

Hypochondrie

Silvia Schneider und Christiane Junkers, Dresden

Vorbemerkung

Das Erscheinungsbild einer Hypochondrie ist gekennzeichnet durch eine starke Überzeugung oder Befürchtung, eine schwere körperliche Krankheit zu haben, ohne daß dafür objektiv ausreichende Anhaltspunkte vorliegen. Typischerweise werden körperliche Empfindungen oder Merkmale als Anzeichen der gefürchteten Krankheit bzw. sogar als Beweis für sie gedeutet. Die Krankheitsüberzeugung kann auch durch sorgfältige ärztliche Untersuchungen nicht dauerhaft beseitigt werden und führt zu einer chronischen Beschäftigung mit dem eigenem Körper. Im Gegensatz zur Somatisierungsstörung, bei der sich die Symptome selbst im Zentrum der Aufmerksamkeit befinden, steht hier die Beschäftigung mit der schweren Krankheit (z. B. Krebs, Aids), die hinter den Symptomen vermutet wird, im Vordergrund.

Bisher liegen noch keine zuverlässigen Angaben zur Prävalenz der Hypochondrie vor. Es wird jedoch von einer Verbreitung in der Allgemeinbevölkerung unter 1 % ausgegangen. Der Beginn der Störung liegt typischerweise im Alter zwischen 20 und 30 Jahren. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig von diesem Beschwerdebild betroffen. Der Verlauf einer unbehandelten Hypochondrie ist gewöhnlich chronisch.

Der vorliegende Fall wurde ausgewählt, da er exemplarisch für das Erscheinungsbild einer Hypochondrie ist. Die hypochondrischen Beschwerden des dargestellten Patienten nahmen ein solches Ausmaß an, daß alle Lebensbereiche davon berührt wurden. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen zur Behandlung der übermäßigen Krankheitssorgen brachte in vergleichsweise kurzer Zeit (25 Therapiesitzungen) deutliche Erfolge.

Biographische Angaben

Herr C. wuchs als jüngstes Kind in einem Elternhaus mit fünf Geschwistern auf. Seine Eltern lebten in sehr einfachen Verhältnissen. Seinen Vater beschrieb der Patient als autoritären Menschen, der von seinen Kindern immer Gehorsam verlangte, die Mutter beschrieb er als kränkliche Frau, die ständig über Kopfschmerzen klagte. Gefühle wurden in seinem Elternhaus so gut wie gar nicht gezeigt. Zuwendung und Rücksichtnahme gab es vor allen Dingen, wenn eines der Kinder krank wurde. Dann kümmerte sich die Mutter aufopfernd um ihre Kinder. Herr C. war zum Zeitpunkt der Therapie 35 Jahre alt, seit zehn Jahren verheiratet und hatte zwei Kinder. Von Beruf war er Verwaltungsbeamter. Herr C. lebte mit seiner Familie in einem kleinen Dorf, in dem er auch schon geboren und aufgewachsen war. Mit seinen Eltern und Geschwistern stand er in regem Kontakt. Die Ehe mit seiner Frau beschrieb der Patient als gut, er zeigte sich jedoch sehr in Sorge um seine Familie, da seine Frau in den letzten fünf Jahren zweimal einen epileptischen Anfall erlitten hatte und sein jüngstes Kind psychomotorische Entwicklungsrückstände ohne organischen Befund aufwies.

1 Beschreibung der Störung

Herr C. wurde von seinem Neurologen eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen, und so meldete er sich zur Therapie. Er gab an, seit der Geburt seines behinderten Sohnes vor zwei Jahren an Schmerzen in verschiedenen Körperteilen, Schwindelgefühlen, Kribbeln und Taubheitsgefühlen insbesondere in Armen und Beinen zu leiden. Diese Symptome machten ihm große Angst. Zunächst ging er zu seinem Hausarzt, der ihn beruhigte und ihm mehr Ruhe verordnete. Nachdem er bei der Arbeit Probleme mit einem Kollegen bekam, der ihm bei einer anstehenden Beförderung vorgezogen wurde, fühlte sich Herr C. körperlich noch schlechter. Seine Schmerzen traten häufiger auf und konnten ebenso wie der Schwindel tagelang anhalten. Herr C. las kurz darauf von einem Mann, der an multipler Sklerose gestorben war und dessen Symptome seinen Beschwerden sehr ähnlich waren. Er ging nun zu einem Neurologen und ließ sich dort erneut untersuchen. Eine körperliche Untersuchung ergab keinen auffälligen Befund. Herr C. zweifelte aber an der Diagnose und suchte andere Neurologen auf. Auch weitere Untersuchungen und eine Computertomographie konnten keine Hinweise auf neurologische Auffälligkeiten ergeben. Herr C. fehlte immer häufiger bei der Arbeit und suchte neben Fachärzten auch verschiedene Homöopathen auf. Er fing an, an der Sorgfalt der Ärzte zu zweifeln und informierte sich selbst aus der medizinischen Fach-

