Grundlagen der Hysterie und fand exakt **nichts**. Misstrauisch geworden, untersuchte er noch einmal eine Reihe von Hysterie-Fällen und kam zu einem beunruhigenden Ergebnis: Es schien, als lägen bei allen Patient*innen in Wirklichkeit andere Störungen vor, wie Epilepsie und MS. Warum Hysterie so schwer zu

verstehen war? Weil sie, so Slater, nicht existierte. Seiner Meinung nach gab es so etwas wie Hysterie nicht – nur eine Ansammlung von diagnostischen Irrtümern mit leerem Kern^[7].

„Das einzige, was hysterische Patient*innen nachweislich gemeinsam haben, ist, dass sie alle Patient*innen sind“, erklärte er. „Die Diagnose ‚Hysterie‘ ist ein Deckmantel für Unwissenheit und eine fruchtbare Quelle klinischer Fehler. In Wirklichkeit ist sie nicht nur eine Täuschung, sondern eine **Falle**.“

Zu Beginn der 1990er Jahre war die Störung, die einst die Fantasie so sehr beflügelte, aus dem öffentlichen Bewusstsein verschwunden wie ein böser Traum nach dem Aufwachen. Die Freud'sche Theorie **verlor ihren Einfluss** auf die **psychologischen Wissenschaften** und Slater hatte die Anhänger*innen des physischen Gehirns weitgehend davon überzeugt, dass Hysterie ein Mythos sei. Inzwischen war Hysterie den meisten Menschen als eine medizinische Kuriosität aus dem dunklen Zeitalter der Medizin bekannt^[8]. „Und was ist heute von Hysterie übrig geblieben?“ fragte der französische Psychiater Etienne Trillat. „Die Hysterie ist natürlich tot und hat ihre Geheimnisse mit ins Grab genommen.“

Verlassen im Niemandsland

Es war vor dieser Kulisse, als ich das betrat, was ich mittlerweile „Niemandsland“ nenne, das medizinische Exil, in das Menschen mit FNS vielfach verbannt werden. „Es ist seltsam“, sagt Nick, ein Mann mit funktioneller Blindheit. „Es ist, als sei man verschollen.“

Es dauerte eine Weile, bis mir klar wurde, dass auch ich wie die Hysterie zu einem wandelnden Geist geworden war. Zwischen 2010 und 2017 reiste ich in viele große Krankenhäuser und kleine Kliniken und suchte alle Spezialist*innen auf, die mir helfen könnten. Überall wurden mir die Türen vor der Nase zugeschlagen. Neurolog*innen, Immunolog*innen und Rheumatolog*innen kamen und gingen. Alle sahen die Schwäche, die Krämpfe, die Schmerzen, aber niemand konnte einen erkennbaren Grund finden. Immer wieder wurde ich entlassen und woanders hingeschickt. Schließlich gingen mir die Orte aus, zu denen ich gehen konnte.

Noch vor kurzem vermuteten einige Beobachter*innen, dass sich die einst „Hysterie“ genannte Störung mit der Zeit und einer verbesserten Diagnostik als eine Gruppe neuer, seltener oder unerkannter Krankheiten herausstellen würde. Das ist nicht passiert. Trotz des Aufkommens von MRT, EEG, Nervenleitungsstudien und Gentests bleibt der Prozentsatz der Menschen in neurologischen Kliniken mit sogenannten „**hysterischen**“ **Symptomen** hartnäckig **auf dem gleichen Stand** wie zu der Zeit, als Charcot noch durch die Salpêtrière streifte.

Wohin seien all die Hysteriker*innen verschwunden? Nirgendwohin: Sie mögen zwar scheinbar verschwunden sein, aber in Wirklichkeit wurden sie nur neu kategorisiert. Sie wurden Teil der unzähligen Menschen, die jedes Jahr wegen ungeklärter Symptome Hilfe suchen; die schwindelerregenden 30 % der Patient*innen, deren Symptome laut

Neurolog*innen „überhaupt nicht“ oder nur „geringfügig“ durch eine organische Erkrankung erklärt werden können. Dies war in mancher Hinsicht ein vorsätzlicher Akt des Nicht-Sehens: Anstatt die Hysterie durch Heilung zu überwinden oder andere Diagnosen zu finden, die wirklich besser geeignet waren, entschied die Medizin einfach, dass Menschen mit diesen Symptomen, die Ärzt*innen als „nicht organisch“ bezeichneten, nicht zählten.

Im Niemandsland sind entwürdigende und zermürbende Erlebnisse an der Tagesordnung. „Wenn Ärzt*innen mit medizinischer Unsicherheit konfrontiert oder mit der aktuellen Forschung zu FNS nicht vertraut sind, verhalten sie sich oft abweisend“, sagt Bridget Mildon, Leiterin der Patient*inneninitiative [FND Hope International](#). Dies führe häufig zu Schamgefühlen, da den Betroffenen „weismacht wird, sie seien die Ursache ihrer eigenen Krankheit“.

„Jedes Mal, wenn ich versuchte, Hilfe zu bekommen, wurde ich von den Ärzt*innen ausgelacht“, sagt Nick. „Der Neurologe sagte: ‚Sie haben nichts. Sie verschwenden meine Zeit, indem Sie überhaupt hier sind. Warum sagen Sie mir nicht selbst, warum Sie so gehen, wie Sie gehen? Warum Ihre Arme nicht funktionieren?‘“

Jane, die unter Krämpfen und schlaganfallähnlichen Episoden leidet, erzählte mir von ihrem Besuch in der Notaufnahme. „Als ihnen klar wurde, dass es sich nicht um einen Schlaganfall handelte, baten sie einen Neurologen, mich zu sehen“, sagt sie. „Er saß auf meinem Bett, zog eine Grimasse und sagte: ‚Wir können alle Grimassen ziehen.‘“

Diese Berichte von Unrecht, die bei Menschen mit FNS nahezu allgegenwärtig sind, tauchen nun auch in der Forschungsliteratur auf. In einem [Leitartikel](#) im Journal of the American Medical Association (JAMA) weist der Neurologe Dr. Benjamin Tolchin von der Yale University auf eine frühere Umfrage unter FNS-Patient*innen hin, welche ergab, dass Ärzt*innen „sie routinemäßig beschuldigten, ihre Symptome vorzutäuschen, sie verunglimpften und ihnen sogar [leichte Verletzungen](#) zufügten, um zu ‚beweisen‘, dass ihre Symptome vorgetäuscht waren.“^[9]

„Ich glaube, bei manchen Ärzt*innen herrscht ein gewisses Maß an Wut und Frustration“, sagt Tolchin. Diese glauben vielleicht, dass Menschen „ihre Symptome vortäuschen, um etwas vom Gesundheitssystem zu bekommen, vielleicht Aufmerksamkeit, Medikamente oder finanzielle Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit“.

„Wie bei vielen anderen Krankheiten weiß man nicht, warum manche Menschen funktionelle Symptome entwickeln und andere nicht“, sagt Mildon, weshalb „ein großer Forschungsbedarf besteht“.

Dieses Klima der Ignoranz kann es für Menschen mit FNS gefährlich machen, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ärzt*innen können „funktionelle“ Symptome nicht von denen einer herkömmlichen Krankheit unterscheiden, gehen davon aus, dass funktionelle Symptome eine Form von Einbildung oder bloßem „Stress“ sind, und bieten oft so gut wie

keine substanzielle medizinische Versorgung an. „Nach meinen schrecklichen Erfahrungen mit Ärzt*innen habe ich das Gefühl, ich muss ‚beweisen‘, dass ich krank bin und dass es außerhalb meiner Kontrolle liegt“, sagt Olivia.

Wenn etwas im Gehirn kaputt geht, passen die auftretenden Probleme nicht genau in das eine oder andere Fachgebiet, weil wir Menschen diese Unterscheidungen erfunden haben. Sie spiegeln nicht wider, wie das Gehirn tatsächlich funktioniert. Wie es eine Gruppe von Harvard-Forscher*innen kürzlich ausdrückte: „Die Schaltkreise im Gehirn unterscheiden nicht zwischen neurologischen und psychiatrischen Störungen.“

Und der Schaden, den dieses Missverständnis anrichtet, ist nicht auf Menschen mit FNS beschränkt. Es greift oft auf andere ausgegrenzte Menschen über – insbesondere auf Frauen mit anderen Gesundheitsproblemen. Zwar diagnostizieren Ärzt*innen bei ihren Patient*innen keine Hysterie mehr, doch der Stereotyp der dramatischen, aufmerksamkeitsheischenden Frau ist in der Medizin noch immer weit verbreitet^[10]. Studien zeigen, dass diese tradierte **Voreingenommenheit** viele Ärzt*innen dazu veranlasst, die Symptome von Frauen eher als „psychologisch“ und damit nicht als echte körperliche Krankheit zu betrachten. In manchen Fällen kann diese Fehlzurordnung tödlich sein. **Eine Studie** ergab, dass Ärzt*innen Brustschmerzen bei Frauen eher auf Angstzustände als auf das zurückführen, was sie tatsächlich waren – ein Herzinfarkt.

Die dreifache Verflechtung von Weiblichkeit, psychischer Erkrankung und unerklärten körperlichen Symptomen erzeugt eine Art **Ouroboros** der Zurückweisung: „Frauen sind hysterisch“, so die Argumentation, „also beschwerten sie sich über nichts, und deshalb sind die Tests bei diesen Patient*innen negativ – weil sie hysterische Frauen sind“. Diese implizite Voreingenommenheit führt zu Ungleichheiten in der Art und Weise, wie Frauen medizinisch versorgt werden: Männer erhalten eher „körperliche“ oder „organische“ Diagnosen, Frauen **eher** „psychologische“ oder „nicht-organische“, und sie bleiben länger ohne jegliche Diagnose.

Diese Versäumnisse sind auf seit Langem bestehende sexistische Vorurteile in der westlichen Medizin zurückzuführen. Aber sie sind auch ein Versagen des Dualismus, der philosophischen Grundlage, auf der diese sexistischen medizinischen Klassifizierungspraktiken beruhen. Der Dualismus, eine Denkschule, die Geist und Körper kategorisch voneinander trennt, wurde vor allem durch den Philosophen René Descartes bekannt, der die Ansicht vertrat, dass jeder Mensch ein materielles Gehirn – ein physisches Etwas, das man aus dem Schädel entnehmen kann – und einen immateriellen Geist hat, der separat (vielleicht sogar jenseits der materiellen Welt) existiert. Diese Idee ist heute als **„kartesischer Dualismus“** bekannt. Dualistische Annahmen liegen einem Großteil der medizinischen **Praxis** des 20. Jahrhunderts zugrunde.

