

Gaby Bleichhardt

Florian Weck

Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst

Gaby Bleichhardt
Florian Weck

Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst

Mit 18 Abbildungen, 23 Tabellen und 26 Arbeitsblättern

Dr. Gaby Bleichhardt

Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie
Staudinger Weg 9
55099 Mainz

Florian Weck

Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie
Staudinger Weg 9
55099 Mainz

ISBN 978-3-540-46854-7 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2007

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Dr. Svenja Wahl

Projektmanagement: Michael Barton

Lektorat: Friederike Moldenhauer, Hamburg

Layout und Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH, Würzburg

SPIN 11891673

Vorwort

No man is an island
John Donne, 17. Jh.

Kein Mensch ist eine Insel. Dieses Buch wäre nicht entstanden ohne die Mithilfe einer Vielzahl von Personen.

Das Manual beruht zu einem guten Teil auf unseren Erfahrungen, die wir mit den Patienten machen durften, die sich vertrauensvoll an unseren Behandlungsschwerpunkt »Krankheitsangst« wandten und bereitwillig diverse Fragebogen ausfüllten. Ihnen gebührt unser Dank.

Dass wir den Schwerpunkt seit Winter 2004 anbieten konnten, ist vor allem dem Leiter der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie, Herrn Professor Doktor Wolfgang Hiller, zu verdanken. Er ließ uns freie Hand im Aufbau dieses Behandlungsangebots und war uns mit seinem fundierten Fachwissen eine große Hilfe.

Das Konzept zur Behandlung der Krankheitsangst lehnt sich in einigen Aspekten an die Therapie der somatoformen Störungen an, wie sie in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck seit 1998 durchgeführt wird. In dem Zusammenhang dankt die Erstautorin den vielen Kolleginnen und Kollegen des damaligen Arbeitskreises »Soma-Gruppe«, und zwar speziell Doktor Barbara Timmer, Professor Doktor Manfred M. Fichter sowie dem Projektleiter Professor Doktor Winfried Rief für seine Tatkraft und Fachkompetenz.

Bevor wir das Manuskript an den Verlag gaben, stand uns eine Reihe von Freunden und Kollegen mit Rat, Tat und rotem Stift zur Seite. Herzlichen Dank für die Sorgfalt, Aufmerksamkeit und Ehrlichkeit an Doktor Andrea Benecke, Doktor Markus Bentrup, Corinna Gietl, Ines Leu, Doktor Jörg Mitze, Diana Rübler, Axel Springer und Doktor Katrin Wambach.

Dr. Gaby Bleichhardt
Florian Weck
Mainz, im Januar 2007

Geleitwort

Die Angst vor Krankheit und dem Tod sind Urängste der Menschheit. Im Verlauf seines Lebens setzt sich jeder Mensch in mehr oder weniger intensiver Form mit dem eigenen Körper auseinander, entdeckt dessen Fähigkeiten und Grenzen, wird letztlich auch mit seiner Hinfälligkeit konfrontiert. Deshalb zieht sich dieses Thema wie kaum ein anderes als roter Faden durch die Menschheitsgeschichte und ist in den überlieferten Lebensformen, aber auch im kulturellen Schaffen in vielerlei Variationen repräsentiert.

Das vorliegende Buch handelt von der klinischen Seite dieser Urängste, nämlich vom Krankheitsbild der Hypochondrie. So sehr Krankheitsängste zum normalen menschlichen Leben dazugehören, so sehr können sie auch „entgleisen“ und übersteigerte, unrealistische Formen annehmen. Dies gilt im Prinzip für alle psychologischen Phänomene. Normale Gefühle von Niedergeschlagenheit beispielsweise finden ihr Extrem in krankhaft gesteigerter Melancholie, Kontrollbedürfnisse können zu absurden Zwangsritualen verdichtet sein. In vergleichbarer Form steigern sich Krankheitsängste manchmal zu übersteigerten Überzeugungen, kaum korrigierbaren Wahrnehmungen vermeintlicher körperlicher Krankheitszeichen und krassen Fehlbewertungen medizinischer Befunde. Es besteht kein Zweifel, dass massive und andauernde Krankheitsängste als ernste psychische Störung zu betrachten sind und die Behandlungsindikation in einer Verminderung des persönlichen Leids und der begleitenden psychosozialen Beeinträchtigungen liegt.

Nach jahrzehntelanger Stagnation und meist eher enttäuschenden Therapieergebnissen hat es erst in den letzten Jahren in der internationalen Hypochondrieforschung wesentliche und entscheidende Neuentwicklungen gegeben. Diese sind für das vorliegende Behandlungsmanual in bewundernswerter Vollständigkeit zusammengetragen und zu einem einheitlichen, in sich konsistenten Therapiemodell verbunden worden. Der Behandlungsansatz, der von Gaby Bleichhardt und Florian Weck hier entwickelt wird, ist erst durch die betont störungsspezifische Ausrichtung der wissenschaftlichen Psychotherapie möglich geworden. In der Vergangenheit haben sich Psychotherapeuten vorschnell sozial-interaktionellen Aspekten zugewandt und dabei die spezielle hypochondrische Problematik ihrer Patienten vielfach ignoriert. Im vorliegenden Manual wird diese Perspektive umgedreht: Im Mittelpunkt steht der Patient mit seinen körper- und krankheitsbezogenen Ängsten, seinen Interpretationen und Bewertungen, und seinem Krankheitsverhalten, das den Alltag und die Lebenswirklichkeit maßgeblich bestimmt. Viele familiäre und soziale Probleme können als Folge des hypochondrischen Krankheitsbilds verstanden werden und lassen sich daher logisch in den Therapieansatz integrieren. Diese Perspektive eröffnet einen völlig neuen Behandlungszugang.

Dem vorliegenden Manual kann bescheinigt werden, dass es sich definitiv auf dem Stand des aktuellen internationalen Forschungswissens zur Hypochondrie und ihrer Behandelbarkeit mit psychotherapeutischen Methoden befindet. Es ist dem empirisch-wissenschaftlichen Grundgedanken verpflichtet. Der Leser bekommt einen Überblick über die insgesamt sehr hoffnungsvollen Ergebnisse bisheriger Therapiestudien, in denen dieser neue Ansatz bereits evaluiert wurde. Wir sind daher überzeugt, dass das Manual seinen Weg in die psychotherapeutische Praxis findet und dazu beiträgt, die psychotherapeutische Kompetenz zu erhöhen und das Leid der betroffenen Patienten nachhaltig zu lindern. Wir sind überzeugt, dass Gaby Bleichhardt und Florian Weck für dieses Buch höchste Anerkennung verdienen, da sie einen entscheidenden Meilenstein in der Behandlung von Krankheitsängsten und Hypochondrie setzen.