literatur. Seine Familie machte sich große Sorgen um ihn und befürchtete, daß er seine Arbeitsstelle verlieren könne.

Betrachtet man die Beschwerden des Patienten hinsichtlich der drei Ebenen Verhalten, Gedanken, Organismus, so ergibt sich folgende Darstellung:

Verhaltensebene

Intensive Beschäftigung mit körperlichen Symptomen; eingehendes Studium klinischer Fachliteratur; Vermeidung der Krankheitsangst durch wiederholtes Aufsuchen neuer Ärzte und Homöopathen und „Suche nach Beruhigung“ durch Fachleute; Vermeidung körperlicher Belastung.

Gedankliche Ebene

Fehlerhafte Interpretation körperlicher Erscheinungen (Schwindel ist Hinweis auf neurologische Erkrankung); feste Überzeugung, an einer ganz bestimmten neurologischen Erkrankung zu leiden; Zweifel an der Richtigkeit der durch die Ärzte erstellten negativen Befunde.

Organismusebene

Herr C. litt unter einer Reihe körperlicher Beschwerden (Schwindel, Taubheit, Stechen in der Schulter), in deren Vordergrund Schmerzen in verschiedenen Körperteilen standen. Die Symptome verstärkten sich jeweils nach beruflichen oder familiären Belastungssituationen.

Diese Verhaltensweisen und Symptome bilden das typische Erscheinungsbild einer Hypochondrie. Psychologische Interventionen erschienen dringend notwendig, da die Symptomatik des Patienten sich so weit ausge dehnt hat, daß sie ihn in seinen beruflichen und familiären Aktivitäten massiv beeinträchtigte.

2 Differentialdiagnostik

Mit Hilfe des „Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen“ (Margraf, Schneider & Ehlers, 1991) wurde bei Herrn C. folgender klinischer Befund exploriert: Im Zentrum der Symptomatik standen körperli-

che Beschwerden, die Herr C. mit einer neurologischen Erkrankung, nämlich multipler Sklerose, in Verbindung brachte und die ihn stark ängstigten. Trotz mehrerer sorgfältiger medizinischer Untersuchungen, die alle keine auffälligen Befunde ergaben, hielt bei dem Patienten die Furcht an, an multipler Sklerose zu leiden. Er beschäftigte sich intensiv mit seinen Beschwerden und suchte immer wieder neue Ärzte und Homöopathen auf. Diese Verhaltensweisen und die Symptomatik sind das typische Erscheinungsbild einer Hypochondrie. Zur Abgrenzung vor der Somatisierungsstörung war bedeutend, daß der Patient an einer festen Krankheitsüberzeugung festhielt, während bei einer Somatisierungsstörung viele verschiedene und wechselnde Symptome geschildert werden, die nicht direkt in Verbindung mit einer schweren Krankheit gebracht werden müssen und das Gefühl von „kränklich sein“ vorherrscht. Eine Abgrenzung zur Panikstörung, bei der auch eine Furcht vor körperlichen Symptomen besteht, ergab sich aus der Tatsache, daß es sich bei den Symptomen nicht um klar abgrenzbare Perioden intensiver Angst handelte. Ein weiterer Hinweis gegen die Diagnose Panikstörung ergab sich auch aus der Zeitperspektive der befürchteten Krankheiten: während Hypochonder eher mittelfristige Befürchtungen hegen (z. B. multiple Sklerose, Krebs), glauben Panikpatienten an eine unmittelbar bevorstehende körperliche Katastrophe (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt).