Aber während Mediziner*innen die Erforschung des Gehirns in die Kategorien „physisch“ und „psychisch“ einteilen (und Menschen, deren Krankheiten nicht dazu passen, entsprechend behandeln), gibt es im Gehirn selbst keine solche Unterteilung. In Wirklichkeit sind psychische Störungen Störungen des Gehirns, und neurologische Erkrankungen wie Demenz beeinflussen die Art und Weise, wie Menschen denken und Emotionen verarbeiten. Wenn etwas im Gehirn kaputt geht, passen die auftretenden Probleme nicht genau in das eine oder andere Fachgebiet, *weil wir Menschen diese Unterscheidungen erfunden haben*. Sie spiegeln nicht wider, wie das Gehirn tatsächlich funktioniert. Wie es eine Gruppe von Harvard-Forscher*innen [kürzlich ausdrückte](#): „Die Schaltkreise im Gehirn unterscheiden nicht zwischen neurologischen und psychiatrischen Störungen.“

Tatsächlich gibt es zahlreiche Beweise dafür, dass die Natur uns nicht entlang kartesischer Grenzen geteilt hat. Stress kann Migräne auslösen und das Fortschreiten von [Krebs](#) beschleunigen. Blind geborene Menschen (eine körperliche Erkrankung) scheinen vor [Schizophrenie](#) (einer psychischen Erkrankung) geschützt zu sein. Die Parkinson-Erkrankung führt zu einer Vielzahl neurologisch bedingter psychischer [Probleme](#), darunter Depressionen, Apathie und Psychosen. Am dramatischsten sind vielleicht die Veränderungen, die bei Menschen mit dissoziativer Identitätsstörung (DIS) auftreten: Wenn Menschen mit DIS in einen ihrer alternativen Persönlichkeitszustände (oder „Alters“) übergehen, wechseln sie möglicherweise die [Händigkeit](#), verlieren den Gebrauch einer Gliedmaße^[11] oder zeigen messbare Veränderungen im [Sehvermögen](#).

Dass die Gehirnfunktion so aus dem Ruder laufen kann, mit radikalen körperlichen Konsequenzen, auf die viele Ärzt*innen nicht vorbereitet sind, konnte mir niemand erklären, als ich es am meisten brauchte. Stattdessen entdeckte ich die Tücken des Daseins als medizinisches Rätsel. In einer weltweit führenden neuromuskulären Klinik musste ich stundenlange Untersuchungen mit Elektronadeln über mich ergehen lassen. Ich beendete diesen Termin schreiend vor Schmerzen, mein Arm gelähmt. Aus Verzweiflung suchte ich später eine Homöopathin auf, nur um festzustellen, dass sie quacksalberische „Bioresonanz“-Kuren an Menschen verkaufte, die an unheilbaren Krankheiten starben. Als mir mein Hausarzt ein neurologisches Medikament gegen meine Schmerzen verschrieb, wurde ich schwer krank, verlor mehrere Monate meines Gedächtnisses und verfiel in einen halluzinatorischen Fugue-Zustand.

Schließlich ergriff ich die einzige Option, die mir noch blieb: eine Bewerbung beim [Undiagnosed Disease Network](#) des NIH, dem weltweit führenden Forschungsprogramm für undiagnostizierte Krankheiten. Zu diesem Zeitpunkt hatte das Programm nur etwa 300 Patient*innen aufgenommen und diagnostiziert. Ich war im Begriff, einer von ihnen zu werden.



Das NIH Clinical Center, auch bekannt als „Building 10“, in Bethesda, Maryland.

Kurz vor Halloween 2017 standen mein Partner und ich staunend in der Lobby des NIH-Klinikzentrums in Bethesda, Maryland. Das als „Amerikas Forschungs Krankenhaus“ bekannte Gebäude ist riesig – 200 000 Quadratmeter, 14 Kilometer Korridor. Nachdem wir die Sicherheitskontrolle passiert hatten, schlenderten wir durch das gewaltige Atrium, wo Scharen kleiner Hexen und Geister durch die Gänge wuselten, an der Seite eines Elternteils trotteten oder auf Tragen vorangeschoben wurden. Die Sekretär*innen verteilten Süßigkeiten aus Plastiklaternen.

Wir holten tief Luft und fuhren mit dem Aufzug hinauf zur Human Motor Control Clinic, wo bald meine Welt auf den Kopf gestellt werden würde. Nach einer ersten Untersuchung durch einen jungen Arzt wurde ich vor eine Ansammlung von mehreren Dutzend Wissenschaftler*innen geführt. Einige waren aus anderen Ländern eingeflogen. Sie fragten mich: Ob ich glaubte, dass es sich um eine Erkrankung meines Gehirns handeln könnte? Ja, sagte ich, aber alle früheren Ärzt*innen schienen anderer Meinung zu sein. Alle MRTs waren ohne Befund. „Ein sauberes MRT ist lange nicht das Ende der Diskussion“, sagte jemand. Vorne im Raum saß Dr. Mark Hallett, der Leiter der Human Motor Control Unit. Er demonstrierte in Charcot’scher Manier, dass ich eine „Give-way“-Schwäche hatte: Mein Bein würde nachgeben, wenn man darauf drückte. Er schien ein intuitives Gespür für das zu haben, was ich hatte. Es schien gut zu laufen.

Dann wurde ich zurück in den Untersuchungsraum gebracht, wo mir der erste Arzt unter vier Augen mitteilte, dass ich eine funktionelle neurologische Störung habe. In meinem Kopf

klingle etwas. Ich dachte, ich hätte davon schon mal gehört. Meinte er eine Konversionsstörung?, fragte ich. Ja, sagte er. So in etwa.

Bei der Vorstellung von „Konversion“ brach ich zusammen. Ich dachte, die Ärzt*innen meinten, dass ich nichts hatte oder dass ich eine Art Täuschung auslebte, anstatt mich mit meinen Gefühlen auseinanderzusetzen. Die Realität meines eigenen Lebens schien sich unter mir zu biegen, als stünde ich auf Dielen, die über einer riesigen Leere schwebten, deren Vorhandensein ich erst jetzt erkannte.

Ich wusste es damals noch nicht, aber meine persönliche Krise spiegelte die Wissenschaft der Medizin in Miniaturform wider. Wenn ich so verzweifelt wissen wollte, in welche Schublade FNS gehören sollte – Biologie oder Psychologie? – dann deshalb, weil ich wissen musste, ob ich tatsächlich *verrückt* war. Aber die alten Kategorien boten keine Antworten; FNS kann durch Wände gehen.

Und was sich unvermeidlich und endgültig anfühlte – die Einteilung von Gehirnerkrankungen als physische und psychische, die Verbannung scheinbar paradoxer Erkrankungen wie der meinen aus dem Bereich der Medizin, der Niedergang antiquierter Konzepte wie Hysterie – war nur ein Moment. Und wie alle Momente war auch dieser vom Schicksal dazu bestimmt, vorüberzugehen; Dank der sich seit langem abzeichnenden Fortschritte in der Hirnforschung – und auch dank FNS, der großen Unruhestifterin, dem Ungeheuer, das sich von medizinischer Hybris ernährt, dem chamäleonartigen Phantom, das auch die Stärksten von uns besiegt und, wie Freud einst bemerkte, sich so verhält, „als gäbe es keine Anatomie“.

TEIL II

„Ein bisschen wie eine Reihe von Zaubertricks“

Damals, 1995, war Jon Stone ein frischgebackener Neurologe, der sich in seine erste Ausbildungsstelle an einem großen medizinischen Zentrum in Großbritannien einarbeitete. Wie es in dieser Phase üblich ist, verbrachte er seine Tage damit, eine Fülle von Informationen von Mentor*innen und Kolleg*innen aufzunehmen. Es machte ihm Spaß, seine Fähigkeiten zur Diagnose und Behandlung komplexer Hirnerkrankungen auszubauen. Aber er war auch bestürzt darüber, wie die Ärzt*innen im Krankenhaus Menschen mit bestimmten Störungen behandelten.

„Die Haltung gegenüber Patient*innen mit FNS war damals im Allgemeinen ziemlich schockierend“, sagt er. „Es gab eine Denkkultur, die besagte, dass jeder, der nicht an einer strukturellen oder identifizierbaren Krankheit leidet, in irgendeiner Weise schwindelt. Und tatsächlich wurde das Wort ‚schwindeln‘ verwendet.“

„Ich konnte es einfach nicht verstehen, weil ich dachte, nachdem ich Patient*innen getroffen hatte: ‚Sie haben eindeutig diese Beschwerden, sie erfinden sie nicht‘. Man muss sich nur ein wenig Zeit nehmen, mit den Leuten zu reden, um das zu wissen. Und es ist tatsächlich ein sehr faszinierendes neurologisches Problem. Warum hat niemand daran Interesse?“

Bei wöchentlichen Treffen sah Stone, wie Ärzt*innen Patient*innen zur Diagnosestellung untersuchten. Sobald die Person den Raum verließ, lachten die Ärzt*innen über ihr „erfundenes“, „psychogenes“ Zittern und ihre Tics. Diese Symptome wurden nicht nur als ein Zeichen dafür gewertet, was eine Person *hatte*, sondern auch dafür, was eine Person *war*.

Meine persönlichen Erfahrungen und spätere Recherchen legen nahe, dass viele amerikanische Ärzt*innen eine funktionelle neurologische Störung nicht erkennen, wenn sie eine sehen. Im Gegensatz dazu, so Stone, hätten die Ärzt*innen in den britischen Krankenhäusern „eine*n Patient*in untersuchen und sagen können: ‚Ja, das ist eine FNS‘.“ Sie machten lediglich ein Geheimnis daraus. „Diese Sachen wurden nicht wirklich gelehrt“, sagt er. „Man konnte es in keinem Buch finden, schon gar nicht in einem modernen Buch. Es stand in allen alten Büchern, wurde mündlich überliefert, ein bisschen wie eine Reihe von Zaubertricks.“

Stone ärgerte sich über diese verstohlenen, diskriminierenden Praktiken. Er hatte als Kind ein entwicklungsbedingtes Stottern, das in seinen Teenagerjahren als funktionelle Sprachstörung wiederkehrte, und wollte daher funktionellen Störungen einen anderen Stellenwert geben. Als er schließlich in Edinburgh Unterstützung fand, machte er sich mit einem kleinen Kreis von Mitarbeiter*innen daran, die grundlegenden Fragen erneut zu untersuchen: Kann nachgewiesen werden, dass Menschen mit einer sogenannten „Konversionsstörung“ eine Behinderung haben? Gibt es zuverlässige Methoden, um eine FNS festzustellen? Und vor allem: Gibt es eine Möglichkeit, sie zu behandeln?