Bleichhardt, Weck: Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst

Der Wegweiser zum Therapiemanual

Leitsystem:
schnelle Orientierung
über alle Kapitel

Hinweise:
Arbeitsblätter am
Ende des Buches

Fallbeispiel:
konkrete Patienten-
beispiele

Therapie & Dialog:
Formulierungsvorschläge &
Dialogbeispiele

1.1 Erscheinungsbild

Hauptmerkmal der Hypochondrie ist die Angst oder Überzeugung, an einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden, ohne dass eine derartige Befürchtung durch einen medizinischen Befund gestützt wird. Häufig befürchtete Krankheiten sind Krebs, Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, Aids und neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Multiple Sklerose oder Demenzerkrankungen. Die Belastung durch diese Sorgen und Ängste ist in ihrem Ausmaß recht unterschiedlich und reicht von leichten Beeinträchtigungen bis hin zur Arbeitsunfähigkeit, massiven depressiven Zuständen und stationären Klinikaufenthalten. Als Auslöser dieser Ängste gelten körperliche Empfindungen, Veränderungen oder Auffälligkeiten, die als Zeichen für die befürchtete

➤ ▶ Arbeitsblatt 9 »Was steuert die Stressreaktion?«

Fallbeispiel: Herr K.

Herr K. ist ein 54-jähriger selbstständiger Akademiker. Er hat Angst davor, an amyotropher Lateralsklerose (ALS), einer degenerativen Erkrankung des zentralen Nervensystems, zu leiden. Der Beginn seiner Ängste liegt neun Jahre zurück. Damals erkrankte seine Mutter an ALS. In dieser Zeit informierte er sich ausführlich über die Krankheit. Nach dem Tod seiner Mutter entwickelte er Ängste, auch an ALS zu erkranken und beobachtete für die Krankheit typische Symptome an sich, wie z. B. Muskelzuckungen. Verschiedene Arztbesuche waren ohne pathologischen Befund. Erst eine ausführliche apparative Untersuchung beim Neurologen konnte ihn zeitweise beruhigen. Im Ab

Therapie & Dialog

Beispielhafte Therapeutenaussagen zur Vermittlung fachspezifischer Kompetenz

»Ich vermute, Sie denken manchmal auch während der Arbeit an Ihre Krankheitsangst. Und dann fällt es Ihnen schwer, konzentriert Ihrer Arbeit nachzugehen?«

»Viele Patienten mit Krankheitsangst erleben die Arztbesuche nach einiger Zeit als unangenehm. Ist das bei Ihnen auch der Fall?«

»Den meisten Patienten mit Krankheitsängsten, die hier behandelt wurden, geht es nach der Behandlung deutlich besser.«

❗ Der Aufbau von Therapiemotivation wird als eine Aufgabe der Psychotherapie begriffen. Ein gewisses Maß an anfänglicher Mitarbeitsmotivation ist jedoch notwendige Bedingung für die Aufnahme einer Psychotherapie.

Wichtig: Das sollten Sie beachten!

4.10 · 4. Einzelsitzung: Worst-Case Konfrontation in sensu



■ **Abb. 4.1.** Vorlage für Engel- und Teufelkarten

Exkurs

Sonderfall: Vermeidung von Arztbesuchen

Zuweilen kommt es vor, dass Patienten mit Hypochondrie auch das Gegenteil von »Doctor Shopping« zeigen: Sie gehen nicht zum Arzt, auch wenn sie es vielleicht tun sollten. Die Angst der Betroffenen vor einem positiven Befund, also einer Bestätigung der Krankheitsbefürchtung, ist so groß, dass sie den Arztbesuch nicht wagen. Häufig argumentieren sie, lieber mit der Ungewissheit, lebensgefährlich erkrankt zu sein, leben zu wollen als mit der Gewissheit, bald sterben zu müssen.

☉ Rund jeder zehnte Deutsche leidet unter ernst zu nehmenden Krankheitsängsten.

Es ist denkbar, dass der Patient tatsächlich die Krankheit hat, die er befürchtet. Bevor eine Psychotherapie begonnen wird, sollte sichergestellt werden, dass die Wahrscheinlichkeit für die befürchtete Krankheit sehr gering ist. In der Regel ist dies unproblematisch, da die meisten Patienten eher zu gründlich als zu wenig auf die befürchteten Krankheiten hin untersucht worden sind.

Wahrscheinlichkeit für die befürchtete Krankheit sollte gering sein

**4.10 4. Einzelsitzung:
Worst-Case Konfrontation in sensu**

Themenübersicht 4. Einzelsitzung

- Besprechen der Aufgabe: Reduktion von Arztbesuchen (► Kap. 3.3.2)
- Konfrontation in sensu mit der Vorstellung, die befürchtete Krankheit zu haben (► Kap. 3.3.6)

Exkurse: geben Zusatzinformationen

Fazit: kurze Zusammenfassungen

Marginalien: dienen der schnellen Orientierung im Text

Inhaltliche Übersichten: Aufzählungen, Aufbau der Sitzungen etc.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1	5	Mögliche Komplikationen und häufige Fragen	183
1 Grundlagen zum Störungsbild	5	5.1	Probleme in Zusammenhang mit der Rückversicherung	184
1.1 Erscheinungsbild	6	5.2	Kürzere Behandlungen subklinischer Hypochondrie	187
1.2 Begriffsbestimmung	16	5.3	Vereinfachtes Krankheitsmodell	189
1.3 Diagnostik	20	5.4	Krankheitsangst bei vorhandenen Krankheiten	190
1.4 Epidemiologie	30	5.5	Weiterführende Literatur	191
1.5 Erklärungsansätze	35	6	Evaluation des Behandlungsprogramms	193
2 Kognitiv-behaviorale Therapieansätze und ihre Wirksamkeit	49	6.1	Beschreibung des Klientels	194
2.1 Kognitiv-behaviorale Therapieansätze	50	6.2	Auswertung klinischer Instrumente	195
2.2 Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie	58	6.3	Patienten- und Therapeutenurteile zum Therapieerfolg	196
3 Manualisierte Einzeltherapie	63	6.4	Ergebnisse einer Wartegruppe	198
3.1 Einführung	64	6.5	Anteil erfolgreicher Therapien	198
3.2 Informationsvermittlung und kognitiver Schwerpunkt	81	Literaturverzeichnis		201
3.3 Verhaltensorientierter Schwerpunkt	124	Arbeitsblätter		209
3.4 Weitere Therapie und Therapieabschluss	154	Sachverzeichnis		239
4 Manualisierte Gruppen- und Einzeltherapie	167			

Einleitung

Wenn an unserem Auto etwas kaputt ist, bringen wir es in eine KFZ-Werkstatt.

Läuft die Waschmaschine nicht mehr, holen wir den Techniker.

Spüren wir Krankheitszeichen in unserem Körper, gehen wir zum Arzt.

So weit, so gut, nicht wahr?

Was passiert, wenn wir zum Arzt gehen, der uns untersucht und dann gar nicht für krank hält?

Was passiert, wenn wir dadurch allenfalls kurz beruhigt sind, aber das Gefühl, krank zu sein, immer stärker wird? Wenn wir in unserem Körper eindeutige, immer stärkere Zeichen dafür spüren, dass etwas nicht in Ordnung ist?

