

Christian Algermissen und Nina Rösser

Vom Krankheitsbild der Hysterie zum evidenzbasierten Behandlungsansatz: Affektive Kognitiv-Behaviorale Therapie (ACBT) von somatoformen Störungen und Somatisierungsstörungen

From the diagnosis of hysteria to an evidence-based treatment approach
Affective cognitive-behavioral therapy (ACBT) of somatoform disorders and somatization disorders

Ausgehend von der Begriffsgeschichte der „Hysterie“ wird die Gruppe der somatoformen Störungen im historischen Kontext beschrieben und die Affektive Kognitiv-Behaviorale Therapie (ACBT) als zeitgemäßer, moderner und ausgeprägt integrativer Therapieansatz mit Gültigkeit für die gesamte Gruppe der somatoformen Störungen charakterisiert. Begründet in einem spezifischen und vielschichtigen Störungsmodell werden das Grundprinzip, die Behandlungsstrategie und die wesentlichen therapeutischen Interventionen der ACBT dargestellt. Da es sich um eine große und kostenintensive Gruppe von Patienten mit Relevanz für die verschiedensten medizinischen Fachgebiete handelt, sind die Wirksamkeitsbelege für die ACBT bei der Behandlung von Somatisierungsstörungen von besonderer Bedeutung. Eine Kombination von Kognitiver Verhaltenstherapie mit einem Fokus auf den Affekt und erfahrungsorientierte therapeutische Techniken erweist sich als erfolgversprechend und ist bei der Behandlung von somatoformen Störungen möglicherweise besser wirksam als die Kognitive Verhaltenstherapie allein.

Schlüsselwörter

ACBT – Affektive Kognitiv-Behaviorale Therapie – Affektregulation – Alexithymie – Briquet-Syndrom – Dissoziation – Emotion – funktionelle somatische Syndrome – Hysterie – Kognitive Verhaltenstherapie – Konversion – Krankenrolle – repressiver Bewältigungsstil – Somatisierung – somatoforme Störungen – Somatisierungsstörung – somatische Belastungsstörung – somatosensorische Amplifikation – Stress

The group of somatoform disorders is described referring to the conceptual history of „hysteria“. Affective cognitive-behavioral therapy (ACBT) is characterized as a contemporary, modern, and distinctly integrative therapy approach applying to the whole group of somatoform disorders. Treatment strategy and essential therapeutic interventions of ACBT are presented as founded in a specific and complex model of somatization. Since this approach concerns a major group of expensive patients with relevance to different medical subjects, the evidence for ACBT in the treatment of somatization disorders is of

high interest. A combination of affect-focused cognitive-behavioral therapy and experience-based therapeutic techniques proves to be promising and may be even more effective in the treatment of somatoform disorders than cognitive-behavioral therapy alone.

Keywords

ACBT – Affective Cognitive-Behavioral Therapy – affect regulation – alexithymia – briquet’s syndrome – cognitive behavior therapy – conversion - dissociation – emotion – functional somatic syndrome – hysteria – sick role – repressive coping – somatization – somatoform disorders – somatization disorder – Somatic Symptom Disorder – somatosensory amplification – stress

Einführung

Die Gruppe der somatoformen Störungen befindet sich an einer Schnittstelle zwischen Organmedizin einerseits und Psychiatrie und Psychologie andererseits. Sie stellt für die heutige Medizin genauso wie in früheren Jahrhunderten unter der Krankheitsbezeichnung „Hysterie“ eine besondere therapeutische Herausforderung dar. Die Beschreibung dieser Störungsgruppe ist nicht einfach und setzt aufgrund einer verwirrenden Vielfalt in der Terminologie eine ungewohnte medizingeschichtliche Perspektive und Auseinandersetzung mit der Begriffsgeschichte der „Hysterie“ voraus. Mit der Affektiven Kognitiv-Behavioralen Therapie (ACBT) nach *Woolfolk & Allen* (2007, dt. 2013) steht erstmals eine moderne, wissenschaftlich gut validierte und integrativ-verhaltenstherapeutische Behandlungsstrategie für die gesamte Gruppe der somatoformen Störungen zur Verfügung. In diesem Artikel sollen die wesentlichen Therapieprinzipien der ACBT verständlich gemacht und an einigen Beispielen erläutert werden.

Eine kurze Begriffsgeschichte

Vom Krankheitsbild der „Hysterie“ zu den Konversions-, dissoziativen und somatoformen Störungen

Der altertümliche Begriff Hysterie (= das Herumwandern der Gebärmutter) bezeichnete in der altägyptischen Antike und später bei *Hippokrates von Kos* (ca. 460-370 v. Chr.) ein Frauenleiden mit multiplen körperlichen Symptomen, das gehäuft bei unerfülltem Kinderwunsch aufzutreten schien. Zweifel an dieser „Uterustheorie“ als somatisches Erklärungsmodell für bestimmte körperliche Phänomene, für die ein Zusammenhang mit seelischen Vorgängen erkannt worden war, traten erst in der Renaissance und mit dem Beginn der Aufklärung im 17. Jahrhundert auf. Im Jahr 1682 formulierte Thomas Sydenham (1624-1689) erstmals Hypothesen zur psychischen Genese der Hysterie.