Wir wissen nun: Studien aus zwei Jahrzehnten haben jede dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet. Stones Forschung, die er größtenteils in Zusammenarbeit mit dem Neuropsychiater Alan Carson durchführte, trugen dazu bei, Methoden zu entwickeln und bekannt zu machen, mit denen sich testen lässt, ob die Symptome einer Person auf eine FNS oder eine bekanntere strukturelle Störung zurückzuführen sind. Dazu kombinierten sie die moderne Neurologie mit den alten Lehrwerken, darunter den Schriften von Charcot.

Als sie diese „medizinisch unerklärlichen“ Patient*innen mit den Mitteln der modernen Neurologie neu bewerteten, wurde die Tragödie von FNS deutlich. Carson und Stone stellten fest, dass Menschen mit FNS „nicht einfach nur ‚besorgte Gesunde‘ sind“, sondern „nachweislich krank nach den üblicherweise angewandten Kriterien von Behinderung und Leid.“ Sie waren genauso schwer beeinträchtigt wie Menschen mit Epilepsie oder Parkinson. Die Ärzt*innen bezeichneten sie als frustrierend und schwierig zu behandeln. Und ihre Symptome verbesserten sich oft nicht. "Viele Patient*innen [...] bleiben bis zu zwölf Jahre nach der ursprünglichen Diagnose symptomatisch, verzweifelt und beeinträchtigt", schrieb Stone in einer 12-jährigen Follow-Up-Studie.

Heute bestätigen eine Reihe amerikanischer Expert*innen diese Schlussfolgerung. „FNS verursacht sehr reale Behinderungen und Leid“, sagt Tolchin. „Patient*innen mit FNS ‚fälschen‘ ihre Symptome nicht.“

Stone machte auch die einzigartigen Merkmale der Störung publik und erklärte, wie die einst geheimen diagnostischen Tricks funktionierten – trotz des Widerstands einiger Mentor*innen und Kolleg*innen. Diese Techniken bilden heute die Grundlage dafür, wie Expert*innen Menschen mit FNS diagnostizieren: Sie suchen nach spezifischen Eigenheiten, die funktionelle Störungen von anderen unterscheiden, anstatt wie viele Ärzt*innen einst davon auszugehen, dass jede*r mit „medizinisch unerklärlichen“ Symptomen eine funktionelle Störung hat^[12].

„Sie suchen nach einem Muster an Schwäche, das nur bei FNS auftritt“, sagt Stone. „Bei einer funktionellen Schwäche in den Gliedmaßen sind alle Bewegungen gleichermaßen schwach. Wenn also jemand versucht, die Hüfte anzuheben oder die Hüfte auf das Bett oder den Stuhl zu drücken, ist das alles gleich schwach. Und das sieht man eigentlich bei keiner anderen neurologischen Erkrankung. Jemand mit Schlaganfall kann das Bein normalerweise problemlos nach unten drücken, nur nicht nach oben heben.“

Stones retrofuturistischer Ansatz zeigt auch, wie scheinbar grundverschiedene Symptome unter der Oberfläche miteinander in Zusammenhang stehen können. „Man sucht nach Anzeichen für innere Widersprüche“, sagt er, „die *Art und Weise*, wie jemand keine Bewegung machen kann, besonders wenn er*sie es versucht. Das ist ein Erkennungsmerkmal. Die willkürlichen Bewegungen sind beeinträchtigt, aber die automatischen Bewegungen sind intakt.“

Nicht alle Bewegungen werden im Gehirn auf die gleiche Weise erzeugt. Einige Gehirnnetzwerke verarbeiten einfache Aktionen, wie zum Beispiel das Ballen einer Faust. Andere wiederum koordinieren komplexe Bewegungen, wie die vielgliedrigen Bewegungskaskaden eines Schlagzeugsolos. Einige steuern **absichtliche** Bewegungen, andere scheinen ohne bewusstes Zutun zu funktionieren. Diese neuronalen Bruchstellen werden bei Menschen mit FNS offenkundig.



Eine Person mit einem „schleppenden Gang“, der für eine funktionelle Schwäche der Gliedmaßen charakteristisch ist. Von neurosymptoms.org.

„Zu verstehen, was bei FNS nicht funktioniert, könnte uns letztlich etwas über die Funktion des Bewusstseins verraten“, sagt Dr. Hakwan Lau, Neurowissenschaftler am Riken Institute Center for Brain Science in Japan. „Warum müssen wir uns unserer Absichten überhaupt bewusst sein? Können Dinge nicht sozusagen einfach auf Autopilot laufen? Sollte sich herausstellen, dass FNS auf ein gestörtes Bewusstsein von Intentionen zurückzuführen ist, dann scheint es in der Tat ziemlich wichtig zu sein, dieses Bewusstsein zu haben.“

Paradoxerweise scheint es bei Menschen mit FNS gerade die zielgerichtete Absicht zur Bewegung zu sein, die die flüssigen Bewegungen stört, zu denen das Gehirn normalerweise fähig ist. Bei vielen diagnostischen Tests von Stone geht es daher darum, eine Person dazu zu bekommen, ihre Aufmerksamkeit auf etwas anderes zu lenken. Wenn das gelingt, kommt es zu normalen Bewegungen. „Dieses Zeichen selbst gibt Auskunft über FNS“, sagt Stone, „und zeigt möglicherweise auch die Reversibilität der Erkrankung an.“

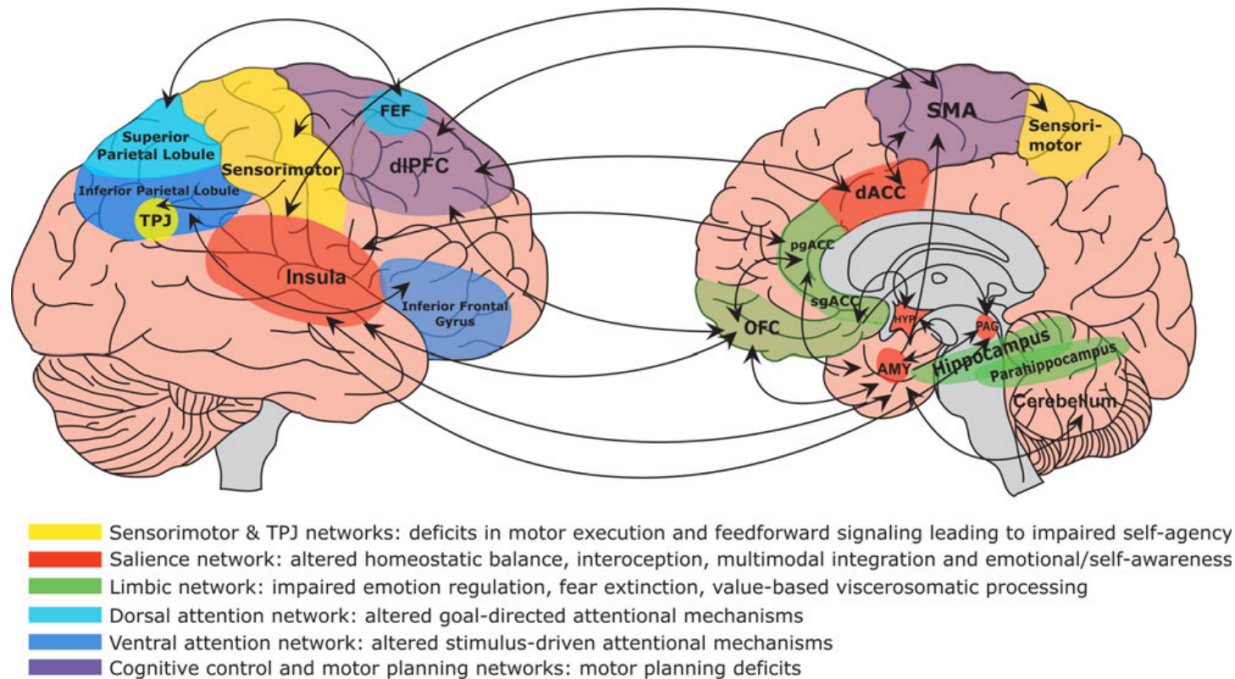
Wenn jemand mit einem funktionellen Zittern der linken Hand mit der rechten Hand im von Stone vorgegebenen Rhythmus klopft, lässt das Zittern deshalb nach oder hört ganz auf. Und Patient*innen mit funktioneller Schwäche können kurzzeitig wieder zu Kräften kommen, wenn Stone eine Gliedmaße auf die richtige Weise manipuliert. Teile des Gehirns, die die Aufmerksamkeit steuern und die Symptome zu verschlimmern scheinen, wurden kurzzeitig zu einer anderen Aufgabe verpflichtet. Für einen kurzen Moment steuern die Patient*innen ihre Körper nicht mehr mit angezogener Handbremse.

Wo FNS klassischerweise als eine Art gestaltenwandelnder Poltergeist in Erscheinung tritt, die Ärzt*innen auf ewig heimsuchend, so kehren diese Techniken dieses Verhältnis nun um. Mit Prinzipien der Irreführung, die allen Magier*innen bekannt sind, tricksen die Ärzt*innen nun den Geist aus.

Für Patient*innen, die sich nach Antworten sehnen, kann dies aufschlussreich sein. Es zeigt, dass es eine konkrete neurologische Grundlage für die Symptome gibt. Es ist nicht so, dass die Person *denkt*, sie könne sich nicht bewegen. Es ist nicht so, dass sie sich nicht bewegen *will*. Es besteht ein echtes Hindernis zur Bewegung. Und die Tatsache einer MRTs ohne Befund macht da kaum einen Unterschied.

„Ich hoffe wirklich, dass wir mit Verlegenheit auf die Art und Weise zurückblicken, wie wir Medizin praktiziert haben“, sagt Stone, „Basierend auf der Idee: ‚Wir werden etwas tun, um Ihnen zu helfen, wenn es einen sichtbaren Grund gibt. Aber wenn wir mit den Mitteln, die uns heute zur Verfügung stehen, nicht schaffen, diesen Grund sichtbar zu machen? Dann glauben wir Ihnen nicht, und lassen Sie im Stich.‘ Ich denke, das ist eine Form der medizinischen Apartheid, die hier im Gange ist. Ich hoffe, wir werden irgendwann mit Scham darauf zurückblicken.“

FNS kann jedoch mit den fortschrittlichen bildgebenden Verfahren nachgewiesen werden, die Hirnforscher*innen im Labor einsetzen. Und in den letzten zwei Jahrzehnten haben Techniken wie das fMRT die gespenstischen Spuren von FNS im Gehirn enthüllt. Bereits 1997 verzeichneten Wissenschaftler*innen eine veränderte Gehirnaktivität bei einer Frau mit „[hysterischer Lähmung](#)“. 2010 [fanden](#) NIH-Forscher*innen heraus, dass Menschen mit funktionellem Zittern eine veränderte Aktivität in einem Gehirnbereich namens temporoparietaler Übergang (TPJ) aufwiesen, der mit dem Gefühl von Handlungsbewusstsein und -kontrolle verbunden ist. Eine Schädigung des TPJ führt zu außerkörperlichen [Erfahrungen](#). Wenn also die Aktivität im TPJ gestört ist, könnte dies erklären, warum sich funktionelles Zittern, das über willkürliche Nervenbahnen entsteht, so anfühlt, als ließe es sich nicht kontrollieren. Andere Studien zeigten eine Hyperaktivierung der [Amygdala](#), eines Gehirnbereichs, der vermutlich an der Bewertung von [Bedrohungen](#) beteiligt ist.



