Gaby Bleichhardt · Alexandra Martin

Hypochondrie und Krankheitsangst

Fortschritte der Psychotherapie

HOGREFE

Hypochondrie und Krankheitsangst

Fortschritte der Psychotherapie
Band 41

Hypochondrie und Krankheitsangst
von Dr. Gaby Bleichhardt und Prof. Dr. Alexandra Martin

Herausgeber der Reihe:
Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Kurt Hahlweg,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Begründer der Reihe:
Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Hypochondrie und Krankheitsangst

von Gaby Bleichhardt
und Alexandra Martin

HOGREFE
GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Dr. rer. nat. Gaby Bleichhardt, geb. 1970. 1991–1998 Studium der Psychologie in Duisburg, Wuppertal und Marburg. 1998–2001 Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee. 2001–2007 Wissenschaftliche Assistentin an der Universität Mainz sowie stellvertretende Leiterin der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie. 2002 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). 2002 Promotion. Seit 2007 Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Psychotherapieambulanz an der Universität Marburg.

Prof. Dr. rer. nat. Alexandra Martin, geb. 1969. 1990–1996 Studium der Psychologie in Marburg. 1996–2000 Tätigkeit in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee. 1999 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). 2000 Promotion. 2001–2007 Wissenschaftliche Assistentin im Bereich Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Marburg. 2006 Habilitation. Seit 2008 Professorin für Psychosomatische Medizin (Psychotherapieforschung) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

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.

© 2010 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm

http://www.hogrefe.de
Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Druck: AZ Druck und Datentechnik, Kempten
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-2119-0

Inhaltsverzeichnis

1 Beschreibung 1
1.1 Bezeichnung 4
1.2 Definition 5
1.3 Epidemiologische Daten 6
1.4 Verlauf und Prognose 7
1.5 Differenzialdiagnose 8
1.6 Komorbidität 11
1.7 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen 11

2 Störungstheorien und -modelle 14
2.1 Vulnerabilität 14
2.2 Auslösende Bedingungen 16
2.3 Somatosensorische Verstärkung: Die Interaktion von Wahrnehmung und Bewertung 17
2.4 Aufrechterhaltende Bedingungen 18
2.5 Kognitiv-behaviorales Gesamtmodell 20

3 Diagnostik und Indikation 22
3.1 Hinweise zur Exploration in der Therapieeingangsphase . . 22
3.2 Hinreichende Therapiemotivation als wichtigste Indikation 25

4 Darstellung der Therapiemethode und ihrer Wirkungsweisen 26
4.1 Kognitiver Schwerpunkt 29
4.1.1 Alternative Erklärungen für Missempfindungen 30
4.1.2 Umstrukturierung krankheitsbezogener Kognitionen 37
4.1.3 Der Wunsch nach absoluter Sicherheit 41
4.2 Behavioraler Schwerpunkt 44
4.2.1 Veränderung Sicherheit suchenden Verhaltens 44
4.2.2 Vermeidungsverhalten und Expositionen 51
4.2.3 Lebensqualität 57
4.3 Therapieabschluss und Rückfallprophylaxe 58
4.4 Probleme bei der Durchführung 59
4.4.1 Häufig wechselnde Symptome und Befürchtungen 59
4.4.2 Psychotherapie als Gesundheitsrisiko? 61
4.4.3 Rückversicherung durch Therapie und Therapeuten 62
4.5 Pharmakotherapie 63

4.6 Effektivität und Prognose 64
4.6.1 Psychoedukation 64
4.6.2 Kognitive Verhaltenstherapie 65
4.7 Varianten zur Methode: Krankheitsangst bei diagnostizierten ernsthaften Erkrankungen 67

5 Weiterführende Literatur 71

6 Literatur 71

7 Anhang 76
Information zur Diagnose „Hypochondrie“ für Patienten mit Krankheitsangst 76
Checkliste Therapieplanung 77
Protokoll für Krankheitsängste 78
Kognitiv-behaviorales Modell der Krankheitsangst 79
Auseinandersetzung mit Krankheitsängsten und Befürchtungen 80

Karte:
Anleitung für die Exploration

1 Beschreibung

Krankheitsängste kennt fast jeder

Krankheitsängste sind alltäglich, normal und unter Umständen lebenserhaltend. Vermutlich hatten die meisten Menschen im Laufe ihres Lebens bereits einmal vorübergehend die Idee, sie könnten ernsthaft krank sein. Üblicherweise verschwinden diese Gedanken von allein oder nach der Rückversicherung durch einen Arzt, der befundet, dass kein Anlass zur Sorge besteht. Bei Personen, die niemals einen Gedanken daran hatten, ernstlich krank zu sein, lässt sich umgekehrt spekulieren, ob sie nachlässig mit ihrem Körper umgehen und mögliche ernsthafte Krankheitszeichen übersehen.