Dann versuchen wir es bei einem anderen Arzt. Der sagt uns in etwa das Gleiche wie sein Kollege. Wir fragen Freunde und Bekannte. Wir informieren uns über das Internet und medizinische Bücher. Danach wissen wir eine ganze Menge über Krankheiten. Leider auch über andere als diejenige, die wir ursprünglich befürchtet haben. Vielleicht ist es gar kein Magenkrebs, sondern Bauchspeicheldrüsenkrebs? Bauchspeicheldrüsenkrebs hat eine viel schlechtere Prognose als Magenkrebs.

Schlauer sind wir durch unsere Recherche vermutlich geworden, gesünder nicht.

Die Körpersymptome dauern an. Es entwickeln sich diffuse und sehr unangenehme Ängste, bald elendig an einer unentdeckten Krankheit zugrunde zu gehen.

Dies geht Monate, und schließlich Jahre lang so weiter.

Nichts wird besser, alles wird schlimmer.

Wenn wir im Privatleben etwas über unsere Krankheitszeichen äußern, reagieren Familie, Freunde, Bekannte genervt. Die guten Tipps vom Anfang, welcher Arzt gut ist und welches Medikament man einmal ausprobieren sollte, gibt es nicht mehr. Auch die Besorgnis der anderen um unser eigenes Wohl ist verschwunden.

Wenn wir nun zum Arzt gehen, begrüßt der uns mit »Ach, Sie mal wieder!«. Wie peinlich. Die Ärzte untersuchen uns längst nicht mehr so gründlich wie zu Beginn. Sie halten uns für einen Hypochonder. Unverschämtheit!

Wir fühlen uns nicht mehr ernst genommen, weder von Fachleuten, noch von den Menschen, die uns früher unterstützt haben und von denen wir dies eigentlich immer noch erwarten. Verschiedene Personen raten uns zu einer Psychotherapie.

Psychotherapie? Wir sind doch nicht verrückt, wir sind krank!

In diesem Konflikt stehen Patienten in der Regel, bevor sie eine Psychotherapie beginnen. Bereits das erste Beratungsgespräch in Anspruch zu nehmen, kostet viel Überwindung und Courage. Schafft man es bis in das Therapiezimmer des Psychotherapeuten, ist man vorsichtig, skept-

tisch oder ängstlich. Oft bestehen Vorurteile darüber, was in einer Therapie passiert: Man muss sich dem Therapeuten hilflos ausliefern, sich vielleicht sogar auf eine Couch legen oder peinliche Geschichten aus dem eigenen Leben erzählen. Vielleicht hält der Psychotherapeut einen auch für so verrückt, dass man gleich in eine Anstalt eingewiesen wird. Der eine oder die andere hofft, möglichst schnell wieder aus dem Zimmer herauszukommen. Egal wie, schließlich hat man's doch nicht am Kopf, sondern am Körper.

Das vorliegende Buch widmet sich der Behandlung dieses Klientels. Es soll Psychotherapeuten den Umgang mit krankheitsängstlichen Patienten erleichtern und zeigt Wege auf, wie man die zuweilen schwierige Eingangsphase überwinden kann. Sein Hauptziel ist die ausführliche Anleitung zur Behandlung der Krankheitsangst im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie. Um so konkret wie möglich Anleitungen zu bieten, enthält das Manual zahlreiche Verhaltensübungen, Therapedialoge sowie Arbeits- und Informationsblätter.

Das Werk basiert auf dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Hypochondrie und Krankheitsangst (► Kap. 1), internationaler empirisch-evaluierter Therapieverfahren für dieses Störungsbild (► Kap. 2) sowie unseren eigenen therapeutischen Erfahrungen. Diese sammelten wir teils zuvor, teils seit Gründung des Behandlungsschwerpunktes »Krankheitsangst« im Herbst 2004 mit diesem Klientel an der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie, der Hochschulambulanz für Forschung und Lehre an der Universität Mainz. Da sowohl Gruppen- als auch Einzeltherapie vielerlei positive Effekte haben, bieten wir im Rahmen dieses Schwerpunktes ein manualisiertes, kognitiv-behaviorales Programm über 9 Doppel- und 6 Einzelsitzungen an. Da es vermutlich für nur wenige der Leser und Leserinnen praktikabel sein dürfte, eine kombinierte Einzel- und Gruppentherapie anzubieten, stellt der Hauptteil des Buches (► Kap. 3) das an die Einzeltherapie adaptierte Manual dar. ► Kap. 4 gibt einen Überblick über unser Vorgehen und ergänzt das Programm um Übungen und Einheiten, die besonders für Therapiegruppen geeignet sind. Hilfestellung für mögliche Komplikationen sowie Antworten auf häufige Fragen werden in ► Kap. 5 dargestellt.

Zum Zeitpunkt der Drucklegung waren 47 Patienten mit einer nach DSM-IV diagnostizierten Hypochondrie in das Behandlungsprogramm aufgenommen worden. Die Behandlung wurde von der überwiegenden Mehrheit gut akzeptiert, und die bisherigen Effektivitätsnachweise sind mehr als zufrieden stellend (► Kap. 6).

Auch wenn die Hypochondrie seit mehreren Jahrhunderten bekannt ist, ist sie ein Stiefkind von Forschung und wissenschaftlich orientierter Psychotherapie geblieben. Dieses Buch ist gegenwärtig das

einziges deutschsprachige Manual zur Behandlung dieses Störungsbildes.

Etwa die Hälfte hypochondrischer Patienten ist weiblich. Wir bitten diese im Besonderen und alle Leserinnen im Allgemeinen um Nachsicht, dass wir uns durchgehend für die männliche Sprachform entschieden haben.

Grundlagen zum Störungsbild

1.1 Erscheinungsbild – 6

- 1.1.1 Emotionales Merkmal: Ängste – 8
- 1.1.2 Körperliche Merkmale – 8
- 1.1.3 Kognitive Merkmale: Aufmerksamkeitsausrichtung, Krankheitsüberzeugungen und Erinnerungen – 10
- 1.1.4 Verhaltensbezogene Merkmale – 11

1.2 Begriffsbestimmung – 16

- 1.2.1 Geschichte des Begriffs »Hypochondrie« – 16
- 1.2.2 Weitere Begriffe für Hypochondrie – 17
- 1.2.3 Die dimensionale Betrachtung der Hypochondrie – 17
- 1.2.4 Primäre und sekundäre Hypochondrie – 19

1.3 Diagnostik – 20

- 1.3.1 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV und ICD-10 – 20
- 1.3.2 Kritik an den diagnostischen Kriterien – 20
- 1.3.3 Diagnostische Verfahren zur Erfassung von Krankheitsängsten – 23
- 1.3.4 Differentialdiagnostik – 27

1.4 Epidemiologie – 30

- 1.4.1 Auftretenshäufigkeit – 30
- 1.4.2 Beginn und Verlauf – 32
- 1.4.3 Zusammenhang mit Geschlecht, Alter und anderen psychischen Störungen – 34

1.5 Erklärungsansätze – 35

- 1.5.1 Vulnerabilität und Prädisposition – 36
- 1.5.2 Auslösende Faktoren – 38
- 1.5.3 Aufrechterhaltende Bedingungen – 39
- 1.5.4 Ein kognitiv-behaviorales Gesamtmodell – 45