Schaltkreise, die an der Pathophysiologie funktioneller neurologischer Störungen beteiligt sind. Von Drane et al., 2021.

Heute nutzt die Forschungsgruppe für funktionelle neurologische Störungen am Massachusetts General Hospital modernste bildgebende Verfahren, um die Biologie der FNS zu untersuchen. Dr. David Perez, ein dual ausgebildeter Neurologe und Psychiater, der die Gruppe leitet, beschreibt FNS als ein „Multi-Netzwerk-Problem“, bei dem „mehrere zentrale Gehirnnetzwerke auf abnormale Weise interagieren, was möglicherweise die Symptomkonstellation hervorruft“. Um herauszufinden, wie das geschieht, nutzte das Team von Perez eine Analysetechnik namens *stepwise functional connectivity*, um zu verfolgen, wie Signale durch die Gehirne von Menschen mit FNS **strömen**. Sie fanden heraus, dass die Amygdala, das Gehirnzentrum für die unbewusste Bedrohungsverarbeitung, ein wichtiger Treiber für FNS-Symptome sein könnte.

Psychische Störungen wie Depressionen und Magersucht sind im fMRT ebenfalls sichtbar, verursachen jedoch keine größeren Schäden im Gehirn. Wie „psychologisch“ ist FNS? Handelt es sich im Grunde genommen um umgewandeltes Trauma, wie Freud sagte? Oder handelt es sich ausschließlich um eine neurologische Störung und eigentlich überhaupt nicht um ein „psychisches“ Problem?

Im Jahr 2018 analysierte ein Team von Forscher*innen die verfügbaren Studien zu Trauma und FNS. In einer **systematischen Übersichtsarbeit** enthüllten sie, was viele Psycholog*innen vermutet hatten: Menschen mit FNS haben, als Gruppe, erstaunlich viele „belastende Lebensereignisse“ erlebt, darunter sowohl körperlichen als auch sexuellen Missbrauch. Dies **deutet darauf hin**, dass psychische Traumata häufig zu FNS beitragen können.

Aber bis zu einem Drittel der Menschen mit FNS berichteten über keine derartigen Erfahrungen. Carson sagt: „Ich stelle fest, dass viele Patient*innen, die ich behandle, eher deswegen traumatisiert sind, weil die Leute ständig auf der Suche sind und behaupten, dass

ein solcher Missbrauch passiert sein muss“, sagt er. „Und wo ein Trauma vorhanden ist, ist es tendenziell nicht freudscher Natur.“ Andere Studien zeigen, dass auch physische Ereignisse wie Verletzungen, Unfälle und Operationen **häufige Auslöser** sind. **COVID-19-Impfungen** haben bei einer Reihe von Menschen FNS ausgelöst. Und bis zu einem Drittel der Menschen mit Parkinson können **sekundär** eine FNS entwickeln. Kurz gesagt: FNS mag sich oft aus einem emotionalen Trauma heraus entwickeln – aber dieses kann nicht *allein* der Grund sein.

„Wir haben einfach nicht die Sprache, um über ein Problem zu sprechen, bei dem das Pendel in der Mitte ruhen sollte“, sagt Stone, „bei dem wir nicht einmal diese Kategorien zu haben brauchen, diese bedeutungslosen Kategorien, von *neurologisch* und *psychologisch*.“

Möglicherweise sind **differenziertere Modelle** erforderlich. „Bei manchen Menschen ist es egal, wie viel Blutzucker sie haben, sie bekommen einfach Diabetes“, sagt Nicholson. „Bei anderen Menschen hingegen sind es die Ernährung und die Umwelt, die Diabetes auslösen. Für viele, wahrscheinlich die meisten, ist es eine Kombination.“ Ebenso „bekommen einige Menschen plötzlich Symptome, die ein im Wesentlichen normales Leben führen, ohne Stress oder Trauma.“ Sie sind dafür also biologisch sehr veranlagt. Dann gibt es noch andere Menschen, für die es ein oder zwei Umwelteinflüsse braucht, was ein frühkindliches Trauma sein könnte, das sich auf die Biologie ihres Gehirns auswirkt.“

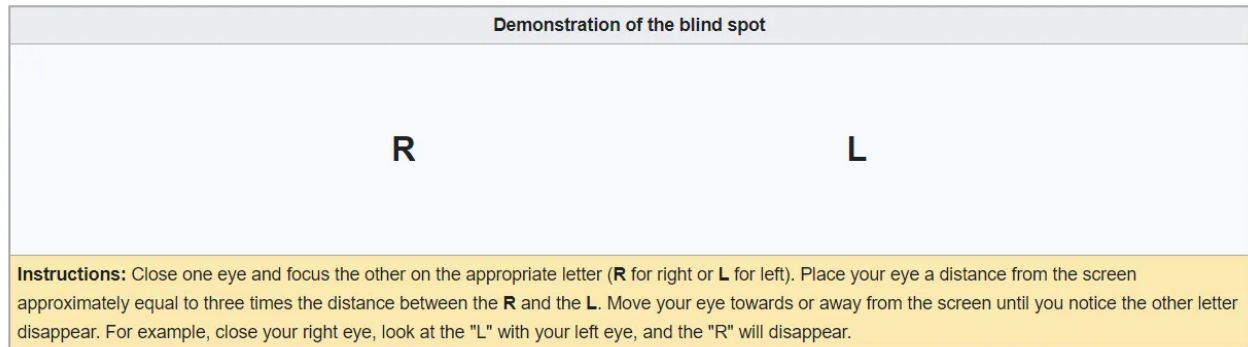
Diese Abkehr vom Dualismus und die Akzeptanz der **Verkörperung** – die Idee, dass das Gehirn nicht vom Körper getrennt, sondern ein Teil davon ist und dass „Psychisches“ und „Physisches“ in seinen Nervenbahnen eng miteinander verwoben sind – findet mittlerweile bei vielen Hirnforscher:innen **Anklang**, auch über die FNS-Nische hinaus. „Ich denke, diese Grenzen sind künstlich“, sagt Lau über die Geist-Gehirn-Frage in FNS. „Sie mögen aus guten institutionellen und logistischen Gründen existieren, aber wir können nicht an ihnen festhalten, als wären sie absolut.“

Geister in der materiellen Welt

In der Tat haben sich seit der Jahrhundertwende viele der traditionellen „Regeln“ der Neurologie angesichts gegenläufiger Beweise aufgelöst. An ihre Stelle tritt eine radikal neue Vision des menschlichen Selbstseins, in der der Geist keine nicht-physische Substanz ist, sondern ein Prozess, der aus den Eigenschaften des Gehirns hervorgeht – und eine, in der Biologie und Psyche untrennbar, ja glorreich, miteinander verwoben sind.

In diese veränderte Landschaft ist FNS zurückgekehrt, diesmal mit einer deutlich anderen Rezeption. Einst abfällig mit „Simulation“ gleichgesetzt, meinen Forscher:innen nun, dass die Erkrankung Einblicke in grundlegende Geheimnisse des *Selbstseins* geben könnte – dieses Gefühl, einen lebenden Körper zu besitzen, ein kohärentes Selbst zu sein, gebunden an eine erinnerte Vergangenheit und eine imaginierte Zukunft. Es verleiht auch einer verblüffenden Theorie Gewicht: dass das, was wir als „Bewusstsein“ erleben, eine Art **Simulation** ist, die vom Gehirn erzeugt wird.

Der letzte Teil ist überraschend einfach zu testen. Ein Beispiel: Eine Besonderheit des menschlichen Auges ist der *physiologische blinde Fleck*, eine tote Zone auf der Netzhaut, in der sich keine Fotorezeptoren befinden, die Licht einfangen könnten. Wenn das, was Sie gerade sehen, genau mit den Lichtverhältnissen übereinstimmt, die auf Ihre Augen treffen, dann sollten Sie zwei blinde Flecken haben, einen für jedes Auge, genau in der Mitte Ihres Blickfeldes. Sie sehen sie nicht? Das liegt daran, dass das Gehirn sie ausblendet. Überzeugen Sie [sich selbst](#).



Instruktionen: Schließen Sie ein Auge und fokussieren Sie das andere auf den entsprechenden Buchstaben (R für rechts und L für links). Schauen Sie in einem Abstand auf den Bildschirm, der ungefähr dem dreifachen Abstand zwischen R und L entspricht. Bewegen Sie Ihr Auge auf den Bildschirm zu oder von ihm weg, bis Sie den anderen Buchstaben verschwinden sehen. Schließen Sie also z.B. Ihr rechtes Auge, schauen Sie mit dem linken Auge auf das „L“, und das „R“ wird verschwinden.

Dieser Blinde-Fleck-Test stellt die Zaubershow des Gehirns auf den Kopf. Wie FNS zeigt es, dass das Gehirn uns *nie* die ganze Wahrheit sagt. Stattdessen hat uns die Evolution nämlich etwas Seltsameres vermacht: kein Fenster zur Welt, sondern eine Art hilfreiche Halluzinationsmaschine. Und das Gehirn, so glauben Forscher*innen, generiert diese Simulation mithilfe einer erstaunlichen Art des Spekulierens, die „[Vorhersage](#)“ genannt wird.

Vorhersagen lösen eines der großen Dilemmas des Gehirns: dass es der Welt nie direkt begegnen kann. „Das Gehirn“, sagte der Neurowissenschaftler Anil Seth in einem viralen [TED-Talk 2017](#), „ist in einem knöchernen Schädel eingeschlossen und versucht herauszufinden, was da draußen ist.“ In seinem Schädel-Gefängnis sieht das Gehirn niemals den Glanz der Sonne, spürt keine Meeresbrise oder riecht die salzige Luft. Alles, worauf es Zugriff hat, sind die Ströme von Nervenimpulsen, die von jedem Teil des Körpers einstrahlen. Ohne direkte Kenntnis der Welt ist es auf ein Interpretationsspiel angewiesen. Das ist es, was Vorhersage ist: der Versuch des Gehirns zu erklären, was diese Körpersignale bedeuten.

