Psychotherapie: Praxis

Gaby Bleichhardt · Florian Weck

Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst

3. Auflage

EXTRAS

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 dieser Reihe
http://www.springer.com/series/13540

Gaby Bleichhardt
Florian Weck

Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst

3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage

Mit 47 Abbildungen und 12 Tabellen

Springer

Gaby Bleichhardt
Arbeitsgruppe Klinische Psychologie &
Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
35032 Marburg

PD Dr. Florian Weck
Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie
und Experimentelle Psychopathologie
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Wallstraße 3
55122 Mainz

Ergänzendes Material finden Sie unter ► http://extras.springer.com/ nach Eingabe der ISBN.

ISBN 978-3-662-44176-3 ISBN 978-3-662-44177-0 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-44177-0

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

Springer Medizin
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007, 2010, 2015
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.

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: Monika Radecki, Heidelberg
Umschlaggestaltung: deblik, Berlin
Fotonachweis Umschlag: © mabe123 / thinkstockphotos.de

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

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 und Winfried Rief

Vorwort zur 3. Auflage

Wir freuen uns, mit dieser Auflage ein umfangreich verändertes Buch vorlegen zu können. Erfreulicherweise hat sich in den letzten Jahren viel in der empirischen Erforschung der Hypochondrie getan, so dass es uns ein Anliegen war, insbesondere das Kapitel 2 »Grundlagen zum Störungsbild« sorgfältig zu überarbeiten und zu aktualisieren.

Die erste Fassung unseres Manuals wurde von uns 2006 erstellt, die Vorarbeiten begannen bereits 2004. Kognitive Verhaltenstherapie im Sinne von Psychoedukation zum Zusammenhang körperlicher und psychologischer Vorgänge, Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen und Verminderung ungünstiger Verhaltensweisen erschien (und erscheint) uns als die beste Form von Therapie. Allerdings war sie vor 10 Jahren innerhalb der wissenschaftlich begründeten und evaluierten Verfahren auch die einzig vorstellbare Therapieform. Die sog. dritte Welle der (kognitiven) Verhaltenstherapie begann erst gerade, sich zu entwickeln.

Mittlerweile gibt es Ansätze, Hypochondrie mit Metakognitiver Therapie, Mindfulness Based Therapy und auch Acceptance und Commitment Therapie (ACT) zu behandeln. Während wir Informationen zu den Therapieansätzen sowie deren erste Wirksamkeitsnachweise in Kapitel 3 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 mit unterschiedlichen psychischen Störungen verständlicher, intuitiv-plausibler und am eigenen Körper erlebbar. Zudem erfahren die weniger akademischen Arbeitsprozesse und spielerischen Ansätze bei Therapeuten hohe Beliebtheit.

Allerdings lässt sich auch beobachten, dass sich mit einer zunehmenden Anzahl von Studien die in den ersten Publikationen euphorisch präsentierten, z. T. extrem hohen Effektstärken der Programme dieser »Dritten Welle« in den üblichen Bereich zurückentwickeln.

In der kürzlich publizierten Meta-Analyse von Olantuji et al. (2014) findet sich mit mittlerweile 13 randomisiert-kontrollierten Studien eine erfreulich breite empirische Basis für KVT bei Hypochondrie. Demnach ist KVT nach wie vor die Methode der Wahl, die sich in den 13 internationalen Studien als sehr wirksam zeigte. Deshalb möchten wir auch in diesem Buch den KVT-Ansatz präsentieren und schließen mit den Worten Paul Salkovskis, der zu o. g. Innovationen Stellung bezog (Bleichhardt, 2008; S. 49): »Die kognitive Verhaltenstherapie ist keine perfekte Therapie, nur die beste, die wir zurzeit haben.«

Dieses Buch wäre nicht entstanden ohne die Mithilfe einer Vielzahl von Personen.

Allen Patienten, die sich vertrauensvoll an die Mainzer Hochschulambulanz wandten und bereitwillig zahlreiche Fragebogen 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 im Schwerpunkt Krankheitsangst. Dass wir diesen

aufbauen und aufrecht erhalten konnten, ist vor allem dem Leiter der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Professor Wolfgang Hiller, zu verdanken. Wichtige Vorarbeiten für das Manual erfolgten bereits in der Klinik Roseneck, insbesondere möchten wir deshalb Professor Winfried Rief sowie Barbara Timmer unsere Dankbarkeit aussprechen. Bei der ersten Manuskriptkorrektur halfen uns dankenswerterweise Andrea Benecke, Markus Bentrup, Corinna Gietl, Ines Leu, Jörg Mitze, Diana Rübler, Axel Springer und Katrin Wambach.

Gaby Bleichhardt und Florian Weck
Marburg und Frankfurt, im Oktober 2014

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 berufspolitisch, u. a. mehrere Jahre als Vorsitzende des Ausschusses für Aus- und Weiterbildung der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, dann auch im Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung der LPPKJP Hessen.