Hauptmerkmal Angst oder Überzeugung**1.1 Erscheinungsbild**

Hauptmerkmal der Hypochondrie ist die Angst oder Überzeugung, an einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden, ohne dass eine derartige Befürchtung durch einen medizinischen Befund gestützt wird. Häufig befürchtete Krankheiten sind Krebs, Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, Aids und neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Multiple Sklerose oder Demenzerkrankungen. Die Belastung durch diese Sorgen und Ängste ist in ihrem Ausmaß recht unterschiedlich und reicht von leichten Beeinträchtigungen bis hin zur Arbeitsunfähigkeit, massiven depressiven Zuständen und stationären Klinikaufenthalten. Als Auslöser dieser Ängste gelten körperliche Empfindungen, Veränderungen oder Auffälligkeiten, die als Zeichen für die befürchtete Krankheit angeführt werden. Im Einzelfall ist das Erscheinungsbild der Hypochondrie vielfältig, wie die nachfolgenden Fallbeispiele verdeutlichen sollen.

Fallbeispiel: Herr K.

Herr K. ist ein 54-jähriger selbstständiger Akademiker. Er hat Angst davor, an amyotropher Lateralsklerose (ALS), einer degenerativen Erkrankung des zentralen Nervensystems, zu leiden. Der Beginn seiner Ängste liegt neun Jahre zurück. Damals erkrankte seine Mutter an ALS. In dieser Zeit informierte er sich ausführlich über die Krankheit. Nach dem Tod seiner Mutter entwickelte er Ängste, auch an ALS zu erkranken und beobachtete für die Krankheit typische Symptome an sich, wie z. B. Muskelzuckungen. Verschiedene Arztbesuche waren ohne pathologischen Befund. Erst eine ausführliche apparative Untersuchung beim Neurologen konnte ihn zeitweise beruhigen. Im Abstand von ca. 6 Monaten entwickelte er jedoch immer wieder neue Ängste vor Krankheiten, wie z. B. Krebs oder Erkrankungen des Herzkreislaufsystems. Auch die Angst vor ALS taucht immer wieder auf. Immer wenn Symptome wie z. B. Schmerzen, Muskelzuckungen oder Herzklopfen auftreten, ist er besorgt und informiert sich im Internet über mögliche ernsthafte Erkrankungen. Die häufigen Arztbesuche sind ihm hoch peinlich und beruhigen ihn immer nur kurzfristig. Viel versprach er sich von einem einwöchigen Klinikaufenthalt in einer Spezialklinik für Herzerkrankungen. Dieser Aufenthalt sollte der diagnostischen Abklärung dienen und ihm endgültig langfristig Beruhigung verschaffen. Da seine Krankenkasse keine Indikation für den Aufenthalt sah, übernahm er selbst die hohen Kosten. Das Ergebnis der Untersuchungen war wieder ohne pathologischen Befund. Trotzdem begann er nach wenigen Wochen erneut zu zweifeln, ob nicht in der Zwischenzeit neue Erkrankungen aufgetreten sein könnten.

Fallbeispiel: Herr M.

Bei dem 24jährigen Germanistikstudenten bestand in der Vorgeschichte ein ausgeprägter Konsum von Cannabis, Amphetaminen, Alkohol und Ecstasy. Vor einem Jahr hatte er unter dem Einfluss von Amphetaminen Erstickungsgefühle. Seitdem beobachtet er seinen Hals aufmerksam und hat den Eindruck, dass sich dieser trocken anfühlt. Um dem trockenen Hals entgegenzuwirken, lutscht er täglich etwa 20 Bonbons, weshalb er schon Verdauungsprobleme bekommen hat. Seinen Drogenkonsum hat er aus Angst vor weiteren Schädigungen vollständig eingestellt. Wegen seines Halses war er schon mehrere Male bei verschiedenen Ärzten, die allerdings nichts Pathologisches finden konnten. Herr M. ist jedoch der festen Überzeugung, dass die Ärzte etwas übersehen haben könnten, da sein Hals sich nach wie vor »trocken« anfühlt. Er befürchtet, dass der trockene Hals ein Zeichen für Lungen- oder Kehlkopfkrebs sein könnte. Um zu überprüfen, ob eine Veränderung der Symptomatik vorliegt, schluckt er häufig, um festzustellen, ob sich der Hals inzwischen »gebessert« hat. Er hat Schwierigkeiten, sich auf den Inhalt von Vorlesungen zu konzentrieren und wird immer wieder von Gedanken an eine mögliche Krebserkrankung abgelenkt.

Fallbeispiel: Frau J.

Die 30jährige Juristin hat schon seit ihrem 13. Lebensjahr ausgeprägte Krankheitsängste. Damals hatte sie von der Krankheit AIDS und deren Symptomatik erfahren und befürchtet, mit dem HI-Virus infiziert zu sein. Auslöser für die Krankheitsängste sind beispielsweise geschwollene Lymphdrüsen. Sie neigt dann zu körperlichen Selbstuntersuchungen, wie das Abtasten der Lymphdrüsen, was diese meist anschwellen lässt. Obwohl sie seit Jahren in einer festen Partnerschaft lebt und keine anderen sexuellen Kontakte hat, kommt es immer wieder zu Befürchtungen, AIDS zu haben. Zudem sind Ängste vor Krebs aufgetreten. Insbesondere wegen ihrer Kopfschmerzen befürchtet sie, an einem Hirntumor zu leiden. Aufgrund von Vergesslichkeit denkt sie auch daran, eine neurologische Erkrankung wie beispielsweise die Alzheimer-Demenz zu haben. Es vergeht kein Tag, an dem sie nicht an eine Krankheit denkt. Für die Kosten von Arztbesuchen kommt sie teilweise privat auf. Rückversicherungen von Ärzten beruhigen sie für einige Tage, Krankheitsängste treten jedoch immer wieder auf. Aufgrund ihrer Besorgnis um ihre Gesundheit treibt sie täglich Sport und führt Protokoll über ihren Alkoholkonsum, ihr Körpergewicht und ihre sportlichen Aktivitäten. Auch zwischenmenschliche Beziehungen sind durch diese Ängste belastet. Immer wenn gefürchtete Symptome auftreten, müssen der Lebenspartner oder die Mutter »Unbedenklichkeitsbestätigungen« aussprechen, was diese zunehmend stört.

Die Beispiele zeigen, dass die Hypochondrie je nach Art der befürchteten Krankheit, der vermeintlichen Krankheitssymptome und der verschiedenen Verhaltensweisen eine Bandbreite von Phänomenen einschließt. Trotz der individuell unterschiedlichen Ausprägung der Hypochondrie lassen sich Merkmale festhalten, die für die Hypochondrie bezeichnend sind. Auf diese Charakteristika soll nachfolgend eingegangen werden. In ► Kap. 1.5.3 wird darüber hinaus dargestellt, welche Funktion diese Merkmale für die Aufrechterhaltung der Krankheitsangst haben.

