

Psychotherapie: Praxis



Gaby Bleichhardt · Florian Weck

Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst

4. Auflage

EXTRAS ONLINE

 Springer

Psychotherapie: Praxis

Die Reihe Psychotherapie: Praxis unterstützt Sie in Ihrer täglichen Arbeit – praxisorientiert, gut lesbar, mit klarem Konzept und auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand.

„Weitere Bände in der Reihe: <http://www.springer.com/series/13540>

Gaby Bleichhardt
Florian Weck

Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst

4. Auflage

Dr. Gaby Bleichhardt
Arbeitsgruppe Klinische Psychologie &
Psychotherapie,
Philipps-Universität Marburg,
Marburg, Deutschland

Prof. Dr. Florian Weck
Klin. Psychologie und Psychotherapie
Universität Potsdam
Potsdam, Deutschland

Ergänzendes Material finden Sie unter <http://extras.springer.com/978-3-662-57941-1>

ISSN 2570-3285 ISSN 2570-3293 (electronic)
Psychotherapie: Praxis
ISBN 978-3-662-57940-4 ISBN 978-3-662-57941-1 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-57941-1>

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

Springer

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007, 2010, 2015, 2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

© koszivu / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodell)

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

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.

Wolfgang Hiller

Winfried Rief

Vorwort zur vierten Auflage

Wir freuen uns, dass sich unser Buch mit seiner nun vierten Auflage als eine Art „Standardwerk“ der Hypochondriebehandlung etabliert hat.

Erfreulicherweise ist die Krankheitsangststörung auch in den letzten drei Jahren Gegenstand vieler wissenschaftlicher Untersuchungen gewesen. Es war uns ein Anliegen, auch in der vierten Auflage die wesentlichen aktuellen Entwicklungen zur Hypochondrie wiederzugeben. Gegenüber der 2015 erschienen dritten Auflage wurden deshalb zahlreiche Änderungen umgesetzt. Insbesondere im ► [Kap. 3](#) haben wir neue Therapieansätze aufgeführt und eine ganze Reihe neuer empirischer Daten integriert.

Die erste Fassung dieses Manuals wurde von uns 2006 erstellt, die Vorarbeiten begannen bereits 2004. Kognitive Verhaltenstherapie im Sinne von Psychoedukation zur Psychosomatik, Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen und Verminderung ungünstiger Verhaltensweisen erschien (und erscheint) uns als die beste Form von Therapie. Allerdings war sie vor 15 Jahren innerhalb der wissenschaftlich begründeten und umfangreich evaluierten Verfahren auch die einzig vorstellbare Therapieform. Die sogenannte dritte Welle der Verhaltenstherapie begann erst gerade, sich zu entwickeln.

Mittlerweile gibt es vielversprechende Ansätze, Hypochondrie mit Metakognitiver Therapie, Mindfulness Based Therapy und Acceptance und Commitment Therapie zu behandeln. Während wir Informationen zu den Therapieansätzen sowie einzelne Wirksamkeitsnachweise in ► [Kap. 2](#) aufgenommen haben, entschieden wir uns, das vorliegende Manual hinsichtlich seines „klassisch“ kognitiv-behavioralen Ansatzes nicht grundsätzlich zu verändern.

Dabei erscheint uns vieles der „neuen“ Ansätze durchaus plausibel: Die Distanzierung von krankheitsängstlichen Kognitionen ist ein wünschenswertes Ziel, die bewertungsfreie Wahrnehmung alias Achtsamkeit ein gangbarer Weg zur Erreichung einer solchen. Die anschaulichen Übungen und Analogien von ACT machen Interventionen für viele Patienten verständlicher, intuitiv-zugänglicher und am eigenen Körper erlebbar.

Mittlerweile lässt sich allerdings auch beobachten, dass sich die in den ersten Publikationen euphorisch präsentierten, z. T. extrem hohen Effektstärken dieser Programme mit zunehmender Anzahl von Studien in den üblichen Bereich zurückentwickeln.