Florian Weck PD Dr. Florian Weck, Psychologischer Psychotherapeut, Psychologischer Supervisor ist beschäftigt an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. 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.

Inhaltsverzeichnis

1 **Einführung** ... 1

2 **Grundlagen zum Störungsbild** ... 5
2.1 **Erscheinungsbild** ... 6
2.2 **Begriffsbestimmung** ... 12
2.3 **Diagnostik** ... 15
2.4 **Epidemiologie** ... 22
2.5 **Erklärungsansätze** ... 26

3 **Kognitiv-behaviorale Therapieansätze und ihre Wirksamkeit** ... 37
3.1 **Kognitiv-behaviorale Therapieansätze** ... 38
3.2 **Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie** ... 43

4 **Manualisierte Einzeltherapie** ... 49
4.1 **Einführung** ... 50
4.2 **Informationsvermittlung und kognitiver Schwerpunkt** ... 60
4.3 **Verhaltensorientierter Schwerpunkt** ... 89
4.4 **Weitere Therapie und Therapieabschluss** ... 109

5 **Manualisierte Gruppen- und Einzeltherapie** ... 117
5.1 **1. Gruppensitzung: Der Einstieg** ... 118
5.2 **2. Gruppensitzung: Der Aufmerksamkeitsscheinwerfer** ... 119
5.3 **3. Gruppensitzung: Einfluss von Bewertung und Stress** ... 120
5.4 **1. Einzelsitzung: Argumente für die Krankheit** ... 120
5.5 **4. Gruppensitzung: Veränderung von Bewertungen** ... 121
5.6 **2. Einzelsitzung: Argumente gegen die Krankheit** ... 121
5.7 **5. Gruppensitzung: Sicherheitssuchendes Verhalten, Body Checking** ... 122
5.8 **3. Einzelsitzung: Body Checking reduzieren** ... 122
5.9 **6. Gruppensitzung: Rückversicherungsverhalten** ... 122
5.10 **4. Einzelsitzung: Worst-Case-Konfrontation in sensu** ... 123
5.11 **7. Gruppensitzung: Vermeidung** ... 123
5.12 **5. Einzelsitzung: Exposition in vivo** ... 124
5.13 **8. Gruppensitzung: Zusammenfassung und Rückfallprophylaxe** ... 124
5.14 **6. Einzelsitzung: Individueller Abschluss** ... 125
5.15 **9. Gruppensitzung: Booster-Sitzung** ... 125

6 **Mögliche Komplikationen und häufige Fragen** ... 127
6.1 **Probleme in Zusammenhang mit der Rückversicherung** ... 128
6.2 **Kürzere Behandlungen subklinischer Hypochondrie** ... 130
6.3 **Vereinfachtes Krankheitsmodell** ... 131
6.4 **Krankheitsangst bei vorhandenen Krankheiten** ... 131
6.5 **Weiterführende Literatur** ... 132

7 **Evaluation des Behandlungsprogramms** 135
7.1 **Beschreibung des Klientels** 136
7.2 **Auswertung klinischer Instrumente** 136
7.3 **Patienten- und Therapeutenurteile zum Therapieerfolg** 139
7.4 **Ergebnisse einer Wartegruppe** 139

8 **Arbeitsblätter** 141

Serviceteil

Literatur 172

Stichwortverzeichnis 178

Einführung

G. Bleichhardt, F. Weck

G. Bleichhardt, F. Weck, *Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst,*
Psychotherapie: Praxis, DOI 10.1007/978-3-662-44177-0_1, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

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. 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, 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. 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 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 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, 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 der 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. Hilfestellung für mögliche Komplikationen sowie Antworten auf häufige Fragen werden in ► Kap. 6 dargestellt.

Insgesamt sind 83 Patienten mit einer nach DSM-IV diagnostizierten Hypochondrie mit dem vorliegenden Behandlungsprogramm behandelt worden. Die Behandlung wurde von der überwiegenden Mehrheit gut akzeptiert, und die bisherigen Effektivitätsnachweise sind mehr als zufrieden stellend (► 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 gegenwärtig 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

G. Bleichhardt, F. Weck

2.1 Erscheinungsbild – 6
2.1.1 Emotionales Merkmal: Ängste – 7
2.1.2 Körperliche Merkmale – 7
2.1.3 Kognitive Merkmale: Aufmerksamkeitsausrichtung, Krankheitsüberzeugungen und Erinnerungen – 8
2.1.4 Verhaltensbezogene Merkmale – 9

2.2 Begriffsbestimmung – 12
2.2.1 Geschichte des Begriffs »Hypochondrie« – 12
2.2.2 Weitere Begriffe für Hypochondrie – 13
2.2.3 Die dimensionale Betrachtung der Hypochondrie – 13
2.2.4 Primäre und sekundäre Hypochondrie – 14