1.1.1 Emotionales Merkmal: Ängste

Patienten mit einer Hypochondrie haben Ängste vor ernsthaften Erkrankungen und unterscheiden sich damit nicht von anderen Menschen. Allerdings fällt es den Patienten schwer, sich von Gedanken an die Erkrankung zu distanzieren. Sie schätzen ihre Wahrscheinlichkeit, an einer ernsthaften Krankheit zu leiden, höher ein als die anderer Menschen (z. B. Barsky et al., 2001) und haben besonders negative Vorstellungen über die Folgen ernsthafter Krankheiten. Die Ängste der Patienten können ein solches Ausmaß annehmen, dass es zu Panikattacken kommt. Bei einigen Patienten sind die Ängste auf bestimmte Körperbereiche und Erkrankungen begrenzt. Andere haben, teilweise als Folge ihrer intensiven Auseinandersetzung mit möglichen ernsthaften Erkrankungen, eine Vielzahl von Krankheitsbefürchtungen. Bei Letzteren gibt es nahezu keinen Bereich des Körpers, der noch nicht im Verdacht stand, von einer ernsthaften Krankheit heimgesucht worden zu sein. Während sich die Ängste bei den meisten Patienten nur auf die eigene Person beziehen und sie das Erkrankungsrisiko anderer Menschen für gering halten, sehen einige auch ihre Mitmenschen durch ernsthafte Erkrankungen gefährdet. Diese Patienten weisen andere auf mögliche Gefahren hin und empfehlen die Konsultierung von Ärzten. Meistens betreffen solche Befürchtungen Familienangehörige. In einigen Fällen ängstigen sich Patienten vergleichbar intensiv über vermeintliche eigene Erkrankungen wie über vermeintliche Krankheiten ihrer Familienmitglieder. Bei ausgeprägtem Leidensdruck könnte man diese Form der Krankheitsangst als Hypochondrie »by proxy« bezeichnen.

Hypochondrie by proxy

1.1.2 Körperliche Merkmale

Vielfältige körperliche Symptome oder Veränderungen können die Auslöser für Krankheitsängste darstellen, z. B. Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfen, Magen- oder Darmbeschwerden, blaue Blutergüsse, Muskelzuckungen, Veränderungen der Haut. Hierbei können nahezu alle Kör-

perteile und die unterschiedlichsten Symptome Gegenstand hypochondrischer Ängste werden. Es wird davon ausgegangen, dass normale physiologische Vorgänge und anatomische Besonderheiten (z. B. Herzklopfen nach Lagewechsel, ungleichmäßige Konsistenz der Haut, Kurzatmigkeit bei Anstrengungen), harmlose Dysfunktionen und Bagatellkrankheiten (z. B. temporärer Tinnitus, Schluckauf, Durchfall oder Kopfschmerzen), somatische Begleiterscheinungen von intensiven Emotionen (z. B. Schwitzen bei Angst, Erröten bei Verlegenheit, kardiovaskuläre Aktivierung bei Ärger) und tatsächliche körperliche Erkrankungen (z. B. eine Erkältung) zu den vermeintlichen Krankheitssymptomen der Patienten führen können (vgl. Barsky, 1992).

Exkurs

Nehmen Krankheitsängstliche ihre körperlichen Vorgänge besser wahr? - Forschungsstand zur Symptomwahrnehmung bei Hypochondrie

Da Krankheitsängstliche eine Vielzahl von Symptomen spüren, stellt sich die Frage, ob sie tatsächlich sensitiver für körperliche Prozesse sind. Auch wenn dies der Gegenstand einiger Studien war, findet sich in der Literatur keine eindeutige Antwort. Während einige Autoren eine höhere Sensitivität gegenüber körperlichen Prozessen bei Hypochondern nachweisen konnten (z. B. Bianchi, 1971; Gramling et al., 1996; Tyrer et al., 1980), fanden andere keine Unterschiede oder sogar eine schlechtere Wahrnehmung bei Krankheitsängstlichen (z. B. Barsky et al., 1995; Haenen et al., 1997). Generell lässt sich deshalb vermuten, dass Patienten mit Hypochondrie über keine bessere Wahrnehmung körperlicher Vorgänge verfügen, auch wenn das im Widerspruch zu der Hypervigilanz bzgl. des Körpers steht. Es lässt sich jedoch festhalten, dass hypochondrische Personen von mehr Symptomen berichten als gesunde Kontrollpersonen (Barsky et al., 1986; Haenen et al., 1996) und mehr Symptome als Zeichen einer Krankheit sehen (Barsky et al., 1993).

Im Gegensatz zu anderen somatoformen Störungen leiden Patienten mit Hypochondrie kaum unter den Beschwerden selbst. Vielmehr leiden sie unter den möglicherweise negativen Implikationen der Beschwerden. Das heißt, dass z. B. gelegentlicher leichter Schwindel für die Patienten keinerlei Beeinträchtigung darstellen würde, wenn nicht die Befürchtung bestünde, einen Hirntumor zu haben, seine Merk- und Sprachfähigkeit zu verlieren und frühzeitig unter großen Schmerzen zu sterben. Die intensiven Ängste oder Sorgen bezüglich der körperlichen Symptome können als Teil einer Stressreaktion wiederum zu einer erhöhten physiologischen Erregung führen. Dementsprechend können Schlafstörungen, Ruhelosigkeit, Muskelverspannungen, Nervosität und erhöhte

Alle Körperteile können betroffen sein

Abgrenzung zu anderen somatoformen Störungen

Reizbarkeit als Begleiterscheinungen der Hypochondrie auftreten, die dann wiederum Anlass für weitere Befürchtungen sind.

1.1.3 Kognitive Merkmale: Aufmerksamkeitsausrichtung, Krankheits- überzeugungen und Erinnerungen

Aufmerksamkeit intensiv auf Körper gerichtet

Die Aufmerksamkeit Krankheitsängstlicher richtet sich besonders auf den eigenen Körper, die ängstigenden Symptome, sowie Informationen, die sich auf ernste Erkrankungen beziehen. Sie registrieren kleinste körperliche Veränderungen. Dementsprechend können die Patienten ihre Symptome meist in detaillierter Weise beschreiben und kennen auch detaillierte Nuancen dieser Empfindungen. Meist entwickeln sich bei den Patienten zudem Vorstellungen über die körperlichen Schädigungen. Diese sind nicht selten unzutreffend, häufig dramatisch und zuweilen sogar absurd, wie das nächste Fallbeispiel zeigt.

bizarre Vorstellungen

Fallbeispiel zu subjektiven Krankheitsvorstellungen

Langs et al. (2002) berichten in einer Kasuistik über die außergewöhnlichen Vorstellungen eines krankheitsängstlichen Patienten, der bereits einen Herzinfarkt hatte. Dieser Patient berichtete, die Ärzte hätten ihm gesagt, bei dem Infarkt seien zwanzig Prozent seines Herzens abgestorben. Seitdem hatte er die Vorstellung, dass dieser Teil des Herzens »vergammelt« und irgendwann durch eine Operation entfernt werden muss. Jedes Mal, wenn er Druck auf der Brust spürte, hielt er die Verwesung für so weit fortgeschritten, dass nun die Zeit für die Operation gekommen sei. Um den Eingriff hinauszuzögern, vermied er kardiologische Untersuchungen seit dem Herzinfarkt vollständig.