Aus diesem Grund beschreibt Seth, etwas kontrovers, alle Wahrnehmung als eine Art „kontrollierte Halluzination“. Wir nehmen die Welt um uns herum nie nur passiv wahr, sagt er. Vielmehr *konstruiert* das Gehirn die Erfahrung aktiv. [Vorhersagen](#) verwandeln mehrdeutige Linien und Schatten in zusammenhängende Bilder, Schwingungen in der Luft in Musik und Nervensignale aus dem Körperinneren in Hunger, Trost, Unruhe und Schmerz.

Aber es geht nicht nur darum, was wir *fühlen*. Vorhersagen leiten auch unsere Bewegungen und ermöglichen eine vorausschauende Kontrolle über den Körper. Auf diese Weise kann eine professionelle Golfspielerin einen Ball in eine Richtung schlagen und dabei intuitiv spüren, dass er ganz *woanders* landen wird. Ihr Gehirn hat durch lebenslange sensorische Erfahrung gelernt, wie der Ball und die Landschaft beschaffen sind und wie es sich *anfühlt*, einen perfekten Schlag auszuführen. Das Gehirn simuliert, was passieren wird, bevor es passiert. Dann bestätigt es seine eigene Prophezeiung, indem es sie *erfüllt*.

Die Funktionsstörung von FNS könnte „als kybernetisch betrachtet werden: als ein Ungleichgewicht in der komplexen inneren Organisation von Evidenz, Inferenz und Kontrolle“.

Karl Friston, der am meistzitierteste Forscher der Neurowissenschaften, charakterisiert die Vorhersage als die vereinheitlichende Logik des Gehirns. Nach dieser Auffassung werden alle Aspekte des Gehirns – unsere Gedanken, *Emotionen*, *Bewegungen*, *Sprache* und sogar das Gefühl, ein kohärentes *Selbst* zu haben – durch Vorhersageprozesse ermöglicht und sind Produkte davon.

Wenn das stimmt, ist das, was wir als „Selbst“ bezeichnen – das komplexe Geist-Körper-*Konstrukt*, das ein Gefühl von „Du“ erzeugt – vielleicht nicht so sehr eine Sache, die ist, sondern eher eine Sache, die *passiert*. Bei Erkrankungen wie *hemispatialem Neglect* kann eine Hirnschädigung dazu führen, dass eine Person nicht mehr erkennt, dass sie Teile ihres Körpers besitzt. Solche Störungen der Verkörperung deuten darauf hin, dass (zumindest bei gesunden Menschen) Gehirnnetzwerke mittels Vorhersage einen Dialog zwischen einander und dem Körper aufrechterhalten und ein einheitliches Selbst hervorrufen, so wie eine Jazz-Performance aus den sich überlappenden Beiträgen mehrerer Spieler*innen entsteht. Selbstsein ist Harmonie, Selbstsein ist Konsens.

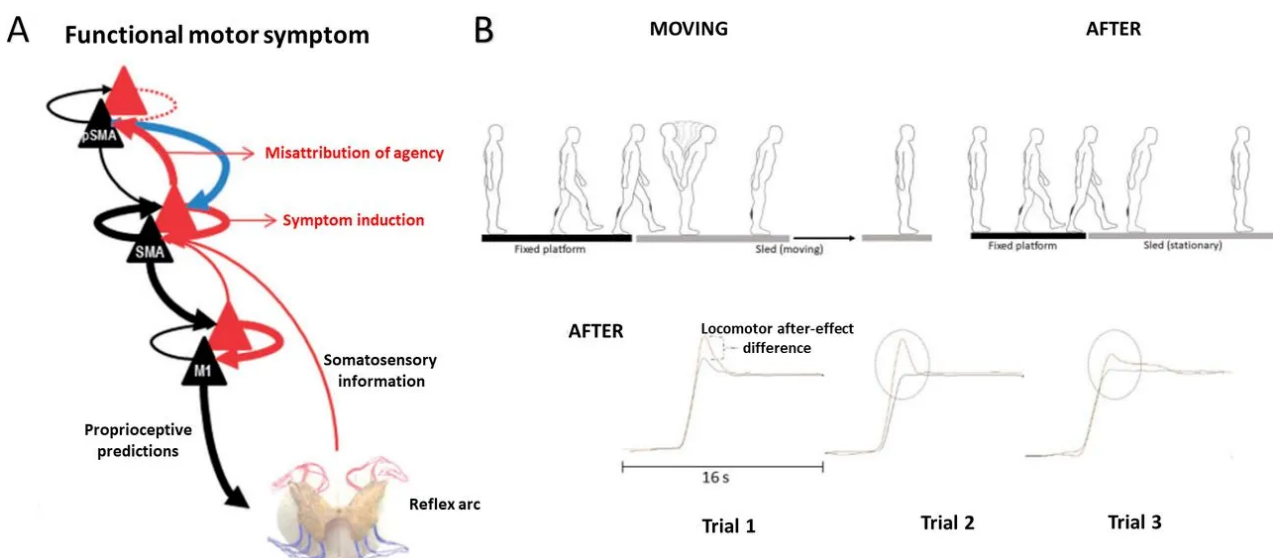
Ebenso wie der hemispatiale Neglect könnte FNS ein tragisches Beispiel dafür sein, was passiert, wenn die Musik falsch läuft. Wenn jemand eine Verletzung hat oder eine akute psychische Krise erlebt, ändern sich die Muster der Gehirnaktivität. In verteidigungsrelevanten Bereichen wie der Amygdala herrscht Alarm. Sie bombardieren die motorischen Systeme des Gehirns mit Signalen und erzeugen Bewegungen, die nicht kontrolliert werden können; Wenn Sie jemals gespürt haben, dass Ihre Hände zitterten, nachdem Sie einem Autounfall nur knapp entgangen sind, haben Sie dies schon einmal erlebt. Die Amygdala verstärkt auch körperliche Gefühle wie Schmerzen. Dies lenkt die Aufmerksamkeit auf den Körper und gibt einer Person die Möglichkeit, sich um die Verletzungen zu kümmern.

Leider fungiert Aufmerksamkeit auch als Signalverstärker im Gehirn – und bei FNS ist das Öl ins Feuer.

Es könnte „jeder Sinnesreiz sein“, sagt Stone. „Schlafparalyse, Migräneaura, einfaches Stolpern auf der Straße. Irgendetwas erregt Ihre Aufmerksamkeit und lässt Sie denken: ‚Da ist etwas schiefgelaufen. Damit habe ich nicht gerechnet.‘ Das reicht aus, um die Dinge ins Rollen und die Software des Gehirns durcheinander zu bringen.“

Mit zunehmender Eskalation der Krise beginnen sich die Vorhersagen des Gehirns zu verschieben. Die unwillkürlichen Bewegungen nehmen zu, und die Person wird sich bewusst, dass sie die Kontrolle über ihren Körper verliert. Angst oder Panik können sich einstellen. Dann kommt der Wendepunkt: Die gewohnten Vorhersagen des Gehirns – seine alten, beständigen Methoden zur Steuerung des Körpers – halten dem Ansturm widersprüchlicher Empfindungen (oder „Vorhersagefehlern“) nicht mehr stand. Das Gehirn gibt sein altes Vorhersageschema auf und erstellt ein neues, das sich an der aktuellen Krisenlage orientiert: Ein Mann liegt in einem Krankenhausbett, sein Arm ist von der Verletzung geheilt, aber er kann ihn immer noch nicht bewegen. Das Gehirn lernt die Verletzung, verinnerlicht sie und reproduziert sie dann, immer und immer wieder.

Dabei handelt es sich streng genommen um einen „psychologischen“ Vorgang. Aber erfasst dieses Wort wirklich die tiefe Körperlichkeit dessen, was Menschen in diesen Momenten erleben, wenn ein Körper, der einst vertraut war, fremd wird? Professor Andy Clark, Neurowissenschaftler an der University of Sussex, [schreibt](#), dass die Dysfunktion von FNS „kybernetisch betrachtet werden kann: als ein Ungleichgewicht in der komplexen inneren Organisation von Evidenz, Inferenz und Kontrolle“. Carson beschreibt den Zustand in ähnlicher Weise als „den Preis für die Funktionsweise unseres Gehirns“. Das Gehirn ist ständig dabei, ein Selbst zu konstruieren, seine Verbindungen zum Körper zu erschaffen und zu erschließen. FNS, sagt er, legt die „Nahtstellen“ dieses Prozesses frei.



A) Ein Modell der hierarchischen Verarbeitung von Vorhersagen bei funktionellen Bewegungsstörungen. „Top-Down“-Vorhersagen werden durch schwarze Pfeile dargestellt, „Bottom-Up“-Vorhersagefehler durch rote Pfeile und der Aufmerksamkeitsfokus (der die Aussagekraft von Vorhersagen auf mittlerer Ebene erhöht) ist der blaue Pfeil. B) Menschen mit FNS zeigen beim Verlassen einer fahrenden Plattform eine längere Aufrechterhaltung des „Broken Escalator“-Phänomens, was Forscher*innen als Beweis dafür werten, dass das

Gehirn sein Vorhersagemodell nicht aktualisiert. Aus "Decade of progress in motor functional neurological disorder: continuing the momentum" von Perez et al., 2021.

Die Erfahrung eines kohärenten körperlichen Selbst entsteht durch "ein neuronales System, das eine Beziehung zwischen unserem Körper, der Welt und unserem bewussten Erleben vermittelt", sagt Dr. Mark Edwards, ein auf FNS spezialisierter Neurologe am St. George's University Hospital. Und „wenn es Systeme gibt, müssen sie auch schief gehen können“, sagt er. „In gewisser Weise wäre es außergewöhnlich, wenn es *keine* funktionellen Symptome gäbe.“ Wenn vielmehr die Systeme, die geistige Absicht und körperliche Reaktion verbinden, **zusammenbrechen**, „würde man genau die Art von Problemen erwarten, von denen Menschen mit funktionellen neurologischen Störungen berichten.“

Ich habe gelernt, wie zerbrechlich diese Verbindungen sein können. Manchmal habe ich das Gefühl, dass meine Gliedmaßen nur lose mit meinem Rumpf verbunden sind, oder dass ich durch die Grenzen meiner Haut hindurchschlüpfe. Manchmal lässt die Qualität meines Sehvermögens nach, als ob es Funkstörungen in meinen Augäpfeln gäbe. Diese Zersplitterung des Selbst ist die entscheidende Erfahrung von FNS: „Ich erzähle den Leuten, dass ich den Fehler in der Matrix sehen kann“, sagt Claudia, die aufgrund der Erkrankung Sehstörungen hat.