Die Ergebnisse einer klinischen Fragebogenbatterie stimmten mit den Angaben in dem diagnostischen Interview überein. In dem Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen (Ehlers, Margraf & Chambless, 1993) wies der Patient hohe Werte auf (2,8). Auf der Symptom-Checkliste (SCL-90, Frauke, 1995) zeigte der Patient auf der Skala „Somatisierung“ mit 2,3 einen deutlich erhöhten Wert. Im Fragebogen zur Belastung und Einschränkung infolge der Hypochondrie gab der Patient an, sich in den Bereichen Arbeit und Familie massiv beeinträchtigt zu fühlen, im Freizeitbereich eine mäßige Beeinträchtigung.

Obwohl Herr C. schon viele medizinische Untersuchungen hinter sich hatte, wurde er zur gründlichen Abklärung der somatischen Differentialdiagnose gebeten, einen kooperierenden ärztlichen Kollegen zu konsultieren. Zu diesem Termin sollte er möglichst alle Unterlagen seiner bisherigen Untersuchungen mitbringen, damit sie der Arzt einblicken konnte. Auch die erneute medizinische Untersuchung ergab, daß der Patient organisch völlig gesund war.

Diagnose nach DSM-IV

Primärdiagnose: Hypochondrie (300.70, ICD-10: F45.2)

3 Erklärungsmodell

Mit dem Ziel, ein plausibles Erklärungsmodell für das Störungsbild des Patienten zu erstellen, wurden detailliert prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren herausgearbeitet.

Als Prädisposition für die Entwicklung der Hypochondrie waren die schon oben erwähnten Lernerfahrungen aus dem Elternhaus zu sehen. Der Patient machte hier wiederholt die Erfahrung, daß er durch körperliche Beschwerden Zuwendung bekommen konnte. Er hatte zudem nie gelernt, über Belastungen bzw. generell über Gefühle zu reden.

Herr C. schilderte den Beginn seiner Beschwerden als zeitlich parallel zu vielfältigen Belastungssituationen in seiner Familie: Seine Frau, die seit fünf Jahren an epileptischen Anfällen litt, die Geburt eines Sohnes, bei dem psychomotorische Entwicklungsrückstände festgestellt, jedoch nicht eindeutig diagnostiziert wurden, und berufliche Probleme (nicht vollzogene Stellenbeförderung). Herr C. berichtete, zu dieser Zeit dauerhaft unter Anspannung gestanden und ständig damit gerechnet zu haben, eine neue Schreckensmeldung zu bekommen. Die ersten Anzeichen seiner Krankheit bemerkte Herr C. auf dem Höhepunkt dieser Belastungsserie während eines Ausflugs mit seinem Kegelclub nach Hamburg. Während der Busfahrt nahm er Schwindel und Taubheitsgefühle in den Armen wahr. Zunächst machte er sich keine Sorgen über die Beschwerden und brachte sie mit Kreislaufproblemen aufgrund der langen Fahrt in Verbindung. Doch auch in der folgenden Woche traten die Symptome wiederholt auf. Nach zwei Wochen ging er zu seinem Hausarzt, der ihm mehr Ruhe und Entspannung verordnete, aber versicherte, daß er organisch gesund sei. Ein paar Tage später las Herr C. in einer Zeitschrift zum ersten Mal von der Krankheit multiple Sklerose. Die dort beschriebenen Symptome wie Schwächegefühl, Taubheit und Kribbeln in Körpergliedern kamen ihm alle sehr bekannt vor, und er fing nun an, sich Sorgen zu machen, ebenfalls an dieser Krankheit zu leiden oder vielleicht gerade im Begriff zu sein, eine solche Krankheit zu entwickeln. Es begann für Herrn C. eine Odyssee durch die verschiedensten medizinischen Einrichtungen, die ihm alle bescheinigten, organisch gesund zu sein. Aber schon kleinste Anmerkungen von Ärzten, die Entwicklung einer solchen Krankheit niemals völlig ausschließen zu

können, ließen bei dem Patienten sofort wieder Zweifel an seinem Gesundheitszustand aufkommen.