Fallbeispiel
Die 52-jährige Bürokauffrau Frau R. möchte ihre Angst vor Krankheiten, die sie „nicht hat“, behandeln lassen. Aktuell fürchtet sie, Magen- oder Darmkrebs zu haben, da sie seit Wochen ununterbrochen Bauchschmerzen hat. Frau R. leidet bereits seit ihrer Jugendzeit unter gastrointestinalen Beschwerden und Krankheitsängsten; diese begannen etwa zu der Zeit, als die Nachbarin an Magenkrebs verstarb. Im Laufe der letzten 45 Jahre gab es viele, wechselnde Krankheitsbefürchtungen. Wiederkehrend seien die Ängste, Magen-, Darm-, Brustkrebs oder einen Gehirntumor zu haben. Diese Befürchtungen beginnen jeweils mit dem Auftreten passender körperlicher Missempfindungen (Übelkeit, Bauchschmerzen, Spannungsgefühl und vermeintliche Knoten in der Brust oder Schwindel). Bisher hat sie die Ängste durch Konsultationen von Ärzten „bewältigt“: Nach ärztlichen Gesprächen und Untersuchungen verschwinden die Missempfindungen in der Regel für einige Tage bis Wochen. Im Abstand von zwei Jahren lässt sie je eine Magen- und Darmspiegelung durchführen, nach denen sie für etwa ein halbes Jahr beruhigt ist.

Kernsymptom: übermäßige Angst, eine ernsthafte Krankheit zu haben

Krankheitsängste sind das Kernsymptom der Hypochondrie. Genauer gesagt spricht man bei diesem Störungsbild von einer übermäßigen Angst oder Überzeugung, an einer ernsthaften Krankheit zu leiden. Die Angst begründet sich zumeist in körperlichen Missempfindungen, die als Krankheitszeichen interpretiert werden. Die Beschäftigung mit den Krankheitsängsten kann sich genauso auf vage, mehrdeutige körperliche Empfindungen (z. B. Druckgefühl im Kopf) wie auf Körperfunktionen (z. B. Herzschlag, Peris-

taltik) beziehen. Als Folge der Krankheitsangst, möglicherweise aber auch schon als Prädisposition, besteht eine Fixierung der Aufmerksamkeit auf den Körper und seine Prozesse.

Charakteristische kognitive Merkmale der Hypochondrie
• Aufmerksamkeitsfokus auf körperliche Empfindungen. • Körperliche Empfindungen werden als Zeichen ernster Erkrankungen bewertet. • Wahrscheinlichkeit, schwer erkrankt zu sein, wird überschätzt.

Sicherheit suchendes Verhalten

Üblicherweise bestehen die Krankheitsängste im Rahmen einer Hypochondrie auch dann weiter, wenn medizinische Untersuchungen gegen das Vorliegen der befürchteten Krankheit sprechen. Im Laufe der Störung stellen sich bei den Betroffenen zunehmend Verhaltensweisen ein, die ihnen ein kurzfristiges „Gesundheitsgefühl“ suggerieren bzw. effektiv zu einer vorübergehenden Reduktion von Ängsten führen. Diese werden als „Sicherheit suchendes Verhalten“ bezeichnet. Darüber hinaus vermeiden krankheitsängstliche Patienten Situationen und Verhaltensweisen, die sie mit den Themen Krankheit und Tod konfrontieren oder vermehrt körperliche Missempfindungen auslösen. Was genau von den Patienten vermieden wird, ist bei der Hypochondrie jedoch recht unterschiedlich.

Charakteristische Verhaltensmerkmale der Hypochondrie
Sicherheit suchendes Verhalten: 1. Einholen von Rückversicherung • bei Ärzten, • bei anderen Personen (z. B. Familie, Freunde), • durch Medien (v. a. Internet, Fachbücher). 2. Kontrollieren des Körpers und der Körperfunktionen. *Vermeidungsverhalten:* 1. Vermeidung der Konfrontation mit Krankheitsthemen (z. B. Krankenhäuser, bestimmte Spielfilme). 2. Vermeidung der Provokation körperlicher Missempfindungen (z. B. Sport). All diesen Verhaltensweisen ist gemein, dass sie zu einer kurzfristigen Angstreduktion führen. Langfristig jedoch folgt eine Aufrechterhaltung oder Verschlimmerung der Krankheitsangst.

Fast jeder Mensch, ob psychotherapeutisch gebildet oder nicht, hat eine Vorstellung von Hypochondrie. Zudem steht die Medienpräsenz dieses Krankheitsbildes im erheblichen Missverhältnis zu ihrer tatsächlichen Prävalenz. Viele der Laienvorstellungen decken sich kaum mit den diagnostischen Kriterien. Tabelle 1 erläutert die häufigsten Klischees und stellt ihnen ein klinisch realistischeres Bild gegenüber.