In der kürzlich publizierten Meta-Analyse von Cooper et al. (2017) findet sich mit mittlerweile 14 randomisiert-kontrollierten Studien eine erfreulich breite empirische Basis für KVT bei Hypochondrie. KVT erwies sich in den internationalen Studien auch längerfristig als sehr wirksam. Kein anderes Psychotherapieverfahren, keine Psychotherapiemethode verfügt zum gegenwärtigen Zeitpunkt über vergleichbare Wirksamkeitsnachweise für das Störungsbild der Hypochondrie.

Dieses Buch konnte entstehen und weiterentwickelt werden, weil viele unterschiedliche Menschen direkt oder indirekt dazu beigetragen haben. Allen Patientinnen und Patien-

ten, die sich vertrauensvoll an den Behandlungsschwerpunkt „Krankheitsangst und Hypochondrie“ der Universität Mainz wandten und dort bereitwillig zahlreiche Fragebögen ausfüllten, gebührt unser Dank. Maria Gropalis und Michael Witthöft als unseren Nachfolgern an der Universität Mainz danken wir ganz herzlich für fachlichen Rat und Engagement für unser gemeinsames Projekt. Dass wir den Therapieschwerpunkt Krankheitsangst dort aufbauen konnten, ist vor allem Wolfgang Hiller, dem Leiter der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie zu verdanken. Wichtige Vorarbeiten für das Manual erfolgten bereits in der Klinik Roseneck in Prien a. Ch., weshalb wir insbesondere Winfried Rief sowie Barbara Timmer unsere Dankbarkeit aussprechen möchten. Bei der Überarbeitung des ersten Manuskriptes unterstützten uns dankenswerterweise Andrea Benecke, Markus Bentrup, Corinna Gietl, Ines Leu, Jörg Mitze, Diana Rübler, Axel Springer und Katrin Wambach.

Wir danken den Mitarbeiterinnen von Springer für die professionelle Begleitung des Buches, ganz herzlich besonders Monika Radecki und Anja-Raphaela Herzer.

Gaby Bleichhardt

Marburg, Deutschland

Florian Weck

Potsdam, Deutschland

im April 2019

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	1
2	Grundlagen zum Störungsbild	5
2.1	Erscheinungsbild	7
2.1.1	Emotionales Merkmal: Ängste.....	8
2.1.2	Körperliche Merkmale.....	8
2.1.3	Kognitive Merkmale: Aufmerksamkeitsausrichtung, Krankheitsüberzeugungen und Erinnerungen.....	9
2.1.4	Verhaltensbezogene Merkmale.....	10
2.2	Begriffsbestimmung	14
2.2.1	Geschichte des Begriffs „Hypochondrie“.....	14
2.2.2	Weitere Begriffe für Hypochondrie.....	14
2.2.3	Die dimensionale Betrachtung der Hypochondrie.....	15
2.2.4	Primäre und sekundäre Hypochondrie.....	16
2.3	Diagnostik	16
2.3.1	Diagnostische Kriterien nach ICD-10.....	16
2.3.2	Diagnostische Kriterien nach DSM-IV.....	18
2.3.3	Diagnostische Kriterien nach DSM-5.....	18
2.3.4	Ausblick: Diagnostische Kriterien nach ICD-11.....	19
2.3.5	Hypochondrie als Angst- oder Zwangsstörung.....	19
2.3.6	Diagnostische Verfahren zur Erfassung von Krankheitsängsten.....	20
2.3.7	Differenzialdiagnostik.....	23
2.4	Epidemiologie	25
2.4.1	Auftretenshäufigkeit.....	25
2.4.2	Beginn und Verlauf.....	27
2.4.3	Zusammenhang mit Geschlecht, Alter und anderen psychischen Störungen.....	28
2.5	Erklärungsansätze	29
2.5.1	Vulnerabilität und Prädisposition.....	29
2.5.2	Auslösende Faktoren.....	31
2.5.3	Aufrechterhaltende Bedingungen.....	32
2.5.4	Ein kognitiv-behaviorales Gesamtmodell.....	38
3	Kognitiv-behaviorale Therapieansätze und ihre Wirksamkeit	41
3.1	Kognitiv-behaviorale Therapieansätze: Unterschiedliche Schwerpunkte und historischer Überblick	43
3.1.1	Rückversicherung geben: Z. B. „Explanatory Therapy“ nach Kellner (1986).....	43
3.1.2	Primär psychoedukative Behandlung: Z. B. von Barsky et al. (1988).....	43
3.1.3	Finden psychologischer Erklärungen: Kognitiv-behaviorale Behandlung der Krankheitsangst nach Warwick und Salkovskis (2001).....	44
3.1.4	Ein umfassendes Baustein-Modell für somatoforme Störungen: Kognitive Verhaltenstherapie nach Rief und Hiller (2010).....	45
3.1.5	Expositionsfokussierte Auseinandersetzung mit Sterben und Tod: Der kognitiv-behaviorale Ansatz nach Furer und Walker (2008).....	46
3.1.6	Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie einer Oxforder Arbeitsgruppe.....	47