Es gibt nun erste Hinweise darauf, welche Rolle Emotionen bei diesem Prozess spielen könnten. Die bei FNS am stärksten involvierten Gehirnbereiche – die Amygdala, die Insula und der anteriore cinguläre Kortex, neben einer Handvoll anderer – werden auch mit Erkrankungen wie Depression, Angststörungen und bipolarer Störung in Verbindung gebracht. Und wenn man Menschen mit FNS zuhört, gibt es kaum Zweifel daran, dass Emotionen eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Symptomen spielen können. Dennoch entzieht sich die Störung weiterhin einfachen emotionalen Erklärungen: Es gibt viele Menschen mit FNS, deren Symptome nicht auf offenkundige Emotionen reagieren, die aber leicht durch sensorische Überstimulation ausgelöst werden, ähnlich dem, was Menschen mit Autismus berichten. Der Grund für diese emotional-sensorische Überschneidung könnte in der Architektur des Gehirns selbst begründet liegen.

Die mit FNS assoziierten Gehirnbereiche sind Teil des *limbischen Systems*, das traditionell als „emotionaler“ Teils des Gehirns gilt. Den Neurowissenschaftler*innen Ian Kleckner und Lisa Feldman Barrett zufolge gibt es jedoch keine **speziellen Emotionsschaltkreise** im Gehirn. Kleckner leitet derzeit ein Labor, das sich mit den Wechselwirkungen zwischen Gehirn und Körper bei der Krebsbekämpfung an der University of Maryland befasst. Barrett, Professorin an der Northeastern University, ist eine **führende Wissenschaftlerin** auf dem Gebiet der Emotionsforschung und gehört zu den 0.1 % der weltweit am häufigsten zitierten Wissenschaftler*innen.

Das soll nicht heißen, dass diese Gehirnetzwerke keine Rolle bei Emotionen spielen (das tun sie), aber die Netzwerke, die Emotionen erzeugen, unterstützen auch eine erstaunliche Vielfalt anderer Funktionen. Sie regulieren die Physiologie des Körpers und verhindern, dass wir erfrieren oder überhitzen. In einem Hirnscanner leuchten die limbischen Areale bei

psychologischen Erfahrungen auf, die von Schmerz und Sucht bis hin zu Gefühlen der Empathie reichen. Sie sind für grundlegende psychologische Funktionen notwendig, etwa um aus einem Tagtraum aufzuwachen und **aufmerksam zuzuhören**, was jemand sagt. Einige Teile, wie die vordere Insula, sind im Grunde genommen ständig „eingeschaltet“.

Vor diesem Hintergrund schreiben Kleckner und Barrett, dass diese limbischen Bereiche besser als Mitglieder eines größeren „Kernsystems“ im Gehirn verstanden werden, das sie als „interozeptives“ Netzwerk bezeichnen. *Interozeption* ist ein körperlicher **Sinn** wie Sehen oder Hören, von dem die meisten Menschen gar nicht wissen, dass sie ihn **haben**. Dr. Sarah Garfinkel, eine Neurowissenschaftlerin am University College London, die sich auf die Erforschung der Interozeption spezialisiert hat, beschreibt diese als die Art und Weise, wie wir „die Innenwelt erleben und wahrnehmen“. Interozeption ist ein *verkörpernder* Prozess; So **spüren** Sie Herzklopfen, Muskelkater oder Hunger. Interozeption ist auch wichtig für die Regulierung des körperlichen Energiehaushalts und die Bewältigung von physiologischem **Stress**. Möglicherweise liefert sie auch die biologische Grundlage für Emotionen: Eine aktuelle Theorie besagt, dass Emotionen im Wesentlichen die Interpretation interozeptiver Signale durch das Gehirn sind, dass „emotionale Gefühlszustände aus physiologischen Veränderungen im **Körper** entstehen“.

In diesen Systemen treffen Emotionen, Gedanken, Wahrnehmung und physiologische Regulierung zusammen – der buchstäbliche **Kern** der Sache. Und für Kleckner und Barrett gibt es einen gemeinsamen Zweck, der den unzähligen Fähigkeiten dieses Systems zugrunde liegt: Überleben. „Positioniert im anatomischen und funktionellen Kern des Nervensystems“, schreiben sie, „reguliert dieses System, was auch immer **es** sonst noch tut – sich erinnern, die Aufmerksamkeit lenken usw. – es reguliert auch die physiologischen Systeme des Körpers.“ Durch die Verknüpfung von Emotionen mit physischen Zuständen, schreiben sie, „löst dieses Netzwerk die künstliche Grenze zwischen Geist und Körper auf“ und „[vereint] geistige und körperliche Erkrankungen“.

Diese komplexen Hirnnetzwerke^[13], in denen emotionale und körperliche Signale (manchmal ununterscheidbar) ineinandergreifen, könnten erklären, warum Menschen sowohl bei körperlichen als auch bei emotionalen Traumata FNS entwickeln: weil sie dieselben Systeme betreffen. „Ich denke, es macht absolut Sinn und passt zu dem, was dieser Schaltkreis macht“, sagt Kleckner. „Diese Gehirnetzwerke reagieren in hohem Maße auf die physischen Anforderungen des Körpers sowie auf psychologische und soziale Ereignisse, die nur einen Schritt von einer körperlichen biologischen Anpassung entfernt sind.“ Durch FNS erfahren wir jetzt mehr darüber, was passiert, wenn diese Netzwerke der Verkörperung auseinanderfallen.

In einer aktuellen **Studie** fanden Koreki und Kolleg*innen heraus, dass Menschen mit funktionellen Anfällen erhebliche Diskrepanzen zwischen verschiedenen Aspekten ihrer interozeptiven Fähigkeiten zur Körperwahrnehmung aufwiesen. In der Studie waren Menschen mit FNS der Meinung, dass sie ihre inneren Empfindungen gut einschätzen können, aber bei entsprechenden Tests schnitten sie schlecht ab. „Derzeit gibt es Hinweise darauf, dass die interozeptive Genauigkeit bei FNS beeinträchtigt sein könnte“, sagt

Garfinkel, eine der Koautor*innen der Studie. „Vielleicht sind sie nicht in der Lage, diese Signale auf dieselbe Weise zu erkennen und zu nutzen.“

Und es könnte sehr wichtig sein, mit dem eigenen Körper im Einklang zu sein. "Wenn dies gestört ist, kann das mit einem höheren Grad an Dissoziation korrelieren", sagt sie. In der Studie sagten diese Diskrepanzen sowohl die Häufigkeit von Anfällen als auch die allgemeine Neigung zur Dissoziation voraus. "Wenn man anfängt, bei interozeptiven Signalen Zunahmen und Abnahmen und Lücken festzustellen", sagt sie, "kann das möglicherweise Folgen für die Symptome haben."

Es gibt erste Anzeichen dafür, dass die Verknüpfung von Geist und Körper erhebliche Implikationen für die Behandlung haben könnte. Dr. Aaron Fobian, ein Psychiater an der University of Alabama, verfolgte kürzlich in einer [Pilotstudie](#) an Kindern mit funktionellen Anfällen einen körperorientierten Ansatz. Anstatt zu versuchen, das (potenzielle) emotionale Trauma jedes Kindes zu heilen, in der Hoffnung, dass sich die FNS bessern würde, beschloss er, direkt auf die Symptome einzugehen. Die Behandlung konzentrierte sich darauf, Kindern beizubringen, ihre Körpersignale neu zu interpretieren und Bewegungen zu üben, die dem Auftreten von Anfällen entgegenwirken (eine Methode, die von vergleichbaren Techniken zur [Behandlung](#) des Tourette-Syndroms inspiriert wurde). Die Ergebnisse waren so erfolgreich, dass der Statistiker der Universität die Studie vorzeitig beendete: 100 % der Patient*innen waren nach einer Woche anfallsfrei, 82 % auch noch zwei Monate später.

Ich möchte die Ergebnisse nicht überbewerten: Diese Studien sind klein, und sie müssen repliziert werden. Aber auch anderswo finden Forscher*innen, die Geist-Körper-Ansätze verwenden, Wege zum Erfolg. [Physiotherapie](#) hat sich als wirksame Behandlungsmethode bei funktionellen Bewegungsstörungen etabliert und ermöglicht Menschen, die zuvor gelähmt waren, wieder die Fähigkeit zum [Gehen](#). Kognitive Verhaltenstherapie kann ebenso hilfreich sein, um bei manchen Menschen sowohl die Symptome als auch die emotionalen Belastungen im Umgang mit der Erkrankung zu lindern. Und die nächste Generation von Behandlungen steht möglicherweise schon vor der Tür: An der Stanford University testet die Neuropsychiaterin Dr. Kim Bullock eine Form der Spiegeltherapie in der [virtuellen Realität](#), die ihrer Meinung nach „sowohl als Instrument zur Desensibilisierung von FNS-Patient*innen gegenüber ihren Auslösern als auch als mögliches [Mittel zur] sensomotorischen Umprogrammierung“ dienen kann. Im Wesentlichen verwendet das Programm also eine Computersimulation der Realität, um das biologische Gehirn neu zu programmieren.

Die verborgene Tür

Ich gehöre zur ersten Generation von Patient*innen, die von dieser neuen Forschung profitieren. Sechs Monate nach der Diagnose durch das NIH-Team in Bethesda begann ich meine Behandlung im Massachusetts General Hospital, wo der Neuropsychiater Dr. David Perez die größte amerikanische FNS-Behandlungsklinik leitet. Hier gibt es traditionelle medizinische Praxen, aber auch Räume, die eher wie ein *Planet Fitness* aussehen, voller Yogabälle, Trainingsgeräte und gepolsterter Fußmatten. Hier half mir Perez, die Störung zu verstehen, und stellte mich einem Team aus Physiotherapeut*innen und Ergotherapeut*innen

vor. Er erläuterte mir die Optionen: Bewegungstraining, kognitive Verhaltenstherapie, „sensorische Diäten“ zur Bewältigung überwältigender Reize. Auf seinen Rat hin habe ich alle drei ausprobiert.

Ich bin froh, dass niemand behauptet hat, es würde einfach werden. Selbst als ich die Therapien durchlief, entwickelten sich bei mir neue Symptome, darunter ein anhaltender Tinnitus, der noch heute in meinen Ohren tönt. Glücklicherweise hat sich der Aufwand dennoch gelohnt. Als ich eines Tages mit [Bodyscan](#)-Techniken experimentierte, stieß ich auf eine Methode, die mir dabei half, die Kontrolle wiederzugewinnen. Ich hatte den größten Teil des Tages im Bett gelegen und unter stechenden Rückenschmerzen gelitten, als ich bemerkte, dass sich meine Schultermuskeln unmerklich bewegten, ähnlich wie man sich anspannen würde, um eine Tür aufzustoßen, die zugefroren ist. Es waren winzige Bewegungen, für das bloße Auge fast unsichtbar, aber ich fragte mich, ob sie vielleicht in irgendeiner Weise mit den Schmerzen zusammenhängen.