Tabelle 1: Gegenüberstellung von Klischeevorstellungen und typischem klinischen Bild bei der Hypochondrie

Klischees und Laienvorstellungen	Klinisches Bild
„Eingebildete Kranke“	Krankheitsbefürchtungen beziehen sich auf tatsächlich vorhandene körperliche Missempfindungen – sie sind somit überzogen, aber nicht eingebildet.
Patienten sind felsenfest von Krankheit überzeugt	Bei unkorrigierbaren Überzeugungen läge ein hypochondrischer Wahn vor – Patienten geben erhöhte subjektive Wahrscheinlichkeiten an, krank zu sein, sind aber nicht dauerhaft und vollständig davon überzeugt.
Teilen der Sorgen mit möglichst vielen Mitmenschen	Scham über Krankheitsideen, so dass nur mit wenigen „eingeweihten“ Personen (Partner, Ärzten) darüber gesprochen wird.
Lustvolles Weiden an Symptomen	Patienten berichten lieber über körperliche Beschwerden als über dahinter stehende Befürchtungen, weil sie angstbesetzte Themen vermeiden.
Wunsch, tatsächlich krank zu sein	Wunsch nach einer Gesundheitsbestätigung (am liebsten hundertprozentig und immerwährend).
Betroffene leiden unter Einschränkung durch körperliche Beschwerden	Betroffene leiden vor allem unter Krankheitsängsten, die sich auf Beschwerden begründen.

Krebs als häufigste Befürchtung

Welche Krankheiten befürchten Krankheitsängstliche? Im folgenden Kasten werden die Befürchtungen von 61 Patienten mit diagnostizierter Hypochondrie dargestellt. Im Rahmen dieses Interviews wurden maximal drei Krankheiten angegeben. Es lässt sich leicht ersehen, dass Krebserkrankungen die am häufigsten geäußerten Befürchtungen sind, gefolgt von kardiovaskulären und neurologischen Krankheiten. Eine vergleichbare Verteilung ergab sich auch in einer anderen Untersuchung (Bleichhardt & Hiller, 2006).

Befürchtete Krankheiten bei Hypochondrie-Patienten der Mainzer Hochschulambulanz (N = 61)
Krebserkrankungen (insg. 50 Nennungen), dabei • Gehirntumor (7 Nennungen), • Lungen-, Magen-, Brustkrebs (je 5 Nennungen), • Darm-, Hautkrebs (je 4 Nennungen), • Lymphdrüsen-, Kehlkopfkrebs (je 3 Nennungen), • Schilddrüsen-, Blut-, Knochenkrebs (je 2 Nennungen), • Prostata-, Nebenhöhlen-, Hoden-, Speiseröhren-, Blasenkrebs (je 1 Nennung). Kardiovaskuläre Erkrankungen (insg. 8 Nennungen). Neurologische Erkrankungen (insg. 8 Nennungen), dabei • Multiple Sklerose (6 Nennungen), • Amyotrophe Lateralsklerose (2 Nennungen). Andere (je 1 Nennung): • HIV-Infektion, • Tollwut, • Blutvergiftung.

1.1 Bezeichnung

ICD-10 und DSM-IV: Einordnung als somatoforme Störung

Die Hypochondrie gehört in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV zu den somatoformen Störungen. Ihre exakte Bezeichnung in der ICD-10 lautet „hypochondrische Störung“. In der ICD-10 werden die somatoformen Störungen als eigenständiges Unterkapitel F45 aufgeführt. Gemeinsames Merkmal der somatoformen Störungen ist das Vorliegen körperlicher Beschwerden ohne ausreichende organische Ursache.

Zwischenstellung zwischen somatoformer und Angststörung

Dies trifft auch für die Hypochondrie zu. Allerdings steht hier im Gegensatz zu den anderen somatoformen Störungen nicht das Leiden unter den Beschwerden an sich im Vordergrund. Vielmehr leiden die Betroffenen unter der Angst vor der potenziellen Bedeutung, die diesen Beschwerden zugeschrieben wird: einer ernsten, meist tödlichen Erkrankung. Insofern nimmt die Hypochondrie eine Zwischenstellung zwischen den somatoformen und den Angststörungen ein. Daher sprechen sich einige Wissenschaftler dafür aus, die Hypochondrie als Angststörung zu klassifizieren.

Aufgrund der negativen Besetzung des Begriffs der Hypochondrie werden zunehmend andere Bezeichnungen für dieses Syndrom gewählt: Im deutschen Sprachraum hat sich vor allem der Begriff „Krankheitsangst“ durch-

gesetzt. Patienten akzeptieren diese Bezeichnung viel leichter, da es ihr Kernproblem präzise benennt und nicht mit den oben genannten Laienvorstellungen (vgl. Tab. 1) behaftet ist. Im Englischen herrscht die Bezeichnung „Health Anxiety“ (z. B. Taylor & Asmundson, 2004) vor. Manchmal wird deshalb auch das deutsche Pendant „Gesundheitsangst“ bzw. „Gesundheitssorgen“ verwendet.