2.3 Diagnostik – 15
2.3.1 Diagnostische Kriterien nach ICD-10 – 15
2.3.2 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV – 16
2.3.3 Diagnostische Kriterien nach DSM-5 – 16
2.3.4 Hypochondrie als Angst- oder Zwangsstörung – 18
2.3.5 Diagnostische Verfahren zur Erfassung von Krankheitsängsten – 18
2.3.6 Differenzialdiagnostik – 20

2.4 Epidemiologie – 22
2.4.1 Auftretenshäufigkeit – 22
2.4.2 Beginn und Verlauf – 25
2.4.3 Zusammenhang mit Geschlecht, Alter und anderen psychischen Störungen – 26

2.5 Erklärungsansätze – 26
2.5.1 Vulnerabilität und Prädisposition – 26
2.5.2 Auslösende Faktoren – 28
2.5.3 Aufrechterhaltende Bedingungen – 29
2.5.4 Ein kognitiv-behaviorales Gesamtmodell – 34

G. Bleichhardt, F. Weck, *Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst,*
Psychotherapie: Praxis, DOI 10.1007/978-3-662-44177-0_2, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

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. 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 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, 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 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 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 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. Hierbei 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).

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. 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). 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).

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

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 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:

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 müsse. 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.

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).

Auf Nachfrage berichten die meisten Patienten mit Hypochondrie über intrusive krankheitsbezogene Vorstellungsbilder, die als belastend erlebt werden. In einer Studie von Muse et al. (2010) waren solche Vorstellungsbilder bei 78% der Patienten mit Hypochondrie zu eruieren. Intrusive Vorstellungsbilder waren beispielsweise Vorstellungen vom eigenen Tod oder darüber, dass der Arzt einem mitteilt, eine tödliche Krankheit zu haben. Solche Vorstellungsbilder sind häufig mit sicherheitssuchendem Verhalten verbunden, das im nächsten Abschnitt beschrieben wird und das mit der Aufrechterhaltung der Störung im Zusammenhang steht.

Fallbeispiel: Angst vor psychischen Störungen
Typischerweise haben Patienten mit Hypochondrie vor körperlichen Erkrankung Angst, wie z. B. Krebs. Einige Patienten mit Hypochondrie haben jedoch auch Befürchtungen hinsichtlich psychischer Störungen. Dieses Phänomen wird auch als »mental hypochondriasis« (Starcevic, 2001) bezeichnet. So wie der Fall einer jungen Frau, die befürchtete, unter einer Schizophrenie zu leiden (vgl. Weck, 2014). Anlass für ihre Befürchtungen waren gelegentliche Konzentrationsprobleme und das ab und zu aufkommende Gefühl, dass sie selbst oder die Umwelt »unwirklich« seien. Die Rückversicherung eines Psychiaters, dass sie sicherlich keine Schizophrenie habe, führte bei der jungen Frau jedoch zu keiner hinreichenden Beruhigung. Ihre Vorstellung hinsichtlich einer Schizophrenie war ähnlich katastrophisierend wie bei anderen Patienten mit Hypochondrie, die beispielsweise eine Krebserkrankung befürchten. Sie stellte sich vor, keinen Anteil mehr am Leben zu haben, vor sich hinzuvegetieren und resümierte, dass es so ähnlich sei, wie nicht mehr zu leben. Es zeigte sich jedoch, dass die Angst der Patientin vor einer Schizophrenie gut mit Interventionen behandelbar waren, die auch bei Ängsten vor Krebs oder Herzerkrankungen eingesetzt werden und die auch im Rahmen dieses Manuals beschrieben werden.

2.1.4 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, und ist gleichermaßen seltsam erfreut, wenn ihm etwas diagnostiziert wird. 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.
Das Stück selbst nimmt einen positiven Ausgang: Argans Tochter darf einen anderen heiraten, und stattdessen wird Argan überzeugt, selbst Medizin zu studieren. Molière jedoch verstarb tragischerweise nach einem bei der vierten Bühnenaufführung erlittenen Blutsturz.
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 des Öfteren, dass sich die Ärzte geirrt haben. Während Argan seine Diagnosen erfreut aufnahm und auf medizinische Behandlungen drängte, erhoffen sich Krankheitsängstliche vom Arzt eher die Versicherung der eigenen Gesundheit.

Häufige Arztbesuche

Empirische Studien bestätigen, dass die Patienten sehr häufig die Rückversicherung bei Medizinern suchen. Eigenen Daten zufolge berichten hoch krankheitsängstliche Personen über etwa 24 Arztkontakte im Jahr (Bleichhardt & Hiller, 2006). Stationär behandelte Hypochondrie-Patienten gehen durchschnittlich sogar 58 Mal im Jahr zum Arzt (Bleichhardt 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 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 somato-medizinischen Behandlungen