Da tauchte das Bild auf, wie meine Schulter gegen eine gefrorene Tür stößt. Ich dachte: *Das ist eine Schutzreaktion. Mein Körper versucht, mich auf etwas vorzubereiten.* Ich experimentierte ein wenig und stellte fest, dass ich zwar die Muskeln nicht direkt kontrollieren, aber meinen Geist aus seiner defensiven Verkrampfung in etwas Offeneres und Fließenderes überführen konnte – so wie man einen Aufprall akzeptiert und sogar begrüßt, wenn man ihn vorher geplant hat, so wie man überschwänglich auf einen Boxsack einprügelt. Als ich dies tat, entspannten sich die Muskeln, und der Schmerz verschwand. Es fühlte sich an wie die Szene in *Die Braut des Prinzen*, in der Inigo Montoya den Durchgang zu einem versteckten Labor entdeckt, indem er sich an einen Baum lehnt.

Eine Tür nach der anderen öffnete sich. Es brauchte Zeit und viele Fehlversuche, aber meine Symptome begannen sich zu stabilisieren und dann zurückzubilden. Ich konnte länger gehen, konsequenter arbeiten und spürte weniger Schmerzen. Wenn eine Gliedmaße zu zucken begann, lenkte ich meine Aufmerksamkeit von ihr ab, beschäftigte mich mit anderen Bewegungen oder linderte meine Schmerzen mit tiefen Atemzügen. Ich kam wieder ins Gleichgewicht mit meinem Körper: 2018 hatte ich über 150 Tage Kopfschmerzen und war mehrmals im Krankenhaus. 2019 hatte ich drei Tage Kopfschmerzen und erholte mich zu Hause auf der Couch. Als sich die Gewitterwolken der Schmerzen und körperlichen Belastungen verzogen, begann ich, selbst banale Erlebnisse mehr zu genießen. Als ich zum ersten Mal eine ganze Spüle voll Geschirr abspülen konnte, ohne zu verkrampfen, war ich so ausgelassen, dass ich mich wie im Rausch fühlte.

Einen Körper bekommen

In der Zwischenzeit hat die noch junge Gemeinschaft der FNS-Aktivist*innen eine noch unwahrscheinlichere Wandlung durchgemacht. Die so genannten „Hysteriker*innen“ von früher hatten fast keine Macht; sie wurden medizinisch und sozial so behandelt, wie auch immer es die Gesellschaft für richtig hielt. Sie hatten keine Plattform, von der aus sie sprechen konnten, und tatsächlich wurde ihnen oft gesagt, sie selbst seien die *Ursache* ihrer Behinderung.

Aber auch das hat begonnen, sich zu verändern. Menschen mit FNS haben sich Internetplattformen zunutze gemacht, um unsere Geschichten zu erzählen und sich für Behindertengerechtigkeit einzusetzen. Meg, die unter funktionellen Anfällen und Gedächtnisverlust leidet, zeigt ihren 850.000 Follower*innen auf TikTok unverblünte Aufnahmen vom Leben mit FNS. Andere diskutieren über ihre Erfahrungen mit Stigmatisierung, ihre eigenen Strategien zur Genesung oder ihr sich entwickelndes Verständnis darüber, wie sich FNS im Körper manifestiert. Wenn man diesen Stimmen zuhört, sieht man unweigerlich, wie die „hysterischen“ Stereotypen verschwinden und durch die vertrauten Gesichter ersetzt werden – Lokalnachrichtensprecher*in, Kunststudent*in, hingebungsvolles Elternteil –, die Menschen mit funktionellen Störungen schon immer waren.



Gesichter der FNS-Community: Robin Letellier, links, Tom Plender, Mitte, und Cait Ruth Lawrence, rechts. Alle sind aktiv daran beteiligt, das Bewusstsein für die Krankheit zu stärken und sich für die Rechte von Menschen mit Behinderungen einzusetzen.

Ob dies zu einer dauerhaften gesellschaftlichen Akzeptanz führen wird, bleibt abzuwarten. Ist unsere Gesellschaft bereit, ein reiferes Verständnis von Gehirn-Körper-Krankheiten zu akzeptieren? Sind wir bereit, die Erfahrungen von Menschen mit FNS in ihrer ganzen Tragweite und Komplexität zu würdigen?

Stone sieht Grund zur Hoffnung. „Es ist interessant, wie schnell sich die Dinge ändern können, wenn die Gesellschaft ihre Vorhersagen ändert“, sagt er. „Ist die Gesellschaft bereit, über funktionelle Störungen nachzudenken? Ich denke, sie könnte es sein. Die Einstellung zur psychischen Gesundheit ändert sich recht schnell, und wir haben gesehen, wie sich die Einstellung zu anderen Krankheiten wie Autismus geändert hat. Ich bleibe also optimistisch.“

Als ich begann, diesen Artikel zu schreiben, hatte ich noch mit Scham über meine FNS zu kämpfen. Schon früh gab mir jemand, der mir nahestand, einen Vorgeschmack auf die vorherrschende Einstellung gegenüber der Erkrankung: Ich sei ein „verdammter

Hypochonder“^[14]. Es gibt unzählige ähnliche Geschichten von Menschen mit FNS, die so behandelt werden, als ob sie selbst die Schuld an ihrer Krankheit hätten.

Vielleicht wusste ich in gewisser Weise, dass die Diagnose „Konversionsstörung“ genau das bedeuten würde. Vielleicht fühlte ich mich deshalb von tiefer Scham überwältigt, als ich die Diagnose erhielt. Ich fürchtete, dass meine Freund*innen denken würden, ich würde etwas vortäuschen oder übertreiben. Vielleicht, so dachte ich, würden sie denken, dass ich einfach nicht mit Stress umgehen kann. Vielleicht würden sie denken, es gäbe eigentlich gar keine Krankheit, sondern nur eine ausgeklügelte Selbsttäuschung. Ich befürchtete, dass sie mich nicht mehr als wirklich behindert ansehen würden, sondern nur als *durchgeknallt*.

Aber die Gespräche mit anderen FNS-Betroffenen halfen mir zu verstehen, dass diese Gefühle weit verbreitet sind und ich sie nicht allein tragen muss. Sie haben mich inspiriert, die Geschichte von FNS von Anfang an zu ergründen und mich den Menschen in meinem Leben zu öffnen. Und das tat ich: Ich erzählte meinen Freund*innen und Bekannten, was ich beim Stöbern in verstaubten Bibliotheken gefunden hatte, befragte Forscher*innen und sprach mit den hier zitierten Personen. Ich erzählte ihnen, wie es sich anfühlte, dass ich meine Gliedmaßen nicht mehr bewegen konnte, und wie schmerzhaft es war, dass ich niemandem einen Grund dafür nennen konnte. Und trotz meiner Angst taten diejenigen, die sahen, wie ich die Kontrolle über meinen Körper verlor, was ich am meisten brauchte: Sie glaubten mir. Einige erzählten von ihren eigenen Kämpfen mit Angstzuständen und chronischen Schmerzen. Niemand sagte mir, ich sei nicht wirklich krank. Niemand sagte mir, ich würde nicht wirklich leiden.

Die Zeit in der Welt der FNS hat mir auch geholfen, einen neuen Blick auf meine eigene Geschichte zu werfen. Als ich an einer Forschungsstudie zu diesen berüchtigten „belastenden Lebensereignissen“ teilnahm, wurde mir klar, dass das, was ich für typische Erfahrungen gehalten hatte, vielleicht gar keine waren. Meine Kindheit war zwar von sehr starken familiären Bindungen geprägt und in vielerlei Hinsicht privilegiert, aber sie war auch von starkem Mobbing überschattet. Ich war oft in Auseinandersetzungen verwickelt und kämpfte in meinen Teenagerjahren mit Depressionen und Angstzuständen. Als Erwachsener sah ich, wie ein Fremder Selbstmord beging, und einige Male entkam ich nur knapp der Gefahr, erschossen zu werden. Diese Dinge sind reine Tatsachen – und doch lagen zwischen ihnen lange Jahre, in denen ich mal glücklich, mal unglücklich war, und oft etwas dazwischen. Die Wahrheit ist, dass es mir in meinem Erwachsenenleben vor FNS meistens gut ging. Aber ich habe auch erkannt, wie weit in der Vergangenheit liegende Ereignisse – die zum Teil Jahre oder Jahrzehnte zurücklagen – die Voraussetzungen für die anschließende Verwüstung schaffen konnten. Bei jeder Erfahrung feuern die Neuronen, werden Chemikalien freigesetzt, verzweigen sich die Dendriten: Alles hinterlässt einen Abdruck im Gehirn.

Meine Genesung ist noch nicht abgeschlossen. Jeden Tag stoße ich an eine Grenze, die mein Körper noch nicht überwinden kann. Es gibt immer noch Dinge, nach denen ich mich sehne, die ich aber nicht tun kann, wie eine lange Wanderung im Wald. Die Symptome kehren zurück, wenn ich krank werde, und verwandeln eine Erkältung in etwas Schlimmeres. Ich bin nicht „geheilt“ und werde es vielleicht auch nie sein. Aber ich habe mich trotzdem

weiterentwickelt. Ich bin stärker und fühle mich in mir selbst geerdet. Und ich habe erkannt, dass ich keinen perfekten Körper haben muss, um einen guten Körper zu haben.

Und dann ist da dieses neue Gefühl. Ich habe ein wenig von der Magie gesehen, die am Werk ist, von den subtilen Verbindungen, die Körper und Geist verbinden – ja, die mich hervorbringen – und ich bin voller Erstaunen. Was für ein Geschenk, von dieser seltsamen Vorhersagemaschine erschaffen zu werden und diese zu sein! Das ist es, was mir FNS mit all ihren fehlerhaften Gebärden letztendlich offenbarte: Die „Nahtstellen“ meiner Welt freilegend, hob sie auch ihre erstaunliche Beschaffenheit hervor.

Wäre da nicht mein zugegebenermaßen defektes Gehirn, würde ich niemals die weichen Lippen geliebter Menschen spüren, oder den angenehmen Ruck in meinen Knochen, wenn der Zug anfährt, oder die Brise durch das Laub am Morgen. Und manchmal gibt es Momente erstaunlicher Normalität, in denen ich keine Schmerzen oder Aussetzer habe und ich einen plötzlichen Anflug von Ekstase verspüre, der wie Gold in meinem Blut ist.