Bezeichnung „Krankheitsangst“ wird von Patienten besser akzeptiert

1.2 Definition

ICD-10 definiert die Hypochondrie folgendermaßen:

Diagnostische Kriterien der hypochondrischen Störung nach ICD-10 (F45.20)
A 1. Eine mindestens sechs Monate anhaltende Überzeugung, an höchstens zwei schweren körperlichen Krankheiten (von denen mindestens eine speziell von den Patienten benannt sein muss) zu leiden.*
B. Die ständige Sorge um diese Überzeugung und um die Symptome verursacht andauerndes Leiden oder eine Störung des alltäglichen Lebens und veranlasst die Patienten, um medizinische Behandlung oder Untersuchungen (oder entsprechende Hilfe von Laienheilern) nachzusuchen.
C. Hartnäckige Weigerung, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome bzw. Entstellung vorliegt. Vorübergehende Akzeptanz der ärztlichen Mitteilung allenfalls für kurze Zeiträume bis zu einigen Wochen oder unmittelbar nach einer medizinischen Untersuchung spricht nicht gegen die Diagnose.
D. Ausschlussvorbehalt: Die Störung tritt nicht ausschließlich während einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung (F2, insbesondere F22) oder einer affektiven Störung (F3) auf.
* Kriterium A2 umschreibt die *körperdysmorphe Störung*: Anhaltende Beschäftigung mit einer vom Betroffenen angenommenen Entstellung oder Missbildung. Die Unterscheidung der beiden Störungen erfolgt erst mit der fünften Stelle der Ziffern: F45.21.

Es muss jedoch ergänzt werden, dass diese Kriterien mehrfach kritisiert worden sind (z. B. Fink et al., 2004; Gureje et al., 1997; Martin & Jacobi, 2006). Insbesondere stehen die folgenden Aspekte der ICD-10 in Widerspruch zum klinischen Bild:

Begrenzung auf max. 2 Krankheitsbefürchtungen wird kritisiert

- *Begrenzung der Anzahl der befürchteten Krankheiten auf maximal zwei* (Kriterium A): Im Unterschied dazu wird in den diagnostischen Leitli-

nien der ICD-10 nur vorausgesetzt, dass „eine anhaltende Überzeugung vom Vorhandensein wenigstens einer ernsthaften körperlichen Krankheit“ besteht. Diese Formulierung hat den Vorteil, dass Patienten sehr wohl auch unter mehreren verschiedenen, benennbaren Krankheitsbefürchtungen leiden können. Diese Patienten entsprechen sonst dem üblichen klinischen Bild. Eine enge Begrenzung der Anzahl der befürchteten Krankheiten erscheint insofern kaum sinnvoll.

- *Hartnäckige Weigerung, die ärztliche Feststellung zu akzeptieren* (Kriterium C): Zum einen ist die hier getroffene Wortwahl zu kritisieren, da sie nicht zu einem empathischen Verständnis des Klientels beiträgt. Zum anderen ist sie inhaltlich unzutreffend. Hypochondrische Patienten testen in ihrem Kopf üblicherweise immer wieder die Hypothese, ob sie schlimm erkrankt seien oder nicht. Ärztliche Rückversicherungen gelten sehr wohl als Argument gegen die Krankheitshypothese. Sie sind jedoch nicht ausreichend, um eine längerfristige und hinreichende Beruhigung zu erfahren. Des Weiteren wird dieses Kriterium als übermäßig restriktiv erachtet, da Betroffene mit anhaltenden hypochondrischen Ängsten oder Überzeugungen, welche dieses Kriterium nicht erfüllen, ähnlich stark belastet sind wie Betroffene mit dem Vollbild der Hypochondrie.

Körperdysmorphe Störung

- Die Subsumierung der *körperdysmorphen Störung* als Variante der hypochondrischen Störung in der ICD-10 (als F45.21, s. o.) ist missverständlich. Beide Störungsbilder unterscheiden sich sehr deutlich voneinander (weitere Informationen zu dieser Störung finden sich z. B. bei Stangier, 2002).

Die folgenden Aspekte gelten als zentral und diagnostisch relevant und sind sowohl in der ICD-10 als auch im DSM-IV aufgeführt.

Zentrale diagnostische Aspekte der Hypochondrie (gemeinsame Bestandteile von ICD-10 und DSM-IV)
• Angst oder Überzeugung, an einer schweren Krankheit zu leiden. • Dauer von mindestens sechs Monaten. • Krankheitsangst besteht trotz medizinischer Rückversicherung. • Krankheitsangst wird nicht besser erklärt durch eine Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Zwangsstörung, Depression, wahnhafte oder andere psychotische Störung.

1.3 Epidemiologische Daten

Epidemiologische Daten nicht gesichert

Es gibt verhältnismäßig wenige epidemiologische Untersuchungen zu Hypochondrie und Krankheitsangst. Der gegenwärtige Forschungsstand ist nicht ausreichend, um verlässliche Zahlen anzugeben (vgl. Creed & Barsky, 2004).