Informationssuche führt zur Bestätigung der Hypothesen

Hypochondrische Patienten achten auf krankheitsrelevante Informationen und erinnern sich gut daran, welche Geschehnisse zu einer körperlichen Schädigung führen können oder welche Personen woran erkrankten. Allerdings ist die Aufmerksamkeit in einer Hypothesen bestätigenden Weise ausgerichtet und führt auf diesem Weg eher zu einer Bestätigung als zu einer Widerlegung der Befürchtungen (vgl. Hitchcock & Mathews, 1992).

1.1.4 Verhaltensbezogene Merkmale

Rückversicherung

Infolge der massiven Ängste zeigen die meisten hypochondrischen Patienten ein ausgeprägtes Rückversicherungsverhalten. Innerhalb dessen sind es die häufigen Arztbesuche, die das gesellschaftliche Bild der Patientengruppe am stärksten geprägt haben.

Exkurs

Literarische Darstellung der Hypochondrie im 17. Jahrhundert

Das gesellschaftliche Bild des Hypochonders ist nicht zuletzt durch Molières 1673 verfasstes Theaterstück des »Eingebildeten Kranken« geprägt worden. In diesem befürchtet der Protagonist Argan, ernsthaft körperlich krank zu sein. Aufgrund der Hoffnungen, die er in die Medizin setzt, möchte er seine Tochter wider ihren Willen mit einem Arzt verheiraten, um einen ständigen Helfer in seiner Nähe zu wissen. Zudem wird Argan als unkritischer Anhänger der damaligen medizinischen Praktiken dargestellt, die sich stark an der antiken Lehre von den Temperamenten und Körpersäften orientierten und heute recht zweifelhaft erscheinen. Die zu dieser Zeit ausgeübten Interventionen bestanden vornehmlich aus Darmspülungen und Aderlässen, und Argan ertrug diese Behandlungen zuhauf in der Hoffnung auf Besserung. Oft trugen solche Behandlungen eher zu einer Verschlechterung der Symptomatik der Patienten bei, und so erging es auch Argan.

Für die meisten Patienten ist der Vergleich ihrer Probleme mit denen Argans wenig schmeichelhaft. Allein die Bezeichnung »eingebildeter Kranker« legt nahe, dass die Patienten sich ihre Symptome nur einbilden und sie in Wirklichkeit gar keine Beschwerden haben. Auch sind Patienten mit Krankheitsängsten der Medizin gegenüber nicht ganz so unkritisch eingestellt, denn sie befürchten das Öfteren, dass sich die Ärzte geirrt haben. Während Argan eher wie ein Somatisierungspatient auf eine medizinische Behandlung drängte, wollen Krankheitsängstliche vom Arzt eher die Versicherung der eigenen Gesundheit.

Wissenschaftliche Studien bestätigen, dass die Patienten sehr häufig die Rückversicherung bei Medizinern suchen. Während die Normalbevölkerung in Deutschland durchschnittlich 9 Mal im Jahr einen Arzt aufsucht, gehen hoch krankheitsängstliche Personen etwa 24 Mal im Jahr zum Arzt (Bleichardt & Hiller, 2006). Stationär behandelte Hypochondrie-Patienten gehen durchschnittlich sogar 58 Mal im Jahr zum Arzt (Bleichardt et al., 2005). Würde die ärztliche Rückversicherung auch zu langfristigen Erfolgen führen, wären die Zahlen vermutlich längst nicht so hoch: Ein weiteres wichtiges Merkmal der Hypochondrie ist, dass

**durchschnittlich alle
2 Wochen ein Arztbesuch**

Rückversicherung nicht endgültig beruhigt. Sehr bald entstehen bei den Patienten wieder Zweifel, ob nicht doch etwas übersehen wurde.

Exkurs

Die Beziehung zwischen Arzt und hypochondrischem Patient

In einer anonymen Befragung von Allgemeinärzten und Internisten geben 54% der Befragten an, hypochondrische Patienten weniger gern zu behandeln als andere Patienten (Bleichhardt & Weck, 2006). Umgekehrt sind auch hypochondrische Patienten mit ärztlichen Behandlungen unzufriedener als andere Patienten (Barsky et al., 1991) und geben an, sich nicht gründlich genug untersucht zu fühlen (Noyes et al., 1993). Insgesamt ist die Beziehung von Ärzten und Krankheitsängstlichen oft schwierig. Dafür sind für die Arztseite folgende Gründe zu sehen:

1. Die Aufgabe von Medizinern ist es, Krankheiten zu entdecken und zu behandeln. Der Patient mit Hypochondrie ist in den Augen des Arztes »objektiv« gesund. Alle notwendigen Untersuchungen wurden bereits durchgeführt. Indem er dem Patienten zum wiederholten Mal versichert, dass die befürchtete Krankheit nicht vorliegt, kommt er nicht seiner eigentlichen Aufgabe nach. Häufig fühlen sich die Ärzte deshalb verständlicherweise missbraucht.
2. Einerseits benötigen die Patienten die ärztliche Rückversicherung sehr, andererseits können sie dieser aber nicht dauerhaft vertrauen. Dies zeigt sich daran, dass sie mit dem gleichen Anliegen immer wieder kommen. Das führt natürlich dazu, dass sich die Mediziner nicht ernst genommen fühlen. Kommt hinzu, dass der Patient eigenmächtig eine Vielzahl von Ärzten aufsucht und wenn dies der Mediziner erfährt, kann er sich außerdem hintergangen fühlen.
3. Arztkonsultationen von Krankheitsängstlichen sind, wie oben geschildert, sehr häufig. Das gegenwärtige Abrechnungssystem in Deutschland sorgt dafür, dass der Arzt normalerweise bereits für den zweiten Kontakt im Quartal kein zusätzliches Honorar mehr erhält. Darüber hinaus ist die Zeit, die Ärzte für ihre Patienten aufwenden können, i.d.R. knapp bemessen. Ein hypochondrischer Patient hat sich oft Fragen zurecht gelegt, die er vom Arzt beantwortet haben will. Versteht er die Antworten nicht gleich, fragt er so lange hartnäckig nach, bis sich die Äußerungen des Mediziners in sein Gesamtbild integrieren lassen. Oft sind nicht nur eine Krankheitsbefürchtung, sondern gleich mehrere zu beruhigen, was dazu führt, dass der durchschnittliche Arztkontakt mit einem Krankheitsängstlichen länger dauert als der mit den meisten anderen Patienten.