3.1.7	Acceptance-and-Commitment-Therapie aus Dänemark	47
3.1.8	Bezug der vorgestellten Ansätze zum vorliegenden Behandlungsmanual	48
3.2	Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie	48
3.2.1	Allgemeine Ergebnisse von Metaanalysen und Leitlinien-Arbeitsgruppen	49
3.2.2	Spezifische zusätzliche Erkenntnisse aus Metaanalysen	50
3.2.3	Spezielle Ergebnisse einzelner Therapiestudien	50
3.2.4	Zusätzliche Erkenntnisse zur Gruppentherapie aus Studien ohne Kontrollgruppen	52
3.2.5	Evaluation einer psychodynamischen Psychotherapie	53
4	Manualisierte Einzeltherapie	55
4.1	Einführung	56
4.1.1	Therapiemotivation	56
4.1.2	Erläuterung zur Struktur des Manuals	58
4.1.3	Erstgespräch	60
4.1.4	Therapieeingangsphase	62
4.2	Informationsvermittlung und kognitiver Schwerpunkt	67
4.2.1	Aufmerksamkeit	68
4.2.2	Stress und Entspannung	77
4.2.3	Weitere Auslöser von körperlichen Symptomen	86
4.2.4	Kognitive Umstrukturierung	89
4.3	Verhaltensorientierter Schwerpunkt	96
4.3.1	Body Checking (Körper kontrollieren)	97
4.3.2	Rückversicherung bei Ärzten	100
4.3.3	Rückversicherung allgemein	103
4.3.4	Vermeidung	104
4.3.5	Vermittlung der Reizexposition	104
4.3.6	Durchführung der Expositionen	109
4.4	Weitere Therapie und Therapieabschluss	118
4.4.1	Ergänzende Therapiebausteine	119
4.4.2	Komorbidität	122
4.4.3	Pharmakotherapie	122
4.4.4	Abschluss der Behandlung	123
5	Manualisierte Gruppen- und Einzeltherapie	127
5.1	1. Gruppensitzung: Der Einstieg	128
5.2	2. Gruppensitzung: Der Aufmerksamkeitsscheinwerfer	129
5.3	3. Gruppensitzung: Einfluss von Bewertung und Stress	130
5.4	1. Einzelsitzung: Argumente für die Krankheit	131
5.5	4. Gruppensitzung: Veränderung von Bewertungen	131
5.6	2. Einzelsitzung: Argumente gegen die Krankheit	132
5.7	5. Gruppensitzung: Sicherheitssuchendes Verhalten, Body Checking	132
5.8	3. Einzelsitzung: Body Checking reduzieren	133
5.9	6. Gruppensitzung: Rückversicherungsverhalten	133
5.10	4. Einzelsitzung: Worst-Case-Konfrontation in sensu	133
5.11	7. Gruppensitzung: Vermeidung	134
5.12	5. Einzelsitzung: Exposition in vivo	134