Die Anfänge einer modernen Wissenschaft zur Hysterie werden jedoch in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gesehen und sind wesentlich mit den Wissenschaftlern *Jean Martin Charcot* (1825-1893), *Sigmund Freud* (1856-1939) und *Paul Briquet* (1796-1881) verbunden. In Zusammenarbeit von Freud mit dem Internisten *Joseph Breuer* (1842-1925) entstanden 1895 die „Studien zur Hysterie“. Die wichtigste Erkenntnis lag in der Beobachtung Breuers an seiner Patientin „Fräulein Anna O.“, dass hysterische Körpersymptome

verschwanden, sobald es gelang, die entsprechenden in das „Unbewusste“ verdrängten traumatischen Erfahrungen und insbesondere die dazugehörigen Affekte in Erinnerung zu bringen. Mit den *Studien zur Hysterie* konnten Freud und Breuer erstmals biographische Sinnzusammenhänge hysterischer Körpersymptome überzeugend darstellen. Später entwickelte Freud dieses Konzept weiter und führte den Begriff der **Konversion** ein. Im Jahr 1894 schrieb Freud: „Bei der Hysterie erfolgt die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch, dass deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird, wofür ich den Namen Konversion vorschlagen möchte.“ Mit diesen Erkenntnissen kamen Freud und Breuer zu einem grundlegend neuen Verständnis der Hysterie. Dies bestimmte die Entwicklung der psychoanalytischen Störungstheorie maßgeblich mit.

Parallel zur Freud'schen Theorie der Hysterie beschrieb Pierre Janet (1859-1947) das Konzept der **Dissoziation** und konnte damit einen plausiblen Zusammenhang zwischen traumatischen Erinnerungen und bestimmten hysterischen Phänomenen *höherer* ZNS-Funktionen herstellen. Als grundlegenden Pathomechanismus der Dissoziation sah er eine „Psychasthenie“ an, d. h. eine Störung in der Integration bestimmter mentaler Funktionen wie der Erinnerungsfähigkeit, Wahrnehmung oder Willensbildung (P. Janet, 1889).

Der Begriff der *Somatisierung* steht dahingegen in der Tradition einer deskriptiven Psychopathologie. Auf der Grundlage einer überaus akribischen Verlaufsbeobachtung über einen Zeitraum von 10 Jahren hatte Paul Briquet (1859) die Symptomatologie von etwa 430 Patienten mit Hysterie im Pariser Hôpital de la Charité aufgelistet und geordnet. Erstmals wurde es dadurch möglich, besonders typische „hysterische“ Symptome zu charakterisieren. Briquet konnte nachweisen, dass sich die Symptomatik meist schon in der Kindheit und Jugendzeit entwickelte und häufig lebenslang andauerte. Die Patienten wurden als emotional labil beschrieben. Gleichzeitig aber wurde erkennbar, dass sich ein hysterisches Syndrom mit einem Vorwiegen von Körpersymptomen deskriptiv gut von den ebenfalls als hysterisch bezeichneten Persönlichkeitszügen abgrenzen ließ. Diese Beobachtung führte später und durch Rangell (1959) umfassend empirisch bestätigt zu einer Dichotomisierung der Hysterie in die Somatisierungsstörung als Erscheinungsform mit multiplen Körpersymptomen und andererseits in die histrionische Persönlichkeitsstörung [vgl. DSM-II/III (1980), ICD-10 (1993)].

Unsere derzeitige Auffassung der Somatisierungsstörung geht direkt auf die Arbeiten von Briquet zurück. In den 1950er Jahren wurde Briquets deskriptiver Ansatz zur Konzeptualisierung der Hysterie wieder aufgenommen und führte nach umfangreichen statistischen Analysen von hysterischen Körpersymptomen zur Entwicklung der *St. Louis-Kriterien* durch eine Arbeitsgruppe von Perley & Guze (1962). Damit wurden erstmals spezifische Diagnosekriterien für das Krankheitsbild der Hysterie vorgeschlagen. Nach einer Revision im Jahr 1972 definierten diese Kriterien ein *Briquet-Syndrom*, das diagnostiziert werden konnte, wenn mindestens 25 Symptome einer vorgegebenen Liste von 59 häufigen Symptomen der Hysterie vorlagen, die zudem 9 von 10 verschiedene Organsysteme betreffen und medizinisch nicht erklärbar sein mussten. Die Symptomatik des Briquet-Syndroms musste vor dem 30. Lebensjahr begonnen haben und einen chronischen Verlauf aufweisen. Die klinische Stabilität dieses Störungskonzeptes konnte in Nachfolgestudien gut belegt werden. Dies war ein wesentlicher Grund dafür, dass die Kriterien des Briquet-Syndroms bei Einführung der dritten Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III; APA, 1980) als Vorlage für die neue eigenständige Kategorie der **Somatiformen Störungen** und dem Prototyp dieser Störungsgruppe, der **Somatisierungsstörung**,

dienten. Bereits im DSM-III wurde der neutrale Begriff „**Somatisierung**“ anstatt der herkömmlichen Terminologie verwendet, in gleicher Weise in der ICD-10 der World Health Organization (WHO, 1993). Im DSM-IV (APA, 1994) wurde die Symptomliste zur operationalisierten Diagnosestellung auf der Grundlage weiterer Datenanalysen und Feldstudien auf 33 Symptome gekürzt. Im DSM-5 (APA, 2013) werden die Symptomlisten aufgegeben, jedoch erstmals psychologische Kriterien (B-Kriterium) und die Störungsbezeichnung „Somatische Belastungsstörung“ eingeführt. Das Wort „Hysterie“ erscheint in den modernen Klassifikationssystemen nicht mehr.

Der Krankheitsbegriff der Hysterie als Bezeichnung für die älteste psychische Störung der Medizingeschichte wurde dementsprechend durch verschiedene moderne Störungskonzepte ersetzt. Die *histrionische Persönlichkeitsstörung* kann unabhängig als andauerndes Verhaltensmuster mit einer auffallend exzessiven Emotionalität und einem übermäßigen Verlangen nach Aufmerksamkeit klassifiziert werden. Die *Konversionsstörung* beschreibt ein mono- bzw. oligosymptomatisches Syndrom, bei dem ein Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren und dem Körpersymptom anzunehmen ist, „da Konflikte oder andere Belastungsfaktoren dem Beginn der Exazerbation des Symptoms oder des Ausfalls vorausgehen“ (DSM-IV [dt.1996], S. 522). Dissoziative Störungen sind nach DSM-IV durch „eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt“ (DSM-IV [dt. 1996], S. 543) gekennzeichnet. Die *Somatisierungsstörung* steht dahingegen für eine früh beginnende, chronische Störung mit multiplen und wechselnd ausgeprägten Körpersymptomen.