4. Was den Patienten längerfristig helfen könnte, ist eine Psychotherapie. In den ersten Jahren ihrer Erkrankung wollen die meisten Patienten das jedoch nicht wahrhaben. Der Arzt, der seinem Patienten eine Therapie nahe legen möchte, hat es deshalb nicht leicht und wird sehr schnell missverstanden («Sie denken also, ich bilde mir das alles nur ein?»). Erschwerend kommt hinzu, dass die Ausbildung der Organmediziner bezüglich psychischer Störungen und Gesprächsführung rudimentär ist. Ärzte sind wenig dafür ausgebildet, Zusammenhänge zwischen dem Erleben ihrer Patienten und physiologischen Prozessen adäquat zu erklären und scheuen deshalb häufig davor zurück.

Da es den Patienten oft peinlich ist, ständig den gleichen Arzt aufzusuchen und sie zudem die Erfahrung machen, dass sie von Mal zu Mal oberflächlicher untersucht werden, bleiben sie nicht bei einem Allgemeinarzt oder Internisten, sondern suchen weitere Ärzte dieser Fachrichtungen sowie andere Fachärzte auf. Den häufigen Arztwechsel bezeichnet man in der englischen Fachsprache auch als »Doctor Hopping«, im Deutschen zuweilen auch als »Doctor Shopping«.

Krankheitsängstliche versichern sich nicht nur bei Medizinerinnen ihrer Gesundheit. Vor dem Arztbesuch steht häufig die Rückversicherung bei Familienangehörigen und Freunden. Auch wenn die Patienten sich meist bewusst sind, dass die Rückversicherungen von Nicht-Medizinerinnen nicht lange vorhalten, ist es für sie dennoch beruhigend zu erfahren, dass andere sie nicht für schwer krank halten oder ähnliche Symptome bereits auch schon einmal gehabt haben. Eine weitere Quelle von Rückversicherungen können Gesundheitsratgeber, Fachbücher, das Internet oder Servicenummern der Krankenkassen sein. Besonders das Internet erfreut sich in der letzten Zeit großer Popularität. Es trägt jedoch durch die Vielfältigkeit der Informationen zur massiven Verunsicherung der Patienten bei. Ein Fallbeispiel zur Internetrecherche findet sich in ► Kap. 1.5.3. Internet, Fachbücher oder Servicenummern haben für die Betroffenen den Vorteil, dass man anonym bleiben kann. Mit der Zeit führen Rückversicherungen bei Personen häufig zu sozialen Schwierigkeiten: Die Patienten werden nicht nur bei Ärzten immer unbeliebter, sondern auch ggf. in ihrem Freundeskreis als »Hypochonder« und »Nervensägen« abgestempelt. Einige Patienten empfinden auch Schamgefühle, wenn sie andere Menschen wegen ihrer Ängste »belästigen«, wissen jedoch oft keinen anderen Weg im Umgang mit den Ängsten.

Doctor Hopping

Internet zur Rückversicherung

Vermeidung von Arztbesuchen

Vermeidung

Gegensätzlich zum Rückversicherungsverhalten ist das ausgeprägte Vermeidungsverhalten, das einige Patienten in Folge ihrer Ängste zeigen. So vermeiden manche Patienten sogar gerade den Arztbesuch:

Fallbeispiel: Frau S.

Frau S., eine 36jährige Sekretärin, leidet seit ihrer Schwangerschaft vor 11 Jahren unter Krankheitsängsten. Damals hatten Ärzte schwerwiegende Fehldiagnosen gestellt und prognostiziert, dass ihr Sohn mit einer schweren Behinderung zu Welt kommen wird. Ihr Sohn ist jedoch gesund geboren worden. Durch diese Erfahrung ist ihr bewusst geworden, wie schnell das Leben »aus der Bahn« geraten kann. Zunehmend beobachtet sie ihren Körper und führt häufig Selbstuntersuchungen durch. Wenn sie dabei etwas bemerkt, was ihr pathologisch erscheint, ist sie in diesem Moment überzeugt, eine tödliche Krebserkrankung zu haben. Mit diesen Überzeugungen sind massive depressive Reaktionen verbunden. Die schlimmste Vorstellung ist für sie, eines Tages nicht mehr für ihren Sohn sorgen zu können. Den Arztbesuch vermeidet sie, da dieser die befürchtete Diagnose nur noch bestätigen könnte und nimmt damit lieber eine monatelange Ungewissheit und »Todesangst« in Kauf. Nur auf intensives Einwirken ihrer Mutter und ihres Lebenspartners kann sie sich schließlich beim Arzt vorstellen. Bis zur letzten Sekunde hält sie es für sehr wahrscheinlich, dass dieser ihre schlimmste Befürchtung bestätigen wird.

Aufgrund ihrer negativen Erwartungen befürchten die Patienten eine Bestätigung ihrer Krankheitsideen. Einige Patienten schieben den Arztbesuch deshalb lange vor sich her. Wenn sie sich dann doch dazu überwinden, fühlen sie sich immer unwohler, je näher der Termin rückt.

Das Vermeidungsverhalten kann unterschiedlich generalisiert sein. Einige vermeiden alle Situationen oder Reize, die mit den Themen Krankheit oder Tod zu tun haben. Oft werden auch Besuche von Freunden im Krankenhaus, Beerdigungen, Gesundheitssendungen, Arztserien oder Todesanzeigen in Zeitungen vermieden. Je nach Krankheitsbefürchtungen können auch spezifischere Formen der Vermeidung auftreten, um mögliche Schädigungen abzuwenden oder deren Einfluss zu reduzieren. Ähnlich wie bei der Panikstörung findet man bei Patienten mit Krankheitsbefürchtungen bzgl. des Herzkreislaufsystems häufig die Vermeidung körperlicher Anstrengungen.

Ein kleiner Teil der Patienten führt ein extrem gesundheitsbewusstes Leben. Einige führen Listen über ihre sportlichen Aktivitäten, schränken ihren Alkoholkonsum ein und legen großen Wert auf eine gesunde

Ernährung. Paradoxe Weise zeigt sich jedoch insgesamt, dass hypochondrische Patienten sich durchschnittlich ebenso vielen Gesundheitsrisiken (z. B. Rauchen, ungesunde Ernährung) aussetzen wie andere Menschen (Kellner et al., 1987).

Kontrollieren des Körpers: Body Checking

In der Hoffnung auf Sicherheit und Beruhigung kontrollieren die Patienten ihren Körper auf vielfältige Art und Weise. In der englischsprachigen Literatur wird dieses Kontrollverhalten als Body Checking bezeichnet. Body Checking kann abhängig von den Krankheitsbefürchtungen auf sehr unterschiedliche Weise ausgeführt werden.