5.13	8. Gruppensitzung: Zusammenfassung und Rückfallprophylaxe	135
5.14	6. Einzelsitzung: Individueller Abschluss	136
5.15	9. Gruppensitzung: Booster-Sitzung	136
6	Mögliche Komplikationen und häufige Fragen	137
6.1	Probleme in Zusammenhang mit der Rückversicherung	138
6.1.1	Rückversicherung beim Therapeuten	138
6.1.2	Arztbesuche bei häufig wechselnden Symptomen	139
6.1.3	Umgang mit der Verunsicherung des Therapeuten	139
6.1.4	Liefert eine Therapie Rückversicherung?	140
6.2	Kürzere Behandlungen subklinischer Hypochondrie	140
6.2.1	Provokationsübungen für Körpersymptome	140
6.2.2	Gründe, die gegen eine Krankheit sprechen	141
6.2.3	Sicherheitssuchendes Verhalten	141
6.3	Vereinfachtes Krankheitsmodell	141
6.4	Krankheitsangst bei vorhandenen Krankheiten	142
6.5	Weiterführende Literatur	143
6.5.1	Fachliteratur zur Hypochondrie	143
6.5.2	Fachliteratur zu somatoformen Störungen	143
6.5.3	Patientenratgeber	144
6.5.4	Unterhaltungslektüre	144
7	Evaluation des Behandlungsprogramms	145
7.1	Beschreibung des Klientels	146
7.2	Auswertung klinischer Instrumente	146
7.3	Patienten- und Therapeutenurteile zum Therapieerfolg	149
7.4	Ergebnisse einer Wartegruppe	150
8	Arbeitsblätter	151
	Serviceteil	
	Literatur	182
	Stichwortverzeichnis	189

Über die Autoren

Gaby Bleichhardt

Dr. Gaby Bleichhardt ist in der Leitung der Psychotherapie-Ambulanz Marburg an der Philipps-Universität Marburg beschäftigt. Gegenwärtige klinisch-wissenschaftliche Schwerpunkte sind u. a. die Therapie chronisch depressiver Patienten mittels CBASP sowie die Optimierung kognitiver Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und somatoformen Störungen. Sie ist approbierte Verhaltenstherapeutin und ausgebildete Supervisorin (IFT), auch ist sie deutschlandweit an Aus- und Fortbildungsinstituten als Dozentin für Hypochondrie, somatoforme Störungen und CBASP tätig. Bisherige Berufstätigkeiten bestanden in der kardiologischen Rehabilitation (Möhnesee), in der psychosomatischen Fachklinik Roseneck (Prien a. Ch.) sowie in der Abteilung Klinische Psychologie an der Universität Mainz. Zudem engagiert sie sich seit Langem berufspolitisch, u. a. als Vorsitzende der Ausschüsse für Aus- und Weiterbildung der Psychotherapeutenkammern Rheinland-Pfalz und Hessen.

Florian Weck

Prof. Dr. Florian Weck, Psychologischer Psychotherapeut, Psychologischer Supervisor, leitet die Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Potsdam. Florian Weck interessiert sich seit vielen Jahren für das Störungsbild und die Behandlung der Hypochondrie. Er veröffentlichte eine Vielzahl von Artikeln in Fachzeitschriften und Buchbeiträgen zum Thema Krankheitsangst. Zuletzt untersuchte er die vergleichende Wirksamkeit von Kognitiver Therapie und Expositionstherapie bei Krankheitsängsten in einem durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft geförderten Forschungsprojekt. Er gibt Weiterbildungen in psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten und für niedergelassene psychotherapeutisch tätige Fachkollegen zur Behandlung von Krankheitsängsten und somatoformen Störungen.