Den Begriff *Somatisierung* prägte und definierte Steckel (1924) als eine „Konversion von Gemütszuständen in physische Symptome“. Später beschrieb *Lipowski* (1988) den Vorgang der Somatisierung als „eine Tendenz, körperliche Beschwerden und Symptome, die nicht durch pathologische Befunde erklärt werden, zu erleben und auszudrücken, sie körperlichen Krankheiten zuzuschreiben und medizinische Hilfe für sie in Anspruch zu nehmen.“

Affektive kognitiv-behaviorale Therapie

Die Affektive Kognitiv-Behaviorale Therapie (ACBT) nach Woolfolk & Allen (dt. 2013) ist eine spezifische psychosoziale Therapie für Patienten, die unter multiplen körperlichen Symptomen einer *Somatisierung* leiden, einschließlich Patienten, die die vollständigen Kriterien der Somatisierungsstörung nach DSM-IV erfüllen, und solchen, deren Symptome nicht zahlreich oder vielfältig genug sind, um die Diagnose der Somatisierungsstörung zu rechtfertigen. Bei der Somatisierung scheint es sich um ein Kontinuum zu handeln, bei dem das Vollbild einer Somatisierungsstörung ein relativ seltenes Extrem mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 0,13 % nach DSM-III darstellt (Robins & Reiger, 1991), die Erscheinungsformen einer *unterschweligen Somatisierung* (Undifferenzierte Somatisierungsstörung u. a.) und bestimmter *Funktionaler Somatischer Syndrome* (u. a. Reizdarmsyndrom, Chronic-Fatigue-Syndrom und Fibromyalgie) jedoch deutlich häufiger auftreten und eine erhebliche gesundheitsökonomische Bedeutung besitzen.

Die Affektive Kognitiv-behaviorale Therapie (ACBT) ist durch eine breite Definition von Somatisierung unabhängig von den konzeptuellen Änderungen in den modernen Diagnosesystemen DSM-5 und zukünftig ICD-11. Die ACBT kann zur spezifischen

Behandlung der gesamten Gruppe somatoformer Störungen angewendet werden, also sowohl bei der Somatisierungsstörung als auch und insbesondere bei der somatoformen Schmerzstörung, hypochondrischen Störung und bei Konversionsstörungen.

Das spezifische Störungsmodell der Somatisierung

Somatisierung kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Es gibt derzeit keine einheitliche und umfassende wissenschaftliche Theorie der Somatisierung, die empirisch belegt ist. Gleichwohl ist es nach Woolfolk & Allen (dt. 2013) möglich, ein dem derzeitigen Forschungsstand entsprechendes und differenziertes Störungsmodell zu entwickeln, dessen einzelne Komponenten jeweils empirisch belegt sind.

Das für die ACBT spezifische Störungsmodell beinhaltet vier Erklärungsansätze, die in geringgradig unterschiedlicher Ausprägung zur Analyse des Störungsbildes und der individuellen Therapiestrategie beitragen und die meisten Aspekte der biopsychosozialen Theorie (den biologischen, psychologischen, behavioralen und soziokulturellen Aspekt) berücksichtigen. Die im Folgenden ausgeführten Erklärungsansätze sind theoretisch nicht eindeutig voneinander abgrenzbar, sondern überschneiden und ergänzen sich.

Stress – der biologische Erklärungsansatz

Psychosozialer Stress ist ein wesentlicher Begleitfaktor einer Vielzahl somatischer und psychischer Erkrankungen. Auch für Patienten mit Somatisierung gibt es eine zunehmende Evidenz für Auffälligkeiten im Stresssystem, insbesondere in der sensorischen Verarbeitung und der Funktionsweise der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (engl. HPA axis). Im Zusammenhang mit einem reduzierten Kortisolspiegel konnte für Patienten mit Somatisierungsstörung und somatoformen Schmerzstörungen eine Hyperreagibilität auf Schmerzreize (u. a. James, Gordon, Kraiuhin, Howson & Meares, 1990, bzw. Lautenbacher, Rollman & McCain, 1994) und eine langsamere Habituation des physiologischen Erregungsniveaus (Rief, Shaw & Fichter, 1998b) festgestellt werden. Mit Bezug auf die Studienergebnisse verschiedener Forschergruppen gehen Woolfolk & Allen (dt. 2013) im Störungsmodell der ACBT davon aus, dass eine andauernde Aktivierung der Stressreaktion krankmachend ist und ein begünstigender Faktor für Somatisierung darstellt. Strategien zum Stressmanagement sind deshalb ein zentrales Merkmal der Affektiven Kognitiv-Behavioralen Therapie.