Die Aufrechterhaltung der Gesundheitssorgen von Herrn C. kann in Form eines Teufelskreises (vgl. Salkovskis, 1989) dargestellt werden. Nachdem Herr C. in einer Zeitschrift über die Krankheit multiple Sklerose gelesen hatte, begann er, alle Veränderungen und Empfindungen (z. B. Kribbeln, Gefühl der Taubheit) seines Körpers als Hinweis auf die gefürchtete Krankheit zu interpretieren. Er nahm dies als gefährlich wahr und reagierte auf der kognitiven Ebene angespannt, auf der physiologischen Ebene mit Erregung und auf der emotionalen Ebene mit Angst. Es wurden so autonom regulierte Körperprozesse verstärkt, er wandte seinem Körper mehr Aufmerksamkeit zu und begann, sich ständig zu kontrollieren und seinen Körper auf ungewöhnliche Körpersensationen hin zu überprüfen. Diese Verhaltensweisen führten zu einer ständigen Präokkupation mit wahrgenommenen Veränderungen von körperlichen Zuständen, die dann von ihm wiederum als Bestätigung der gefürchteten Krankheit, multiple Sklerose, interpretiert wurden. An dieser Stelle begann der Kreis jedes Mal von neuem.

Langfristig gesehen kam als weiterer aufrechterhaltender Faktor der Krankheitsangst seine stark ausgeprägte „Suche nach ärztlicher Beruhigung“ hinzu. Die wiederholten Arztbesuche verhinderten eine Habituation an seine Krankheitsangst und verstärkten sie stattdessen. Er lernte hier, daß seine Angst nur über die ärztliche Versicherung, er sei gesund, kurzfristig reduziert werden konnte. In der Folge wurde sein Bedarf nach beruhigenden ärztlichen Äußerungen zunehmend stärker, während die Phasen der Beruhigung immer kürzer anhielten. Neben der ärztlichen Beruhigung traten bei dem Patienten mit der Zeit noch andere Verhaltensweisen auf, die alle zum Ziel hatten, ihn in seiner Krankheitsfurcht zu beruhigen. So kam er mit Bekannten in Alltagsgesprächen immer wieder auf das Thema multiple Sklerose zu sprechen und wollte von ihnen beruhigende Äußerungen hören (etwa ein Bekannter, der als Krankenpfleger arbeitete, mußte mehrmals die Beschwerden von Patienten, die an multipler Sklerose litten, schildern und dem Patienten versichern, daß seine Beschwerden damit nichts zu tun hätten).

Weiterhin begann der Patient, aus Angst vor dem erneuten Auftreten von Schwächegefühlen Sport zu vermeiden. Während Herr C. früher sehr viel gejoggt und Tennis gespielt hatte, gab er im Laufe seiner Krankheit diese Betätigungen völlig auf und war in einem dementsprechend schlechten Trainingszustand; schon nach kleinsten körperlichen Beanspruchungen empfand er ein Gefühl von körperlicher Schwäche. Dieses Vermeidungsverhalten trug somit zur Verstärkung seiner Beschwerden bei.

Als entscheidend für die Aufrechterhaltung der Hypochondrie können folgende Verhaltensweisen des Patienten angesehen werden: (1) Aufmerksamkeitszuwendung des Patienten hin auf körperliche Vorgänge, (2) die fehlerhafte Interpretation dieser Vorgänge als Hinweis auf die gefürchtete Krankheit und das damit einhergehende (3) Vermeidungsverhalten (hier vor allem die Arztbesuche). Die Behandlung setzte entsprechend an allen drei Elementen an.

4 Interventionsprinzip

Therapieplanung

Zur Planung und Vorbereitung der Therapie wurden mit dem Patienten gemeinsam Ziele der Therapie festgelegt. Diesem Punkt wird in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung der Hypochondrie ein zentraler Stellenwert beigemessen (vgl. Salkovskis, 1989), insbesondere wenn der Patient stark an der körperlichen Verursachung seiner Beschwerden festhält, was bei Herrn C. der Fall war. Als vorbereitender Schritt wurde zunächst eine positive psychologische Definition des Problems des Patienten angestrebt. Herrn C. wurde angeboten, in der Therapie gemeinsam mit der Therapeutin nach einer psychologischen Alternativerklärung für seine körperlichen Beschwerden zu suchen.

Nachdem der Patient nach anfänglicher Skepsis gegenüber einer Psychotherapie sich selbst eingestehen mußte, daß seine bisherigen Umgangsformen mit seinen Beschwerden (z. B. wiederholte Arztbesuche, gesunde Ernährungsweise, Studium von Fachliteratur) langfristig ohne Effekt geblieben waren, fand er sich bereit, das Behandlungsangebot anzunehmen.