Einführung

1

Wenn an unserem Auto etwas kaputt ist, bringen wir es in die Werkstatt.

Läuft die Waschmaschine nicht mehr, holen wir den Techniker.

Spüren wir Neues, Undeutbares, Unangenehmes 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 die Empfindungen weiter bestehen, wir zunehmend Ideen darüber entwickeln, was diesen zugrunde liegen könnte? Wenn wir in unserem Körper zunehmend eindeutige, immer stärkere Zeichen dafür spüren, dass etwas nicht in Ordnung ist?

Wir sollten es bei einem anderen Arzt versuchen. 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. Besonders die bedrohlichen Erkrankungen gehen uns nicht mehr aus dem Kopf. 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, man könnte sogar bald elendig an einer unentdeckten Krankheit zugrunde gehen?

Dies geht Monate, und schließlich Jahre lang so weiter.

Wenn wir im Privatleben etwas über unsere Krankheitszeichen äußern, reagieren Familie, Freunde, Bekannte genervt. Die guten Tipps vom Anfang, welcher Arzt, welches Medikament empfehlenswert ist, gibt es nicht mehr. Auch die Besorgnis der anderen um unser 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. Unverschämt. Peinlich. Unheimlich.

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 befinden sich viele krankheitsängstliche Patienten, 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, skeptisch 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 Wege aufzeigen, wie man die zuweilen schwierige Eingangsphase überwinden kann. Sein Hauptziel ist die ausführliche Anleitung zur Behandlung der Krankheitsangst im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie. Um möglichst konkrete Anleitungen zu bieten, enthält das Manual zahlreiche Verhaltensübungen, Therapiedialoge sowie Arbeits- und Informationsblätter.

Das Werk basiert auf dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Hypochondrie und Krankheitsangst (► [Kap. 2](#)), internationaler empirisch-evaluierter Therapieverfahren für dieses Störungsbild (► [Kap. 3](#)) 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 Leser und Leserinnen praktikabel sein dürfte, eine kombinierte Einzel- und Gruppentherapie anzubieten, stellt der Hauptteil des Buches (► [Kap. 4](#)) das an die Einzeltherapie adaptierte Manual dar. ► [Kap. 5](#) gibt einen Überblick über unser Vorgehen und ergänzt das Programm um Übungen und Einheiten, die besonders für Therapiegruppen geeignet sind. Hilfestellungen für mögliche Komplikationen sowie Antworten auf häufige Fragen werden in ► [Kap. 6](#) dargestellt.

Insgesamt sind etwa 150 Hypochondrie-Patienten mit dem vorliegenden Behandlungsprogramm behandelt worden. Die Behandlung wurde von der überwiegenden Mehrheit gut akzeptiert, und die Effektivitätsnachweise an 83 Patienten sind mehr als zufrieden stellend (s. Weck et al. 2015a) (► [Kap. 7](#)).

Auch wenn die Hypochondrie seit mehreren Jahrhunderten bekannt ist, war sie lange ein Stiefkind von Forschung und wissenschaftlich orientierter Psychotherapie. Dieses Buch ist seit seiner Erstauflage 2007 bis zum heutigen Zeitpunkt das einzige deutschsprachige Manual zur Behandlung dieses Störungsbildes.