Für die Allgemeinbevölkerung werden in den wenigen vorhandenen Untersuchungen recht unterschiedliche Prävalenzraten von 0,02 % (Looper & Kirmayer, 2001) bis 7,5 % (Noyes et al., 1999) berichtet.

Im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys der deutschen Allgemeinbevölkerung wurde die Prävalenz des Vollbildes sowie unterschwelliger Ausprägungen der Hypochondrie nach DSM-IV untersucht (Martin & Jacobi, 2006). Nur in 3 von 4.181 untersuchten Fällen wurde das Vollbild der Hypochondrie diagnostiziert. Dies entspricht einer gewichteten 12-Monats-Prävalenz von nur 0,05 %. Die unterschwellige Hypochondrie wurde bei 0,58 % und Krankheitssorgen, welche über mindestens sechs Monate anhielten, wurden bei 2,12 % der Untersuchten festgestellt. Die Hypochondrie ist also in der Allgemeinbevölkerung in ihrem Vollbild (auf Basis der restriktiven Kriterien) eine seltene Störung, während unterschwellige Syndrome häufiger zu beobachten und klinisch bedeutsam sind, da bereits bei diesen die Lebensqualität deutlich herabgesetzt und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen deutlich erhöht sind.

Vollbild der Hypochondrie selten

Im medizinischen Versorgungssystem kommt die Hypochondrie erwartungsgemäß wesentlich häufiger vor. Zwar schwanken die Angaben auch hier beachtlich (0,8 % bis 9 %) – aber die mittlere Prävalenzrate von 4,2 % (Median aus sieben Studien im primärmedizinischen Setting; Creed & Barsky, 2004) ist beachtlich und weist auf die Relevanz der Störung hin.

Männer und Frauen sind vermutlich etwa gleich häufig von Hypochondrie betroffen (z. B. Bleichhardt & Hiller, 2007; Gureje et al., 1997). Zumindest zeigen die meisten Studien kein deutliches Überwiegen des weiblichen Geschlechts, wie dies für andere somatoforme und für Angststörungen belegt wurde. Zum Bildungsniveau gibt es unterschiedliche Befunde. In epidemiologischen Studien scheint Hypochondrie, wenn überhaupt, eher mit einem niedrigeren Bildungsniveau assoziiert zu sein (vgl. Creed & Barsky, 2004).

Geschlechterverhältnis ausgewogen

1.4 Verlauf und Prognose

Zum Ersterkrankungsalter fehlen bisher Längsschnittuntersuchungen. Es wird vermutet, dass Hypochondrie in jedem Alter, auch in der Kindheit, beginnen kann (Abramowitz & Braddock, 2008). Dies wird unterstützt durch Daten einer retrospektiven Befragung von Psychotherapie-Patienten zum Beginn ausgeprägter Krankheitsängste: Bei bereits 14 % der Betroffenen hatten Krankheitsängste vor dem 15. Lebensjahr, bei insgesamt 33 % vor dem 19. Lebensjahr begonnen. Das mittlere Erkrankungsalter der Befragten lag bei 27 Jahren (bei einem durchschnittlichen Alter von 36 Jahren zum Befragungszeitpunkt; Bleichhardt & Weck, 2007).

Der langfristige Verlauf der unbehandelten Hypochondrie wurde bislang nur in wenigen Studien untersucht. In einer Verlaufsstudie von Barsky et al. (1998) zeigte sich bei fast zwei Drittel (63,5 %) von 120 Patienten mit einer Hypochondrie eine Stabilität der Störung über einen Zeitraum von vier bis fünf Jahren. Während in frühen Phasen der Hypochondrie der Verlauf noch sehr variabel ist (und der Zustand auch noch vollständig oder weitgehend remittieren kann), bleibt das Störungsbild umso wahrscheinlicher bestehen, je schwerer die Krankheitsangst ausgeprägt ist, je länger diese bereits besteht und je häufiger die Betroffenen medizinische Versorgungsstrukturen nutzen (Creed & Barsky, 2004).

1.5 Differenzialdiagnose

Subklinische oder komorbide Krankheitsängste können bei einer ganzen Reihe von Störungsbildern auftreten. Im Folgenden werden die wichtigsten davon sowie die Entscheidungshilfen zur Differenzialdiagnostik vorgestellt.