Emotion – der psychologische Erklärungsansatz

In der aktuellen Emotionsforschung werden Emotionen als Gehirnprozesse aufgefasst, die teils bewusst, teils unbewusst wie Stress auf den Körper einwirken. Emotionen lassen sich nicht ausschließlich aus kognitiven Bewertungen ableiten, sondern können auch unabhängig von bewussten Gedankenprozessen ausgelöst werden (Zajonc, 1980). Die aktuelle Emotionstheorie stellt ähnlich wie die klassische Literatur (s.o.) die Hypothese auf, dass Somatisierung die Folge einer unterdrückten, blockierten, nur teilweise ausgedrückten oder nicht erlebten Emotion ist. Verschiedene Theoretiker haben dementsprechend das „Alexithymie“-Konstrukt des Psychoanalytikers Peter E. Sifneos (1973) mit Somatisierung in Verbindung gebracht. Alexithymie beinhaltet verschiedene Merkmale, u. a. Schwierigkeiten bei der Identifikation subjektiver Gefühle und deren Beschreibung gegenüber anderen sowie einen externalen Attributionsstil. Auch wenn der Zusammenhang zwischen Somatisierung und Alexithymie nicht eindeutig nachgewiesen ist, gibt es nach Ansicht

von Woolfolk & Allen (dt. 2013) aus der empirischen Forschung beachtliche Belege dafür, dass viele Patienten mit Somatisierung eine mangelhafte Fähigkeit besitzen, ihre Affekte zu erleben und auszudrücken.

Eine Forschungsgruppe um Lane, Sechrest, Reidel, Shapiro & Kaszniak (2000) hat im Zusammenhang mit Somatisierung das Konstrukt der „repressiven Bewältigung“ (repressive coping) untersucht. Im Vergleich zur Alexithymie, bei der das grundsätzliche Vorhandensein eines Affektes bewusst ist, dieser jedoch nur unzureichend identifiziert und beschrieben werden kann, neigen Personen mit einem repressiven (verdrängenden) Bewältigungsstil dazu, sich ihrer Affekte im Wesentlichen nicht bewusst zu werden, dadurch auf eine subsymbolische emotionale Erlebnisverarbeitung ohne Ausdrucksmöglichkeiten angewiesen zu sein und infolgedessen erhöhte physiologische Reaktionen auf psychologischen Stress zu erfahren. Die Relevanz eines repressiven Bewältigungsstils konnte für stressbedingte Blutdruckerhöhungen, für die Schmerzstärke bei chronischen Schmerzpatienten sowie für die Ausprägung des Reizdarmsyndroms belegt werden (King, Taylor, Albright & Haskell, 1990).

Neben dieser „defensiven“ Erscheinungsform eines Patienten mit Somatisierung, für den das Ziel sein sollte, mit seinen Gefühlen in Kontakt zu kommen, wird nach Woolfolk & Allen (dt., 2013) in der empirischen Literatur gleichzeitig ein anderes Stereotyp für Patienten mit Somatisierung beschrieben: das des neurotischen, hypersensitiven, histrionischen Patienten mit komorbider Angst und Depression, der auf dramatische Art und Weise sowohl im psychologischen als auch im somatischen Bereich über eine Beschwerde nach der anderen klagt. Dieses Stereotyp scheint unvereinbar mit der alexithymen, defensiven Erscheinungsform. In diesem Fall würde die therapeutische Strategie darauf abzielen, ein Übermaß an negativem Affekt zu reduzieren, zu kontrollieren und weniger „toxisch“ zu machen.

Woolfolk & Allen (dt. 2013) gehen im Störungsmodell der Somatisierung davon aus, dass beide Erscheinungsformen bei Patienten mit Somatisierung „existieren“. Das grundlegende Problem sehen sie in einer Schwierigkeit der emotionalen Verarbeitung bzw. in einer Störung der Affektregulation. Defensive und histrionische Tendenzen können dabei innerhalb derselben Person auftreten. Der von Patienten mit Somatisierung berichtete oder gezeigte Affekt ist oft mit den auslösenden Umständen inkongruent, indem er entweder unangemessen gering oder negativ und übertrieben ist.

Diesem Störungsmodell entsprechend ist im Behandlungsansatz der Affektiven Kognitiv-Behavioralen Therapie ein ständiges Wechseln zwischen der Bearbeitung von Emotionen und Kognitionen vorgesehen. In Ergänzung zum Vorgehen der Kognitiv-Behavioralen Therapie, dysfunktionale Kognitionen zu identifizieren und mit dem Ziel zu verändern, unangemessen stark ausgeprägte negative Affekte abzuschwächen, beinhaltet die ACBT explizit Therapietechniken zur Exploration, Verstärkung und intensiven Bearbeitung eines Affektes, der ggf. nicht ausreichend wahrgenommen wurde und dennoch wesentliche Informationen enthält, die sowohl für das Verständnis bestimmter Kognitionen und Verhaltensweisen als auch für eine effektive Problemlösung und Entscheidungsfindung wichtig sind. Ein mangelhaftes Verständnis für den emotionalen Bereich könnte nach diesem Störungsmodell zu ungelösten negativen Affektzuständen, zu einer Verlängerung der physiologischen Erregung und letztlich zur Manifestation eines physischen Symptoms führen.

Kognition, Verhalten und soziale Lerntheorie – der (kognitiv-)behaviorale Erklärungsansatz

Der kognitiv-behaviorale Erklärungsansatz beschreibt die zentrale Bedeutung, die Kognitions- und Verhaltensmuster sowie Verstärkerkontingenzen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Körpersymptomen bei der Somatisierung haben. Der Zusammenhang von kognitiven Bewertungen, psychologischem Stress und menschlichen Emotionen ist vielfach belegt. Viele Patienten mit Somatisierung haben verzerrte, unlogische oder falsche Überzeugungen. Viele weisen primäre Bewertungen auf, die mit negativer Affektivität verbunden sind oder diese erzeugt. Patienten mit Somatisierung haben zudem häufig negative Überzeugungen über harmlose körperliche Empfindungen (Rief, Hiller, & Margraf, 1998b). Barsky, Wyshak & Klerman (1990) beschrieben den kognitiven Stil der „somatosensorischen Amplifikation“ (somatosensory amplification) als Kernaspekt eines kognitiv-behavioralen Modells der Hypochondrie, der auch bei Patienten mit multiplen körperlichen Symptomen einer Somatisierung auftritt.