Es wurde vereinbart, daß der Patient während der psychologischen Behandlung möglichst keine medizinische Hilfeleistungen im Zusammenhang mit seinen Beschwerden in Anspruch nehmen sollte. Als vorrangiges Ziel in der Behandlung wurde die kognitive Bearbeitung der übermäßigen Krankheitssorgen festgelegt, weil diese für den Patienten einen hohen Leidensdruck ausübten. Da Herr C. zudem nicht über adäquate Umgangsformen mit Streß verfügte, sollte als späteres Therapieziel ein Streßbewältigungstraining durchgeführt werden.

Veränderung der Krankheitssorgen

Zunächst wurde Herr C. dazu angehalten, genau zu beobachten, wann seine Beschwerden auftauchten, was ihm währenddessen durch den Kopf ging und wie er sich daraufhin verhielt. Als Hilfsmittel diente hier das Protokollieren in einem Tagebuch, das der Patient jedes Mal im Anschluß an die Beschwerden ausfüllte. Es zeigte sich, daß Herr C. seinen Körper ständig nach ungewöhnlichen Empfindungen absuchte. Bei wahrgenommenen körperlichen Veränderungen fing er sofort an, sich deswegen zu ängstigen und ein starkes Bedürfnis nach ärztlicher Beruhigung zu entwickeln. Durch die zusätzliche Sorge um seine Frau und sein Kind befand sich somit der Patient auf einem dauerhaft erhöhten Erregungsniveau.

Im weiteren wurde der Patient noch einmal über den Verlauf seiner Beschwerden befragt. Anhand der Methode des „geleiteten Entdeckens“ wurde herausgearbeitet, daß der Beginn seiner Krankheitsangst zeitlich parallel zu einem für ihn belastungsreichen Lebensabschnitt lag. Als weiterer Schritt wurde der o. g. Teufelskreis als Erklärungsmodell in Bezug zu seiner individuellen Biographie gesetzt. Besonderes Gewicht wurde auf die Bedeutung von Aufmerksamkeitszuwendung für die Verstärkung der Symptome gelegt. Es ging nun weiterhin darum, gezielt Erfahrungen und Argumente zu sammeln, die für oder auch gegen die Alternativerklärung sprachen.

In den folgenden Sitzungen wurden die wichtigsten hypochondrischen Befürchtungen des Patienten mit Hilfe eines Korrekturschemas zur Reattribution der Interpretationen der gefürchteten körperlichen Vorgänge angegangen (vgl. Margraf & Schneider, 1990). Als erste Befürchtung wurde die Sorge, an einer neurologischen Krankheit bzw. multipler Sklerose zu leiden besprochen. Der Patient wurde befragt, wie stark er *während* und *außerhalb* der Beschwerden davon überzeugt sei, an einer neurologischen Erkrankung zu leiden. Er gab eine Überzeugung von 100 % während und 80 % außerhalb der Beschwerden an. Als nächster Schritt sollte der Patient alle Gründe nennen, die seiner Meinung nach für die neurologische Erkrankung sprachen. Der Patient nannte u. a. „die Symptome sind denen einer multiplen Sklerose ähnlich“, „ein Arzt habe ihm gesagt, daß man nie ausschließen könnte, an multipler Sklerose zu erkranken“, „die Symptome kämen schubweise“, „die Symptome träten auch ohne Anspannung auf“. Nachdem der Patient keine weiteren Gründe für seine Befürchtung nennen konnte, wurde er aufgefordert, alle Gründe zu sammeln, die seiner Meinung nach gegen seine Befürchtung sprachen. Dieser Punkt fiel dem Patienten erwartungsgemäß deutlich schwerer. Er zählte die vielen Arztbesuche auf, bei denen sich niemals ein anhaltender positiver Befund ergeben

hatte. Außerdem wunderte ihn, daß früher beim Tennis die Symptome verschwunden waren.

Es wurden nun alle Argumente für und gegen eine Krankheit ausführlich diskutiert. Besonders wichtig erschien hierbei eine ausführliche Diskussion des Punktes, eine 100 %ige Zusicherung vom Arzt zu erwarten, nie an einer schweren Krankheit zu erkranken. Dem Patienten wurde an dieser Stelle verdeutlicht, daß kein Mensch diese Sicherheit habe und jeder mit dem Risiko zu erkranken lebe. Herrn C. wurde in diesem Zusammenhang deutlich, daß auch sein Streben nach größtmöglicher Sicherheit nie zu einer wirklichen Beruhigung führte, ihn in seiner Lebensführung (z. B. durch ständige Arztbesuche) vielmehr deutlich einschränkte.