Andere somatoforme Störungen

Sowohl bei der Hypochondrie als auch bei den „klassischen" somatoformen Störungen (u. a. Somatisierungsstörung) treten organisch nicht hinreichend begründete Körperbeschwerden auf. Die Abgrenzung von Hypochondrie und den „klassischen" somatoformen Störungen gelingt am besten durch die Exploration des primären Leidensdrucks, den ein Patient hat. Jemand, der von Magenschmerzen und Übelkeit geplagt wird und Ärzte aufsucht, um eine Erklärung/Diagnose und Behandlung seiner Beschwerden zu erhalten, leidet unter einer somatoformen Störung. Der Fokus liegt bei diesem v. a. auf den körperlichen Beschwerden und ihren Folgen. Dabei ist es durchaus möglich, dass vorübergehende, die Lebensführung nicht deutlich beeinträchtigende Krankheitsängste auftreten. Im Gegensatz dazu sollte eine Person, die diese Beschwerden als aushaltbar empfindet, aber aufgrund dieser Beschwerden befürchtet, es könnte ein Magenkrebs bestehen, die Diagnose Hypochondrie erhalten. Bei der Hypochondrie resultieren Leiden und Beeinträchtigung also primär aus der intensiven Beschäftigung mit der Angst oder Überzeugung, unter einer schweren Erkrankung zu leiden – und weniger aus den Symptomen selbst. In einigen Fällen kann eine Komorbidität klassischer somatoformer Störungen mit der Hypochondrie erwogen werden, wenn sowohl eine starke Beeinträchtigung durch die Beschwerden selbst, als auch eine erhebliche Einschränkung durch die Krankheitsangst vorhanden ist. Das DSM-IV führt allerdings genauer aus, dass eine Hypochondrie nicht diagnostiziert werden soll, wenn die übermäßige Beschäftigung mit Krankheitsängsten ausschließlich im Verlauf einer Somatisierungsstörung auftritt.

Hypochondrischer Wahn

Wenn ein *hypochondrischer Wahn* vorliegt, sind Patienten dauerhaft, hundertprozentig und unkorrigierbar davon überzeugt, schwer erkrankt zu sein.

Fragt man Hypochondriepatienten nach der Wahrscheinlichkeit, dass die befürchtete Krankheit bei ihnen tatsächlich vorliegt, geben sie in der Regel einen deutlich unter 100 % liegenden Wert an. Eine andere Möglichkeit zur Differenzialdiagnostik ist die Exploration von Rückversicherung: Erleben Patienten durch die ärztliche Rückversicherung, nicht krank zu sein, eine zeitweilige Beruhigung, liegt eine Hypochondrie vor. Im Gegensatz dazu können Wahnpatienten negativen medizinischen Befunden auch kurzfristig keinerlei Glauben schenken. Die Differenzialdiagnostik kann schwerer fallen bei den Personen mit Hypochondrie, welche die *meiste Zeit* nicht erkennen, dass ihre Befürchtung, eine ernsthafte Krankheit zu haben, übertrieben oder unbegründet ist. Das DSM-IV sieht dafür den Klassifikationszusatz „mit geringer Einsicht" vor. Bei diesen Betroffenen ist also zu überprüfen, ob die Überzeugungen irgendwann einmal innerhalb der Krankheitsepisode als übertrieben erschienen bzw. ob sie die Möglichkeit akzeptieren können, dass die befürchtete Krankheit nicht vorliegt.

Krankheitsphobie

Hypochondriepatienten befürchten, *bereits krank zu sein*. Liegt eine Befürchtung vor, man könne (in der Zukunft) erkranken, ist eine *Krankheitsphobie* (im Sinne einer spezifischen Phobie) zu diagnostizieren. Die Differenzierung von Hypochondrie und Krankheitsphobie wird kritisiert und ist in einigen Fällen schwer vorzunehmen. Im Zweifelsfall sollte hier der Diagnose Hypochondrie der Vorzug gegeben werden. Liegen neben der Angst, in Zukunft erkranken zu können, zudem ausgeprägte Rituale (v. a. exzessives Waschen oder Reinigen) vor, die eine mögliche Erkrankung verhindern sollen, besteht ggf. eine *Zwangsstörung*. Die Differenzialdiagnostik kann schwerer fallen, wenn das Selbstkontrollverhalten des Körpers bei Krankheitsängsten stark ritualisiert erscheint. Falls sich jedoch die wiederkehrenden belastenden Gedanken ausschließlich auf die Furcht beziehen, bereits eine ernsthafte Krankheit zu haben, sollte anstelle der Zwangsstörung eine Hypochondrie diagnostiziert werden.

Zwangsstörung

Panikstörung

Bei der Abgrenzung zur *Panikstörung* geht es meist um die Frage, ob eine Komorbidität beider Störungen vorliegt. Auch Patienten mit Panikstörung befürchten als Folge der Panikattacken nicht selten, kardiovaskulär erkrankt zu sein. Dies reicht nicht aus, um eine komorbide Hypochondrie zu diagnostizieren. Umgekehrt erleben Hypochondrie-Patienten mitunter auch Panikattacken, die z. B. durch Gedanken an einen baldigen, nicht zu verhindernden Tod getriggert werden, weshalb aber noch keine Panikstörung diagnostiziert werden sollte. Wie bei vielen Angststörungen erweist sich hier die Exploration von katastrophisierenden Kognitionen als wichtiger Wegweiser bei der Diagnostik. Zudem stellt die „Angst vor der Angst", d. h. die Angst davor, weitere Panikattacken zu erleben, ein zentrales Merkmal der Panikstörung dar.