Das Verhalten, das Patienten mit Somatisierung zeigen, kann auch aus der Perspektive der sozialen Lerntheorie und operanten Konditionierung betrachtet werden. Die familiäre Umwelt eines Patienten oder auch das Gesundheitssystem können entscheidende Verstärkerkontingenzen für die Symptome liefern. Die Besorgnis von Familienmitgliedern kann das Krankheitsverhalten positiv verstärken oder das Leiden eines Patienten von seinen Beziehungsproblemen ablenken, sogar eine Sinnstiftung oder stärkere Position in der Beziehung ermöglichen. Ebenso können häufige Kontakte mit dem Gesundheitssystem über die Reduktion von Angst und Sorge negativ verstärkt werden oder der Vermeidung von normalen Aktivitäten oder Verpflichtungen (z. B. Arbeitstätigkeit) dienen. Dadurch können körperliche Symptome zu einem Wirkfaktor werden, der durch die Lebensumwelt eine Verstärkung erfährt.

Nach Woolfolk & Allen (dt. 2013) können „Verhalten, Kognition und Emotion in komplexen Mustern interagieren und manchmal pathogene Teufelskreise bilden“, in denen dysfunktionale Kognitionen negative Emotionen auslösen und maladaptives Verhalten fördern. Techniken der Kognitiv-Behavioralen Therapie fokussieren größtenteils entweder auf die Beeinflussung von Verstärkerkontingenzen oder auf kognitive Umstrukturierung, um einen negativen Affekt abzuschwächen oder aufzulösen. Insbesondere bei funktionellen somatischen Syndromen mit negativer Affektivität und pathogenen Verstärkerkontingenzen liegen Wirksamkeitsbelege für die Kognitiv-Behaviorale Therapie vor.

Die Krankenrolle – der soziokulturelle Erklärungsansatz

In der Rollentheorie (Biddle, 1986) der Sozialwissenschaften wird das Patientenverhalten bei Krankheit als ein vorgegebenes Verhaltensmuster oder als soziale Rolle angesehen. Das von Parsons (1975) beschriebene Konzept der Krankenrolle beinhaltet, dass Krankheit zu einer Entlastung von verschiedenen Formen von Verantwortlichkeit führt, wenn im Gegenzug das „Krankheits“-Etikett akzeptiert wird. Das Konzept des sekundären Krankheitsgewinns (Barsky & Klerman, 1983) bestätigt, dass es viele Belohnungen und Entpflichtungen gibt, die eine Krankheit unweigerlich mit sich bringt. Diejenigen, die die Krankenrolle bei Somatisierung aus verschiedenen Gründen unbewusst und ohne eine nachweisbare somatische Pathologie dauerhaft einnehmen, laufen jedoch Gefahr, dass sich ihre Erkrankung manifestiert. Nach Woolfolk & Allen (dt. 2013) untergraben geringe Selbsteffizienzerwartungen, das andauernde Fokussieren der Symptome, die

soziale Verstärkung des Unvermögens und der Rückzug von einem aktiven, produktiven Leben alle letztlich die normale Alltagsfunktion und erzeugen echte Beeinträchtigung. Auch wenn diese negativen Folgen von Patienten mit Somatisierung nicht gewollt sind, können die Patienten die Krankenrolle nicht ohne Weiteres aufgeben. Es sind therapeutische Interventionen in den Lebens- und Alltagsstrukturen des Patienten erforderlich, bei denen einem unangemessenen Krankheitsverhalten der Anreiz genommen und andererseits Anreize für gesunde Alternativen geschaffen werden. Im Behandlungsverlauf der Affektiven Kognitiv-Behavioralen Therapie wird daher versucht, die Ausprägung der Krankenrolle und den sekundären Krankheitsgewinn in jeder realisierbarer Weise zu vermindern, etwa bei der Beziehung des Patienten zum Gesundheitssystem oder in Bezug auf seine Stellung in der Familie oder am Arbeitsplatz. Gleichzeitig bleibt im Bewusstsein, dass die Konzepte zum sekundären Krankheitsgewinn und zur Krankenrolle lediglich wichtige Faktoren neben anderen Aspekten beschreiben, die vermutlich dazu beitragen, die Symptome der Somatisierung aufrechtzuerhalten.

Grundprinzip der Affektiven Kognitiv-Behavioralen Therapie

Eine biopsychosoziale Konzeptualisierung von Somatisierung ermöglicht die Entwicklung eines integrativen Behandlungsansatzes, der kognitive, erfahrungsbasierte, interpersonelle und behaviorale Interventionen beinhaltet. Das grundlegende Störungsmodell der ACBT betont die Interaktion von Physiologie, Kognition, Emotion, Verhalten und Umwelt. Entsprechend der Komplexität vieler Behandlungsfälle mit Somatisierung stellt dieser Behandlungsansatz nicht nur eine umfassende Kognitiv-Behaviorale Therapie zur Verfügung, sondern betont die erfahrungsbasierte emotionale Verarbeitung störungsrelevanter Aspekte als wesentliches Therapieziel. Der Behandlungsansatz beinhaltet gezielte Interventionen in Richtung der Krankenrolle und deren funktionaler Bedeutung. Ebenso findet eine Analyse der interpersonellen Beziehungen bzw. der Lebens- und Alltagsstrukturen statt, die den Kontext für die Ausgestaltung der Krankenrolle liefern. Ähnlich anderer neuester Behandlungsansätze wird ein Schwerpunkt auf die Erfahrung des Aushaltens und Akzeptierens einer unangenehmen Emotion gesetzt, anstatt eine Auflösung der Emotion anzustreben. Erst das Zusammenwirken von kognitiv-behavioralen sowie erfahrungs- und akzeptanzorientierten Therapietechniken hat das Potential für eine wirksamere und erfolgreichere Therapie bei Patienten mit Somatisierung.