Um dem Patienten die Rolle der Aufmerksamkeitszuwendung auf körperliche Vorgänge zu verdeutlichen, wurde mit ihm eine Reihe von Verhaltensexperimenten durchgeführt. U. a. wurde der Patient dazu aufgefordert, seinen Arm für fünf Minuten genau zu beobachten und zu prüfen, ob er nicht ein Kribbeln oder ein taubes Gefühl wahrnehmen könnte. Er wurde darauf hingewiesen, so genau wie möglich seinen Arm zu beobachten, um wirklich jede Veränderung festzustellen. Der Patient konnte nach fünf Minuten tatsächlich ein Kribbeln in seinen Fingerspitzen beobachten. Dem Patienten wurde jetzt erläutert, daß durch eine dauerhafte Beschäftigung mit dem Körper Symptome produziert werden könnten. Dies sei vergleichbar mit einem Phänomen, von dem junge Eltern häufig berichten: Durch ihre Sorge, ihr Baby auch rechtzeitig schreien zu hören, nähmen sie auf dem Hintergrund einer allgemeinen Geräuschkulisse vermeintliche Geräusche ihres Babys wahr, die es in Wirklichkeit gar nicht gemacht habe. Dieses Beispiel konnte Herr C., der selbst zwei Kinder hatte, gut nachvollziehen.

Darüber hinaus wurde Herrn C. erklärt, daß man nicht immer jede Körperempfindung erklären könne und daß dies auch nicht notwendig sei. Ziel müsse sein, nicht mit jeder wahrgenommenen körperlichen Empfindung in eine Gedankenkette hinsichtlich einer möglichen zugrundeliegenden Erkrankung zu geraten. Nachdem über mehrere Therapiestunden alle Argumente für und wider die Krankheitsbefürchtungen des Patienten diskutiert worden waren, sollte er noch einmal einschätzen, wie stark er von der Krankheitsinterpretation und von der psychologischen Alternativerklärung überzeugt sei. Der Patient gab an, nur noch zu 5 % an seine Krankheitsinterpretation zu glauben und zu 95 % an die Alternativinterpretation. Diese Einschätzung konnte als zufriedenstellend betrachtet werden, und es wurde nun der zweite Teil der Therapie begonnen.

Stressbewältigungstraining

Da sich in der diagnostischen Phase Probleme von Herrn C. im Umgang mit Stressituationen gezeigt hatten, sollte ein adäquater Umgang mit Stress erlernt werden. Der Patient hatte bereits begonnen, an einer Entspannungsgruppe teilzunehmen. Ein Problem zu Beginn in der Entspannungsgruppe war, daß Herr C. durch die Entspannung noch besser in der Lage war, Körperprozesse wahrzunehmen, was regelmäßig seine Krankheitsfurcht reaktivierte. In der Einzeltherapie wurden diese Probleme besprochen und im Sinne des oben erwähnten Modells erklärt. Im Einklang mit der Habituationstheorie konnte Herr C. diese Körpervorgänge mit der Zeit zunehmend tolerieren, so daß er sich am Ende der Entspannungsgruppe gut auf die Übungen einlassen konnte.

Neben der Einübung in progressiver Muskelrelaxation wurde mit Herrn C. ein Problemlösetraining durchgeführt. Anhand einer schwierigen Situation aus seinem Berufsleben wurden mit dem Patienten exemplarisch folgende Schritte besprochen. 1. Was ist das Problem?, 2. Problem- und Zieldefinition, 3. Brainstorming der Lösungsmöglichkeiten, 4. Diskussion der einzelnen Strategien, 5. Entscheidung für eine Strategie, 6. Planen, wie die ausgewählte Strategie am besten verwirklicht werden kann, 7. Rückblick und Bewertung. Als Hausaufgabe sollte der Patient anhand weiterer schwieriger Situationen das Problemlöseverfahren einüben, um es so bei zukünftigen belastenden Situationen effektiv anwenden zu können. Der Patient absolvierte diese Hausaufgabe ohne Schwierigkeiten.

Schließlich wurde mit Herrn C. eine Analyse logischer Fehler durchgeführt. Insbesondere in Belastungssituationen zeigte er verstärkt Gedanken wie „ich bin ein Versager“, „ich schaffe das nicht“, „mir gelingt nie etwas“. Gemeinsam mit Herrn C. wurden anhand eines Sokratischen Dialogs angemessenere Gedanken zur Stressbewältigung entwickelt (z. B. „ich schaffe das schon“, „ich muß nicht alles können“).