War das alles echt oder eine Simulation? Sollen wir sagen, beides? Mein Gehirn hat es vorhergesagt, und irgendwie ist es so gekommen. Es brachte mir Leid und Verzweiflung, lange Nächte im Krankenhaus, das Gefühl, aus meinem Körper geschleudert zu werden wie ein Beifahrer durch eine Windschutzscheibe. Aber dann auch: die warme Dämmerung, die im Sommer stundenlang anhält, der jenseitige Chor der Frösche in der Ferne, das Bersten von Erdbeeren wie ein Feuerwerk auf meiner Zunge. Vielleicht habe ich etwas die Kontrolle über meine Halluzination verloren. Ich frage: Sollte ich undankbar sein? Jeder Moment, den ich lebe, jeder Geschmack und jede Textur und jeder Herzschlag und jedes Summen, jeder Kuss und jede Heimkehr, jede Nacht in den Armen der Menschen, den ich liebe – all das erhalte ich durch das hier.

Wenn das keine Magie ist, sagen Sie mir, was sonst.

Endnotizen

Eine vollständige Liste der historischen, wissenschaftlichen und sozialen Werke, die die Forschungsgrundlage dieses Artikels bildeten, finden Sie unter [Cadenza for Fractured Consciousness: The Bibliography](#).

-
1. Die Namen einiger Menschen mit FNS wurden geändert, um ihre medizinische Privatsphäre zu schützen. ↩
 2. Heute bevorzugen die meisten Betroffenen den Begriff „FNS“. Viele halten "Hysterie" für eine Verharmlosung des tatsächlichen Leidens. Ich verwende den Begriff hier nur, um hervorzuheben, wie medizinische Beobachter*innen versucht haben, diese besondere Gruppe von Symptomen im Laufe der Zeit zu konzeptualisieren, und welche sozialen Konsequenzen sich daraus ergaben. ↩

3. Eine Klarstellung zu diesem Absatz im Hinblick auf Feedback nach der Veröffentlichung: Erstens: „Wie kann eine einzelne Erkrankung sowohl durch [COVID-19](#) als auch durch seinen [Impfstoff](#) ausgelöst werden?“ bezieht sich auf FNS, nicht auf Long-COVID oder Impfschäden wie das Guillain-Barré-Syndrom.

Damit soll nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass Long COVID gleichbedeutend mit FNS ist, sondern vielmehr (wie in den folgenden Abschnitten erläutert), dass FNS durch viele Arten von körperlichen Störfaktoren ausgelöst werden kann, darunter Verletzungen, Operationen, Traumata und Viruserkrankungen – und dass hochrangige, multifunktionale Gehirnnetzwerke einen Knotenpunkt darstellen können, an dem Phänomene, die in der Medizin traditionell entweder als "physisch" oder "psychisch" beschrieben werden, gemeinsam die Gehirnfunktion zum Nachteil der Gesundheit verändern können. Dieser Artikel befasst sich nicht speziell mit Long-COVID, außer um eine einzelne Studie zu zitieren, in der es heißt, dass „funktionelle Symptome mit den Long-COVID-Symptomen koexistieren und sich durch gezielte Interventionen bessern können“.

Auch geht es in diesem Artikel nicht um Impfschäden – d.h. immunvermittelte neurologische Schäden –, sondern es wird auf eine Studie verwiesen, in der zwei Personen nach einer Impfung an FNS erkrankten (eine Erkrankung mit einer anderen Pathophysiologie als Erkrankungen wie das Guillain-Barré-Syndrom).

Das Zitat von Tim Nicholson lautet wie folgt: „Auf Twitter und in YouTube-Kommentaren tobt die Debatte: ‚Entweder ist es real – physisch – oder es ist gefälscht‘; aber es ist keines dieser Dinge“, sagt Dr. Tim Nicholson, Psychiater am King’s College London. „Es ist funktionell. Es ist etwas ganz anderes. Es gibt noch eine dritte Option.“

Hier zwei Klarstellungspunkte. Erstens bezog sich Nicholson in diesem Zitat ausschließlich auf FNS. Mein Interview mit ihm wurde am 13. Juni 2019 geführt, mehrere Monate bevor die ersten Fälle von COVID-19 gemeldet wurden. Aus diesem Grund konnte er sich zu diesem Zeitpunkt nicht auf COVID-19 bezogen haben, da keiner von uns wusste, dass es existierte.

Zweitens verstand ich Nicholsons Charakterisierung von "real, physisch" und "vorgetäuscht" als Verweis auf die landläufige Meinung, dass alle physischen Krankheiten – alle Krankheiten, die den Körper betreffen – auf traditionelle Krankheitsprozesse wie Parkinson und MS zurückzuführen sein müssen. Was sollte es denn sonst sein?, fragt der Interviewer. Auf der Gegenseite sehen andere (einschließlich einiger Ärzt*innen, die es besser wissen sollten) ungewöhnliche Symptome in YouTube-Videos von Menschen mit FNS und erklären sie für „unecht“. Nicholson will damit sagen, dass FNS eine „dritte Option“ ist – eine Störung, die sowohl neurologische als auch psychologische Dimensionen hat, die auf intrinsische Eigenschaften des Gehirns zurückzuführen ist, die zu echten und oft schweren Behinderungen führt, sich aber dennoch kategorisch von Krankheiten wie Parkinson unterscheidet. Nicholson hat sich bereit erklärt, für diesen Artikel interviewt zu werden, aber letztlich sind alle Unzulänglichkeiten in der Formulierung allein meine Verantwortung. Ich hoffe, dass sich die Leser*innen mit dem gesamten Artikel auseinandersetzen, der vermitteln soll, dass ich glaube, dass FNS sehr real ist, dass es eine Biologie gibt, die sowohl für die Behandlung von FNS als auch für das Verständnis des Gehirns im Allgemeinen von Bedeutung ist, und dass es mein Leben und das Leben vieler Menschen auf tiefgreifende Weise beeinflusst hat. ↩

4. Zitiert in Micale, „On the ‚Disappearance‘ of Hysteria: A Study in the Clinical Deconstruction of a Diagnosis“, 1993 ↩
5. Siehe Briquet, P. (1859). „Traité Clinique et Thérapeutique de L’hystérie“ ↩
6. Siehe Micale, M. (2008) „Hysterical Men“, S. 259 ↩
7. Einige Wissenschaftler*innen [stellten Slaters Schlussfolgerungen später überzeugend in Frage](#), aber damals setzte sich Slaters Ansicht durch. Angesichts des Aufkommens der funktionellen Bildgebung, ausgefeilterer statistischer Techniken und Fortschritte in der klinischen Untersuchung sind sich neurologische Expert*innen in den USA, Großbritannien und Kanada heute einig, dass FNS durchaus real ist. ↩
8. In einem spektakulären akademischen Betrugsfall (erst kürzlich [aufgedeckt](#)) charakterisierte die Historikerin Rachel Maines Hysterie fälschlicherweise als eine Form [sexueller Unterdrückung](#), die

Ärzt*innen mit Vibratoren behandelten. Eine solche Behauptung hätte möglicherweise Empörung ausgelöst, wenn sie sich beispielsweise an Menschen mit Zerebralparese gerichtet hätte, aber zum Glück für Maines schien es keine Hysteriker*innen mehr zu geben, die man beleidigen könnte. ↩

9. Das steht im Einklang mit der Art und Weise, wie manche Ärzt*innen über uns sprechen, wenn sie denken, dass niemand hinschaut. In einem [satirischen Medizinblog](#) zeigt der pseudonyme „Dr. „Slicy“ eine fiktive FNS-Patientin, die eine Krankheit vortäuscht und absichtlich uriniert, um Aufmerksamkeit zu erregen. "Doktor Weeeeeeeise, ich habe gerade wirklich einen Anfallllll, kommnnen Sie und seeeehen Sie!" ↩
10. Und dies trotz der Bemühungen von Persönlichkeiten wie Charcot, zu betonen, dass Hysterie nicht von Natur aus weiblich sei. Unter Berufung auf die männlichen Stereotypen seiner Zeit schrieb er: „Dass ein starker und vitaler Arbeiter, zum Beispiel ein Eisenbahningenieur, der vollständig in die Gesellschaft integriert ist und noch nie zuvor zu emotionaler Instabilität neigte, hysterisch werden sollte – so wie es eine Frau tun könnte –“ das scheint jenseits aller Vorstellungskraft zu liegen. Und doch ist es eine Tatsache – eine, an die wir uns gewöhnen müssen.“ ↩
11. Das heißt, sie haben eine funktionelle Störung erlitten, die auf einen ihrer Persönlichkeitszustände begrenzt ist. ↩
12. Stone und Carson befürworteten außerdem eine Abkehr von der Bezeichnung „Konversionsstörung“, wie FNS im späten 20. Jahrhundert genannt wurde, hin zu „Funktioneller Neurologischer Störung“ – ein neutralerer Begriff, der eine Funktionsstörung des Gehirns anerkennt, ohne notwendigerweise einen emotionalen „Konversionsprozess“ à la Freud zu unterstellen. Diese Änderung wurde teilweise in den DSM-V-Klassifizierungsleitfaden von 2013 übernommen, eine vollständige Abkehr von der Terminologie der „Konversion“ im DSM bleibt jedoch unvollständig. ↩
13. Das von Kleckner und Barrett beschriebene „Interozeptive Netzwerk“ (IN) umfasst zwei weithin anerkannte Gehirnetzwerke: das Default Mode Network (DMN) und das Salience Network (SN). Auch wenn nicht alle Wissenschaftler*innen der Meinung sind, dass die Zusammenfassung dieser Netzwerke, wie Kleckner und Barrett vorschlagen, der effektivste Weg ist, um ihre Funktion zu verstehen, ist die Evidenzbasis für die einzelnen Funktionen des DMN und des SN sowie für ihre Beziehung zueinander enorm. Kleckner und Barrett stützten sich auf diese Forschungsergebnisse und argumentierten, dass „Allostase“, d.h. die prädiktive Reaktion des Körpers auf eine Herausforderung, die notwendige, zentrale Konstante ist, die den zahlreichen anderen Funktionen des IN zugrunde liegt. Es geht darum, den Körper immer am Leben zu halten – und ohnehin ist es schwierig, Emotionen oder Erinnerungen zu erleben, wenn man tot ist. ↩
14. Anmerkung der Übersetzerin: Auch Hypochondrie ist eine psychische Erkrankung, an der die Betroffenen keine Schuld tragen. Aussagen wie diese belegen die ableistischen Vorurteile, die nicht nur im Hinblick auf FNS, sondern auf psychische Störungen nach wie vor prävalent sind. ↩