Therapeutische Interventionen der Affektiven Kognitiv-Behavioralen Therapie

Einstieg in die Behandlung

Zu den wichtigsten Elementen für einen erfolgreichen Einstieg in die Behandlung zählen eine empathische, interessierte und nicht konfrontative therapeutische Haltung und die plausible Begründung für die Therapie. In der Initialphase wird die Behandlung als Stressmanagement beschrieben, ohne den fehlerhaften Überzeugungen über Körpersymptome zu widersprechen. Die Begründung lautet: Aufgrund der Tatsache, dass Stress körperliche Symptome verstärkt, ist es wahrscheinlich, dass eine Stressreduktion die körperlichen Beschwerden verringert. Dabei ist es nach Woolfolk & Allen (dt. 2013)

wichtig, „dass Therapeuten klarstellen, dass Stress nur ein Faktor ist, der zu den körperlichen Beschwerden der Patienten beiträgt. Das erklärte Ziel dieser Behandlung ist, die ungünstige Auswirkung von Stress zu begrenzen und dadurch den Patienten die Kontrolle über diejenigen Aspekte ihrer Erkrankung zu geben, die kontrolliert werden können“. Die meisten Patienten sind für dieses Konzept offen.

Verhaltenstherapeutische Interventionen

Bei den eingesetzten behavioralen Methoden handelt es sich insbesondere um Entspannungstechniken, Anleitungen zum Aktivitätsaufbau und zur schrittweisen Aufgabenbewältigung sowie um psychoedukative Elemente zur Reduktion von Krankheitsverhalten und Schlafproblemen, häufig in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt.

Neben einer modifizierten Form der Progressiven Muskelrelaxation kommen Atemtechniken zum Einsatz, um den Kreislauf von Muskelanspannung und Schmerz zu unterbrechen oder die allgemeine physiologische Erregung zu reduzieren. Nicht selten gelingt es bereits durch Entspannungstechniken, wieder eine gewisse Kontrolle über die Beschwerden zu erhalten. Das Krankheitsverhalten von Patienten mit Somatisierung kann so ausgeprägt sein, dass es den Lebensalltag bestimmt. Das behaviorale Therapiemodul bezweckt daher eine stufenweise Zunahme der beruflichen, Freizeit- und selbstfürsorglichen Aktivitäten mit dem Ziel, die Grundstimmung, das Selbstwertgefühl und die körperliche Belastbarkeit zu verbessern. Zudem berichten viele Patienten mit Somatisierung bzw. mit funktionellen somatischen Syndromen über erhebliche Schlafstörungen (Affleck, Urrows, Tennen & Higgins, 1996; Morriss, Wearden & Battersby, 1997), die mit einer Verschlechterung der Symptome verbunden sind. Deshalb erfolgt ein Training zur leitliniengerechten Schlafhygiene nach den Empfehlungen von Bootzin & Rider (1997) sowie Morin (1993) (Abb. 1).

Abbildung 1: Empfehlungen für einen guten Nachtschlaf

Empfehlungen für einen guten Nachtschlaf

- Stehen Sie jeden Tag zur gleichen Zeit auf, an jedem der 7 Wochentage.
- Nutzen Sie das Bett nur zum Schlafen oder Sex. Schauen Sie im Bett kein Fernsehen und vermeiden Sie stressige Diskussionen. Verbringen Sie keine Zeit mit Sorgen im Bett.
- Halten Sie das Schlafzimmer dunkel und angenehm kühl.
- Gehen Sie erst dann schlafen, wenn Sie sich müde fühlen.
- Wenn Sie nach etwa 20 Minuten nicht eingeschlafen sind, wechseln Sie den Raum und machen Sie etwas Entspannendes. Gehen Sie erst dann wieder ins Bett, wenn Sie sich schläfrig fühlen. Befolgen Sie diese Regel auch, wenn Sie nachts aufwachen.
- Trinken Sie sechs Stunden vor dem Schlafengehen keine koffeinhaltigen Getränke, Tee oder Alkohol.
- Nehmen Sie eine leichte Nacht Mahlzeit vor dem Schlafengehen zu sich.
- Betreiben Sie regelmäßigen Sport, jedoch nicht 4 Stunden vor dem Schlafengehen.

*Nach Bootzin & Rider (1997) sowie Morin (1993).
Elementare Leitsätze für eine leitliniengerechte Schlafhygiene*

Abbildung 2: Arbeitsblatt zum Symptommonitoring

	Datum/ Zeit	Körperliche Symptome Intensität (0-5).	Situation Was taten Sie zu diesem Zeitpunkt?	Gefühl (Emotion) Was fühlten Sie? Intensität (0-100).	Gedanken Worüber dachten Sie zu diesem Zeitpunkt nach? Was ging Ihnen in diesem Moment durch den Kopf?
Unangenehmer Zeitpunkt					
Relativ angenehmer Zeitpunkt					
<p>Beurteilungsskala für körperliche Symptome</p> <p>0 = keine körperlichen Beschwerden 1 = leichte körperliche Beschwerden, die ignoriert werden können 2 = milde körperliche Beschwerden, die nicht ignoriert werden können, aber nicht behindern 3 = mäßige körperliche Beschwerden, die die Konzentration erschweren 4 = schwere körperliche Beschwerden, die viele Aktivitäten behindern 5 = sehr schwere körperliche Beschwerden, die zur Bettruhe zwingen</p>					
<p>Beurteilungsskala für Gefühle (Emotionen)</p> <p>0 = keine Wahrnehmung eines bestimmten Gefühls 1 = die geringstmögliche Ausprägung eines bestimmten Gefühls 100 = die intensivste Wahrnehmung eines bestimmten Gefühls</p>					

nach Robert L. Woolfolk & Lesley A. Allen. (Copyright CIP-Medien)