Rückfallprophylaxe

Zum Abschluß der Therapie wurde der Patient gebeten, alle Fertigkeiten und alle ihm wichtigen Ereignisse aus der Therapie schriftlich festzuhalten. Der Patient nannte als eine für ihn neue Erfahrung, daß er erleben konnte, wie durch Stress und durch Aufmerksamkeitswendung auf körperliche Vorgänge neue Symptome entstehen könnten. Er betonte, wie wichtig es für ihn war, eine Erklärung für seine Empfindungen bekommen zu ha-

ben. Außerdem war ihm hilfreich zu erkennen, daß man sich an diese Symptome gewöhnen konnte und sie folglich nicht mehr beängstigend waren.

Herr C. wurde noch einmal aufgefordert einzuschätzen, wie stark er momentan daran glaube, an einer neurologischen Erkrankung zu leiden. Er gab 2 % an und fügte hinzu, daß generell seine Furcht vor Erkrankungen deutlich gesunken sei, da er erkannt habe, daß das Bestreben, eine Erkrankung möglichst früh zu entdecken, nicht verhindern könnte, schließlich doch an einer Krankheit zu sterben.

Der Patient wurde abschließend darauf hingewiesen, daß es wieder Zeiten geben könnte, in denen er sich sehr gestreßt und überfordert fühlt. Wichtig wäre dann, die gelernten Fertigkeiten aus der Therapie erneut anzuwenden und die Streßsituation problemorientiert anzugehen.

Herr C. fühlte sich bei Abschluß der Therapie gut. Er war über die gesamte Therapie zu keiner medizinischen Untersuchung gegangen und hatte auch keine Medikamente eingenommen. Er war deutlich entspannter, litt weniger unter der Sorge um seine Familie und sah neuen schwierigen Situationen zuversichtlich entgegen.

In der gegen Ende der Therapie noch einmal gegebenen Fragebogenbatterie bestätigte sich der klinische Eindruck. In dem Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen wies der Patient deutlich erniedrigte Werte auf (1,2). In der Symptom-Checkliste (SCL-90) zeigte er auf der Skala „Somatisierung“ ebenfalls einen niedrigen Wert (0,8). Im Fragebogen zur Belastung und Einschränkung infolge der Hypochondrie gab der Patient an, sich in den Bereichen Arbeit und Freizeit wenig, im familiären Bereich sich gar nicht beeinträchtigt zu fühlen.

Katamnese

Zum katamnestischen Gespräch nach sechs Monaten kam Herr C. gutgelaunt und berichtete, daß die bisher angstausslösenden körperlichen Symptome für ihn ihre Schrecken verloren hätten. Seine berufliche Situation hatte sich entspannt, und er war vor drei Monaten befördert worden, nachdem er Rücksprache mit seinem Chef gehalten habe. Hinsichtlich der Sorge um den Entwicklungsrückstand seines Kindes suche er nun das für ihn hilfreiche Gespräch mit anderen betroffenen Eltern.

Bis zum Katamnesezeitpunkt zeigte sich der Therapieerfolg stabil, was als prognostisch günstig zu betrachten war. Eine zuversichtliche Prognose wurde auch dadurch unterstützt, daß der Patient über einen angemesseneren Umgang mit Krankheit berichtete. Er bewertete eine mittlerweile auf-

getretene schwere Krankheit völlig neu und versuchte nicht mehr mit allen Mitteln, einer Krankheit vorzubeugen.

5 Resümee

Der Erfolg der Therapie läßt sich maßgeblich auf die intensive Reattribution der Interpretationen der gefürchteten körperlichen Symptome zurückführen, da sie zentral für die Aufrechterhaltung der hypochondrischen Sorgen waren. Als gewinnbringend hat sich darüber hinaus die Kombination mit einem Streßmanagement gezeigt. Dadurch konnte beim Patienten eine deutliche Streßreduktion erreicht werden, die wiederum das Auftreten der gefürchteten körperlichen Symptome minderte.

Literatur

- Ehlers, A., Margraf, J. & Chambless, D. (1993). *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Frauke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Versionen (SCL-90-R)*. Göttingen: Beltz.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1990). *Panik – Angstanfälle und ihre Behandlung* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S., Ehlers, A. (1991). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Salkovskis, P.M. (1989). Somatic problems. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D. Clark, *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: University Press.