Exploration von „Katastrophen-Kognitionen" als diagnostischer Wegweiser

Generalisierte Angststörung

Einige Patienten mit *Generalisierter Angststörung* erleben neben anderen Angst-/Sorgenthemen auch Gedanken daran, schwer krank zu sein. Bleibt

dieser Bereich einer von vielen, liegt eine Generalisierte Angststörung vor. Befürchten Patienten umgekehrt schwerpunktmäßig, schwer krank zu sein, sollte die Hypochondrie diagnostiziert werden. Möglicherweise bestehen aber trotzdem weitere, weniger intrusive Gedanken.

Hypochondrie „by proxy“

Ein typisches Beispiel für hypochondrienahe andere Sorgenthemen ist die Angst, auch nahestehende Menschen könnten schwer erkrankt sein (Hypochondrie „by proxy“). Zumeist sind davon krankheitsängstliche Mütter mit jüngeren Kindern betroffen. Das Konzept des by-proxy-Syndroms ist bisher kaum dokumentiert und leider nicht wissenschaftlich untersucht.

Organische Erkrankung

Der differenzialdiagnostische Ausschluss von *medizinischen Krankheitsursachen*, welche die Krankheitssorgen der Personen stützen würden, ist eine wichtige Voraussetzung, bevor die Diagnose der Hypochondrie gestellt werden kann. Die Gefahr, eine ernsthafte *organische Erkrankung* zu übersehen, ist jedoch verhältnismäßig gering, da hypochondrische Patienten konkrete Krankheitshypothesen und in der Regel ein hohes Bedürfnis nach ärztlicher

Tabelle 2: Übersicht zur Differenzialdiagnostik

Differenzialdiagnose	Überlappende Merkmale	Differenzierende Merkmale
(Andere) Somatoforme Störungen	Körperliche Missempfindungen	Leiden unter körperlichen Symptomen (nicht unter ihrer potenziell lebensbedrohlichen Bedeutung) steht im Vordergrund
Hypochondrischer Wahn	Überzeugung, körperlich erkrankt zu sein	Auch durch ärztliche Rückversicherung unkorrigierbare, zeitlich stabile und „hundertprozentige“ Krankheitsüberzeugung
Krankheitsphobie	Krankheitsangst	Angst, eine Krankheit zu bekommen (statt davor, sie bereits zu haben)
Zwangsstörung	Krankheitsangst Sicherheit suchendes Verhalten	Ausgeprägte Rituale zur Vermeidung, eine Krankheit zu bekommen
Panikstörung	Angst, ein schweres körperliches Leiden zu haben	Angst während Panikattacken, die sich auf einen körperlichen Zustand (z. B. Herzinfarkt, Herzversagen) bezieht (statt auf eine Erkrankung) oft: Angst vor weiteren Panikattacken
Generalisierte Angststörung	Krankheitsängste	Krankheitsangst ist nur eines von mehreren und nicht das primäre Sorgenthema
Organische Krankheit	Krankheitsbefürchtung	Medizinische (Ausschluss-)Diagnostik, pathophysiologische Befunde
Progredienzangst	Krankheitsangst	Befürchtete Krankheit liegt oder lag tatsächlich vor

Rückversicherung haben. Im Zweifelsfall sollte natürlich eine medizinische (Ausschluss-)Diagnostik nachgeholt werden. Stellt sich ein Psychotherapeut die Frage, ob sein Patient nicht vielleicht doch unter der befürchteten Krankheit leidet, handelt es sich hier allerdings oft um ein psychotherapeutisches Problem des Aushaltens von Unsicherheit: Ein Krankheitsrisiko lässt sich letztlich niemals vollständig ausschließen. Zum Umgang mit dieser Problematik wird auf Kapitel 4.4.2 verwiesen.

Die Krankheitsangst von Patienten mit schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen (z. B. koronare Herzkrankheit, Krebserkrankung) ist allein nicht ausreichend zur Diagnose einer Hypochondrie. Sie wird manchmal mit dem Begriff der *Progredienzangst* umschrieben. Entstehen bei solchen Patienten allerdings im Verlauf der Erkrankung Befürchtungen, die sich auf andere Krankheiten beziehen, ist die Diagnose einer Hypochondrie in Erwägung zu ziehen.

Eine Zusammenfassung überlappender und unterscheidender Merkmale von Hypochondrie und den dargestellten Syndromen findet sich in Tabelle 2.

1.6 Komorbidität

Komorbidität ist häufig

In gut der Hälfte der Fälle besteht Hypochondrie neben einer anderen psychischen Störung. Die am häufigsten mit der Hypochondrie assoziierte Störung ist die Depression, die in ca. 40 % der Hypochondrie-Patienten in allgemeinärztlicher Versorgung auftritt (Noyes et al., 1994). Die zweithäufigste Komorbidität besteht mit Angststörungen. Dabei handelt es sich oft um die Panikstörung, die insgesamt bei etwa einem Drittel der Patienten (Barsky et al., 1994a: 33 %) vorliegt. Das Auftreten einer komorbiden Somatisierungsstörung wird mit 7 bis 21 % beziffert (vgl. Noyes et al., 2006).