Das Arbeiten mit Kognitionen und Emotionen

Diese Therapiephase wird von den Patienten durch die Beobachtung ihrer Gedanken und Gefühle begonnen, die mit Veränderungen ihrer körperlichen Symptome verbunden sind (Abb. 2). Ziel ist die möglichst eindeutige Identifikation von Emotionen und deren Ausdruck, ggf. anhand einer Liste mit Gefühlsbezeichnungen. Unterstützt wird diese Aufgabenstellung durch emotionsfokussierte Techniken (Greenberg, 2002), Rollenspiele oder Imaginationsübungen. Bei der Identifikation von Gedanken ist es zweckmäßig, den Patienten so weit zu helfen, dass die Gedanken für eine Realitätstestung genutzt werden können. Patienten mit Somatisierung neigen dazu, dysfunktionale Überzeugungen und einen grundlegend dysfunktionalen Denkstil zu entwickeln. Insbesondere die Gedanken, die mit einer negativen Emotion verknüpft sind, eignen sich für eine Infragestellung (Disputation) und Überprüfung. Anhand des Arbeitsblattes „Gedanken prüfen“ (Abb. 3) können Patienten ihre Gedanken nach Anleitung auch selbstständig tiefergehend bearbeiten.

Abbildung 3: Überprüfen von Gedanken

Überprüfen von Gedanken

1. Welche Belege gibt es, die diesen Gedanken bestätigen? (Was lässt mich annehmen, dass der Gedanke zutreffend ist?)
2. Welche Belege sprechen gegen die Richtigkeit des Gedankens?
3. Gibt es unter Berücksichtigung der Fragen 1 und 2 noch eine andere Möglichkeit, meinen ursprünglichen Gedanken auszulegen?
4. Was würde ein fürsorglicher und einfühlsamer Freund mir zu diesem Gedanken sagen?
5. Welchen Effekt hat meine Überzeugung von der Richtigkeit und Wichtigkeit dieses Gedankens?
6. Welchen Effekt könnte eine Veränderung meines Denkens haben?
7. Welches ist die schlimmste mögliche Folge, die mit diesem Gedanken verbunden ist? Was wären die Konsequenzen für mich?
8. Welches ist die beste mögliche Folge, verbunden mit diesem Gedanken?
9. Welches ist die realistischste Folge?

nach Robert L. Woolfolk & Lesley A. Allen. (Copyright CiP-Medien Verlag).

Interpersonelle Methoden

Hier werden Interventionen mit dem Ziel zusammengefasst, die Krankenrolle zu modifizieren, eine funktionale Selbstbehauptung aufzubauen und notwendige Veränderungen im häuslichen Umfeld des Patienten zu erreichen, auch in gemeinsamen Therapiesitzungen mit den relevanten Bezugspersonen.

Die Diskussion über die Krankenrolle ist ein zentraler Bestandteil der ACBT. Für den Patienten soll überprüfbar gemacht werden, ob ein bestimmtes Krankheitsverhalten zur Gewohnheit (habituell) geworden ist. Sobald ein „sekundärer Krankheitsgewinn“ identifiziert und vom Patienten nachvollzogen werden konnte, arbeiten Therapeut und

Patient zusammen daran, alternative Wege zum Erreichen dieser mit der Krankenrolle verbundenen Vorteile zu finden. Ausgehend von der Diskussion über die Krankenrolle kann das Therapiethema ‚Selbstbehauptung‘ häufig direkt abgeleitet werden, weil Defizite in der Selbstbehauptung des Patienten deutlich werden. Es geht um eine offene Kommunikation der eigenen Gedanken, Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse mit dem Ziel, in angemessener Weise durchsetzungsfähiger zu werden und dadurch bestimmte Anteile der Krankenrolle aufgeben zu können. Die regelhafte Einbeziehung der primären Bezugsperson (z. B. des Ehe- oder Lebenspartners) dient lt. Woolfolk & Allen (dt. 2013) in diesem Kontext dazu, „ergänzende Informationen über den Patienten zu erhalten, die die Bezugsperson für eine Unterstützung der Behandlung zu gewinnen und dasjenige Verhalten der Bezugsperson zu modifizieren, das die Symptome oder das Krankheitsverhalten des Patienten aufrechterhalten könnte.“ In den gemeinsamen Therapiesitzungen werden die typischen Kommunikationsmuster zwischen Patient und Bezugsperson beobachtet, die häufig erkennbare Dysfunktionalität der Kommunikation angesprochen und die interpersonelle Dynamik erfasst.

Wirksamkeit der Affektiven Kognitiv-Behavioralen Therapie

Die Wirksamkeit der Affektiven Kognitiv-Behavioralen Therapie wurde in einer randomisierten, kontrollierten Studie an 84 Patienten mit dem Vollbild einer Somatisierungsstörung nach DSM-IV untersucht (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara & Hamer, 2006). Evaluiert und wissenschaftlich ausgewertet wurde eine manualisierte Kurzform der ACBT über 10 Therapiesitzungen. Dies ist nach bisherigem Stand die einzige randomisierte, kontrollierte Studie an einem Patientenkollektiv mit Somatisierungsstörung. Als Hinweis auf einen hohen Chronifizierungsgrad im untersuchten Kollektiv bestand die Symptomatik am Beginn der Studie bereits durchschnittlich 25 Jahre. Die Verifizierung eines Therapieeffektes erfolgte über einen Zeitraum von 12 Monaten nach Abschluss des 3-monatigen Therapieprogramms. In den Follow-up-Untersuchungen unmittelbar nach Therapieende bzw. 6 und 12 Monate später konnten signifikante und effektstarke Verbesserungen der Beschwerdeausprägung (Kriterien: „starke Besserung“ bzw. „sehr starke Besserung“; 12 Monate: $p < .001$; $d = .92$) nach der „Clinical Global Impression Scale for Somatization Disorder“ (CGI-SD) dokumentiert werden. Auch die Selbstbeurteilung der Lebensqualität im „Gesundheitsfragebogen“ (Short Form/MOS SF36) bestätigte eine signifikante, wenn auch moderate Besserung, die im Vergleich zu einer in allen Kriterien übereinstimmenden Kontrollgruppe über einen Beobachtungszeitraum von 12 Monaten ($p < .01$; $d = .32$) anhielt.