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

Grundlagen zum Störungsbild

2.1 Erscheinungsbild – 7

- 2.1.1 Emotionales Merkmal: Ängste – 8
- 2.1.2 Körperliche Merkmale – 8
- 2.1.3 Kognitive Merkmale: Aufmerksamkeitsausrichtung, Krankheitsüberzeugungen und Erinnerungen – 9
- 2.1.4 Verhaltensbezogene Merkmale – 10

2.2 Begriffsbestimmung – 14

- 2.2.1 Geschichte des Begriffs „Hypochondrie“ – 14
- 2.2.2 Weitere Begriffe für Hypochondrie – 14
- 2.2.3 Die dimensionale Betrachtung der Hypochondrie – 15
- 2.2.4 Primäre und sekundäre Hypochondrie – 16

2.3 Diagnostik – 16

- 2.3.1 Diagnostische Kriterien nach ICD-10 – 16
- 2.3.2 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV – 18
- 2.3.3 Diagnostische Kriterien nach DSM-5 – 18
- 2.3.4 Ausblick: Diagnostische Kriterien nach ICD-11 – 19
- 2.3.5 Hypochondrie als Angst- oder Zwangsstörung – 19
- 2.3.6 Diagnostische Verfahren zur Erfassung von Krankheitsängsten – 20
- 2.3.7 Differenzialdiagnostik – 23

2.4 Epidemiologie – 25

- 2.4.1 Auftretenshäufigkeit – 25
- 2.4.2 Beginn und Verlauf – 27
- 2.4.3 Zusammenhang mit Geschlecht, Alter und anderen psychischen Störungen – 28

2.5 Erklärungsansätze – 29

2.5.1 Vulnerabilität und Prädisposition – 29

2.5.2 Auslösende Faktoren – 31

2.5.3 Aufrechterhaltende Bedingungen – 32

2.5.4 Ein kognitiv-behaviorales Gesamtmodell – 38

2.1 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 Herz-Kreislauf-Systems, 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 als Folgestörung und stationären Klinikaufenthalten. Als Trigger für diese Ängste gelten körperliche Empfindungen, Veränderungen oder Auffälligkeiten, die als Zeichen für die befürchtete Krankheit angeführt werden. Das Erscheinungsbild ist vielfältig, wie die (aus Datenschutzgründen leicht veränderten) Fallbeschreibungen unserer ehemaligen Patienten zeigen:

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 9 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 Herz-Kreislauf-Systems. Auch die Angst vor ALS taucht immer wieder auf. Immer wenn Symptome wie z. B. Schmerzen, Muskelzu-

ckungen 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 Diagnostik. Dieser Aufenthalt sollte der Abklärung dienen und ihm endgültig langfristig Beruhigung verschaffen. Da seine Krankenkasse keine Indikation für den Aufenthalt sah, übernahm er selbst die horrenden 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 24-jährigen Germanistikstudenten bestand in der Vorgeschichte ein ausgeprägter Konsum von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy und Alkohol. Vor einem Jahr hatte er unter dem Einfluss von Amphetaminen Ersticken-gefühle. 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 Krebs-erkrankung abgelenkt.

Fallbeispiel: Frau J.

Die 30-jährige 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 ► Abschn. 2.5 wird darüber hinaus dargestellt, welche Funktion diese Merkmale für die Aufrechterhaltung der Krankheitsangst haben.

2.1.1 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. 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, am häufigsten fürchten Mütter um ihre Kinder. In der Literatur findet man für diese Symptomatik zunehmend den treffenden Begriff der Hypochondrie „by proxy“, also „Stellvertreter-Hypochondrie“, auch wenn wissenschaftliche Untersuchungen leider noch völlig fehlen.

2.1.2 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. Letztlich können nahezu alle Körperteile 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 beitragen können (vgl. Barsky 1992).

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

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 sensibler für körperliche Prozesse sind. 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). Auch eine neuere Studie, die die Sensitivität gegenüber dem Herzschlag und der elektrodermalen Aktivität untersuchte, weist darauf hin, dass Personen mit ausgeprägten Krankheitsängsten, körperliche Prozesse weniger genau wahrnehmen (Krautwurst et al. 2014, 2016). Generell lässt sich deshalb

schließen, 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; Weck et al. 2012b).

2.1.3 Kognitive Merkmale: Aufmerksamkeitsausrichtung, Krankheitsüberzeugungen und Erinnerungen

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 detail-

lierte 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:

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