1.7 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen

DIPS

SKID-I

Alle gängigen diagnostischen Interviewverfahren ermöglichen die strukturierte Diagnostik der Hypochondrie. Gute und ausführliche Fragenformulierungen bietet das *Diagnostische Interview für psychische Störungen* (DIPS; Schneider & Margraf, 2006). Es kann nach DSM-IV und ICD-10 diagnostiziert werden. Auch werden hier weitere, therapierelevante Aspekte erfragt (z. B. befürchtete Krankheiten, Körpersymptome). Der Hypochondrie-Teil im *Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV Achse I* (SKID-I; Wittchen et al., 1997b) ist knapper gehalten. Eine zeiteffiziente, rein kriteriumsbezogene Diagnostik nach DSM gelingt damit vermutlich noch besser.

Vollständig standardisiert, d. h. ohne Spielraum für den Diagnostiker, ist das *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; Wittchen et al., 1997a). Das CIDI erfragt die Hypochondrie adäquat in wenigen, jedoch etwas komplexen Sätzen nach DSM-IV sowie ICD-10. Für diagnostisch geschulte Interviewer sind die *Internationalen Diagnosen Checklisten für DSM-IV und ICD-10* (IDCL; Hiller et al., 1997) eine praktische Alternative. Es existiert jeweils eine Liste für DSM-IV und ICD-10, in der die diagnostischen Kriterien übersichtlich abgebildet sind. Genaue Fragenformulierungen sowie die Reihenfolge der Fragen sind dort jedoch nicht festgelegt.

CIDI

IDCL

Neben Interviewverfahren existiert eine kleine Zahl standardisierter Fragebogen zur Erfassung zentraler Aspekte der Hypochondrie. Über umfassende Normwerte verfügen jedoch nur die beiden folgenden Instrumente (Whiteley-Index und Illness Attitude Scales).

Whiteley Index WI

Ein kurzes Screening-Instrument zur Überprüfung hypochondrischer Tendenzen ist der *Whiteley-Index* (WI). Der Fragebogen wurde von Pilowsky (1967) entwickelt und enthält nur 14 Items, die mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden sollen. Die deutsche Adaptation des Fragebogens stammt von Hiller und Rief (2004). Aufgrund ihrer Analysen lassen sich drei Subskalen bestimmen: „Krankheitsängste“ (z. B. „Machen Sie sich oft Sorgen, möglicherweise eine ernsthafte Krankheit zu haben?“), „Somatische Beschwerden“ (z. B. „Werden Sie durch eine Vielzahl von Schmerzen geplagt?“) und „Krankheitsüberzeugung“ (z. B. „Bekommen Sie das Gefühl, dass die Leute Ihre Krankheit nicht ernst nehmen?“). Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der Subskalen des WI liegen zwischen $\alpha = .51$ und $\alpha = .76$, die des Gesamtwertes bei $\alpha = .80$. Die Retest-Reliabilitäten nach 50 Tagen liegen zwischen $r_{tt} = .82$ und $r_{tt} = .89$, die für den Gesamtwert beträgt $r_{tt} = .92$. Anhand von Trennschärfeanalysen wurde ein Punktwert von 7 als Grenzwert im Sinne eines Verdachts auf Hypochondrie, ein Cut-Off-Wert von 8 als bester Trennwert festgelegt. Die Validität des Fragebogens wurde in zahlreichen Studien überprüft. Der WI ist ein ökonomisches Instrument, das sich zum Kurz-Screening, aber auch zur Verlaufsmessung einsetzen lässt. Prozentrang-Normen stehen zur Verfügung.

Illness Attitude Scales IAS

Eine umfassendere Erhebung des hypochondrischen Erscheinungsbildes bieten die *Illness Attitude Scales* (IAS). Der Entwickler des Instruments, Robert Kellner (1986), nahm à priori neun Unterskalen an, die er Krankheitssorgen, Besorgnis über Schmerzen, Gesundheitsgewohnheiten, hypochondrische Annahmen, Todesangst, Krankheitsangst, körperbezogene Aufmerksamkeit, Behandlungserfahrungen und Folgen der Beschwerden nannte. Die deutsche Adaptation des Fragebogens stammt von Hiller und Rief (2004). Die IAS bestehen aus 27 fünffach gestuften Items. Sie bilden sich empirisch auf zwei Unterskalen ab, die „Krankheitsängste“ (z. B. „Machen Sie sich Sorgen über Ihre Gesundheit?“) und Krankheitsverhalten (z. B. „Können Sie aufgrund Ihrer körperlichen Symptome nicht arbeiten?“) genannt werden. Drei zusätzliche offene Fragen erheben weitere Informationen zu