Fazit und Ausblick

Aufgrund der weitreichenden Folgen und enormen Kosten einer Somatisierungsstörung und verwandter Syndrome für die Patienten und das Gesundheitswesen besteht nach Ansicht von Woolfolk & Allen (dt. 2013) eine „dringende Notwendigkeit für effektive Behandlungen“. Die Kombination von bewährten Methoden der Kognitiven Verhaltenstherapie mit emotionsfokussierten und erfahrungsorientierten therapeutischen Techniken

scheint sich in der Praxis zu bewähren. Woolfolk & Allen (dt. 2013) berichten: „Unsere eigene Wahrnehmung ist, dass der erfahrungsorientierte Schwerpunkt das bereitstellt, was die Kognitive Verhaltenstherapie vermissen ließ; wenn die Synthese der beiden Ansätze von einem begabten Praktiker angewendet wird, gibt es große Vorteile für Patienten.“ Gleichwohl drücken Woolfolk & Allen (dt., 2013) ein Bewusstsein dafür aus, dass eine weitere, jahrelange Arbeit nötig sein wird, die Nützlichkeit jeglicher Therapie losgelöst vom „anfänglichen Enthusiasmus der Entwickler“ adäquat zu testen.

Anmerkung:

Der Text steht in einem engen Bezug zur dt. Übersetzung *Wirksame Behandlung von somatoformen Störungen und von Somatisierungsstörungen* (2013), Cip-Medien, der englischsprachigen Originalausgabe.

Literatur

- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H. & Higgins, P. (1996). Sequential daily relations of sleep, pain intensity, and attention to pain among women with fibromyalgia. *Pain*, 68, 363-368.
- Allen, L.A., Woolfolk R.L., Escobar, J.I., Gara, M.A. & Hamer, R.M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1512-1518.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Am. Psychiatr. Publ.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- Barsky, A.J., Wyshak, G. & Klerman, G.L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 323-334.
- Barsky, A.J. & Klerman, G.L. (1983). Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140, 273-283.
- Biddle, B.J. (1986). Recent developments in role theory. *Annual Review of Sociology*, 12, 67-92.
- Bootzin, R.R & Rider, S.P. (1997). Behavioral techniques and biofeedback for insomnia. In M.R. Pressman & W.C. Orr (Eds.), *Understanding sleep: The evaluation and treatment of sleep disorders* (pp. 315-338). Washington, DC: American Psychological Association.
- Breuer, J. & Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie*. Frankfurt a.M.: S. Fischer (Nachdruck 1996).
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris: Baillière & fils.
- Freud, S. (1894). *Die Abwehr-Neuropsychose*. *Gesammelte Werke*. Bd. 1, S. 59-74, Frankfurt am Main: Fischer.
- Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- James, L., Gordon, E., Kraiuhin, C., Howson, A. & Meares, R. (1990). Augmentation of auditory evoked potentials in somatization disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 155-163.

- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris : Societé Pierre Janet (Reprint 1989).
- King, A.C., Taylor, C.B., Albright, C.A. & Haskell, W.L. (1990). The relationship between repressive and defensive coping styles and blood pressure responses in healthy, middle-aged men and women. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 461-471.
- Lane, R.D., Sechrest, L., Reidel, R., Shapiro, D.E. & Kaszniak, A.W. (2000). Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and the repressive coping style. *Psychosomatic Medicine*, 62, 492-501.
- Lautenbacher, S., Rollman, G.B. & McCain, G.A. (1994). Multi-method assessment of experimental and clinical pain in patients with fibromyalgia. *Pain*, 59, 418-421.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- McEwen, B.S. (2005). Stressed or stressed out: What is the difference? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30, 315-318.
- Morin, C.M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press.
- Morris, R.K., Wearden, A.J. & Battersby, L. (1997). The relation of sleep difficulties to fatigue, mood and disability in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 597-605.
- Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 53, 257-278.
- Perley, M.J. & Guze, S.B. (1962). Hysteria – the stability and usefulness of clinical criteria. *New England Journal of Medicine*, 266, 421-426.
- Rangell, L. (1959). Die Konversion. *Psyche*, 2, 121-147.
- Rief, W., Hiller, W. & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 587-595.
- Rief, W., Shaw, R. & Fichter, M.M. (1998). Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 60, 198-203.
- Robins, L. N. & Reiger, D. (1991) *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area study*. New York: Free Press
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of „alexithymic“ characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Stekel, W. (1924). *Peculiarities of behaviour* (Vol. 1-2). London: Williams and Norgate.
- Woolfolk, R.L. & Allen, L.A. (2007) *Treating Somatization – A Cognitive-Behavioral Approach*. New York: The Guilford Press.
- World Health Organization (1993). Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.). 5., überarb. dt. Aufl. 2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. Bern: Hans Huber.
- Zajonc, R.B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.

Korrespondenzadresse

Dr. Christian Algermissen | Ärztl. Leiter der Abteilung Psychosomatik
 Dr. Nina Rösser | Ltd. Psychologin
 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
 Städtisches Klinikum Braunschweig
 Salzdahlumer Straße 90 | 38126 Braunschweig
 T: +49 531 595-2870 | F: +49 531 595-2271
 c.algermissen@klinikum-braunschweig.de