Typische Beispiele für Body Checking

- tägliche Untersuchung der weiblichen Brust aus Angst vor Brustkrebs
- Betrachtung jedes Stuhlgangs aus Angst vor Darmkrebs
- Messung von Blutdruck und / oder Puls aus Angst vor Herzkrankungen
- Häufiges Überprüfen des Gewichts aus Angst vor Gewichtsverlust aufgrund von Krebs
- Absuchen der Haut nach Veränderungen aus Angst vor Hautkrebs
- Abtasten der oberen Bauchregion aus Angst vor Magenkrebs
- Sehtests, z. B. Lesen von weit entfernten Texten aus Angst vor einem Gehirntumor oder neurologischen Erkrankungen
- Laufen auf einer Linie, Berühren der Nase mit geschlossenen Augen aus Angst vor neurologischen Erkrankungen
- Abtasten der Lymphknoten aus Angst, mit HIV infiziert worden zu sein
- Testen der körperlichen Fitness

Sportliche Übungen können eine Form von Body Checking sein, wenn der Betreffende damit seine körperliche Fitness regelmäßig testet. Sie können aber auch vermieden werden, weil dabei unangenehme Körpersymptome auftreten, die mit Krankheiten assoziiert werden. Eine genaue Exploration, z. B. mit Hilfe einer Verhaltensanalyse (► Kap. 3.1.5), bringt hier die notwendige Klarheit, welche Verhaltensweisen im Sinne einer Reaktionsverhinderung vermindert und welche im Sinne einer Konfrontation gesteigert werden sollten. Genauere Anleitung zu diesen Strategien finden sich in ► Kap. 3.3.

Einige Formen des Body Checkings sind recht subtil und nicht immer gleich als solche erkennbar, wie z. B. das Überprüfen des Gedächtnisses, indem der Patient versucht, sich sinnfreie Dinge einzuprägen.

subtiles Kontrollverhalten

Gelingt es dem Patienten, so ist er kurzweilig beruhigt, da er dies als Gegenargument für eine Erkrankung wertet. Unter Umständen gleicht Body Checking den Zwangshandlungen innerhalb einer Zwangsstörung und ist auch ganz ähnlich zu behandeln (► Kap. 3.3.1). In diesen Fällen wird das Verhalten extrem häufig, z. B. dreißig Mal am Tag, durchgeführt und von den Patienten selbst als unsinnig erkannt.

1.2 Begriffsbestimmung

1.2.1 Geschichte des Begriffs »Hypochondrie«

ca. 460-370 v. Chr.

Der Begriff »Hypochondrie« geht bis in die Antike zurück. Hippokrates (ca. 460-370 v. Chr.) verwendete das griechische Wort »Hypochondrium« anatomisch, um den Bereich unter den Rippenknorpeln zu bezeichnen. Das Wort Hypochondrium setzt sich aus den Wörtern »hypo« (unter) und »chondros« (Knorpel oder falsche Rippen) zusammen. Die Griechen glaubten damals, dass die Erkrankung innerer Organe die Quelle für psychische Störungen ist. Autoren der Antike sahen einen Zusammenhang der Störung des Hypochondriums mit Verdauungsstörungen, aber auch mit der Schwermütigkeit (vgl. Berrios, 2001).

17. und 18. Jahrhundert

Im 17. und 18. Jahrhundert wurde die Hypochondrie immer mehr als ein eigenständiges Störungsbild gesehen, das sowohl körperliche und psychische Symptome umfasst. Der Hypochondrie wurden vegetative Störungen, vor allem gastrointestinale und kardiovaskuläre Symptome und psychische Auffälligkeiten wie traurige Stimmung und Zerstreutheit zugeordnet. Zudem sah man eine Störung des Gehirns als ursächlich für die Hypochondrie an. Allerdings wurden der Hypochondrie zunehmend weitere verschiedene körperliche Symptome zugeordnet, so dass die Abgrenzung zu anderen körperlichen und psychischen Erkrankungen immer schwieriger wurde.

19. Jahrhundert

In dieser Zeit galt die Hypochondrie als Zeichen höherer »geistiger« Veranlagung und war vor allem in England als Zivilisations- und Modekrankheit weit verbreitet (vgl. Morschitzky, 2000). Während die Hypochondrie zuvor als genetisch und körperlich begründet galt, wurde sie im 19. Jahrhundert zunehmend als moralische Schwäche und als Folge einer moralischen oder intellektuellen Beeinträchtigung gesehen. Die Hypochondrie verlor den Stellenwert eines eigenständigen Krankheitsbildes und wurde als krankhafte Angst vor Krankheiten verstanden, die bei allen möglichen Erkrankungen auftreten kann.

Beschreibungen des 19. Jahrhunderts lassen darauf schließen, dass der Begriff damals erstmalig so verwendet wurde, wie wir es heute noch tun. So vermutet man, dass Falret 1822 der Erste war, der falsche Überzeugungen über eine angegriffene Gesundheit als ein Charakteristikum der Hypochondrie beschrieben hat (vgl. Kellner, 1986). Interessanter-

weise wurde bereits 1866 von Gull formuliert, dass das Lesen über medizinische Themen die Menschen oft in eine hypochondrische Gemütsverfassung versetzt (vgl. Kellner, 1986). Beard definierte die Hypochondrie 1880 als Wahnvorstellung einer körperlichen Erkrankung (vgl. Kellner, 1986).

1.2.2 Weitere Begriffe für Hypochondrie

Aufgrund der genannten negativen Konnotationen des Wortes Hypochondrie scheint es geeigneter, im Umgang mit Patienten den Begriff Krankheitsangst zu verwenden. Dieser drückt inhaltlich korrekt und für jedermann verständlich aus, was gemeint ist. Konkurrierend existiert, besonders auch im englischsprachigen Raum, der Begriff Gesundheitsangst bzw. health anxiety. Nach Ansicht der Autoren ist dieser Ausdruck weniger geeignet, da sich die Patienten nicht unbedingt verstärkte Sorgen um ihre allgemeine Gesundheit und eine gesunde Lebensführung machen, sondern Ängste vor ganz bestimmten, ernsthaften Krankheiten haben. Von einigen Wissenschaftlern werden zudem noch weitere Begriffe für Krankheitsangst verwendet. So existiert im Deutschen noch der Begriff der Gesundheitsorgen, im Englischen die Ausdrücke »intense illness worries« oder »health worries«. Der Ausdruck »Krankheitsphobie« oder »illness phobia« wird fälschlicherweise ebenfalls synonym verwendet, auch wenn er eigentlich eine andere, der Krankheitsangst verwandte Symptomatik meint (► Kap. 1.3.4).

»Krankheitsangst« geeigneter als Hypochondrie

1.2.3 Die dimensionale Betrachtung der Hypochondrie

Das DSM-IV und die ICD-10 verfolgen mit der Definition aller psychischen Störungen einen kategorialen Ansatz. Auch wenn dieses Vorgehen pragmatisch und häufig auch ausreichend ist, zeigt sich, dass die Spanne hypochondrischer Ängste weiter reicht und auch andere Phänomene beinhaltet. So finden sich in empirischen Untersuchungen Hinweise darauf, dass Unterschiede zwischen hypochondrischen und nicht hypochondrischen Personen eher quantitativ als qualitativ sind (Barsky et al., 1986). Um das gesamte Spektrum hypochondrischer Ängste erfassen zu können, wurde deshalb eine Sichtweise vorgeschlagen, bei der hypochondrische Phänomene dimensional, entlang eines Kontinuums angeordnet sind (z. B. Schmidt, 1994). Um die kategoriale von der dimensionalen Konzeptualisierung zu trennen, wird für Ersterer häufig der Begriff **Hypochondrie**, für die Zweite oft der Ausdruck **Krankheitsangst** verwendet.